

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów *Gaz. Lek.* rsr. 6; dla prenumeratorów *Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek.* rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego. Przez Dra *Grochowskiego* (z Kałuszyna). — Kronika zagraniczna. Drgawki podczas ciąży, porodu i połogu. Przez Dra *B. M. Cohen* w Hamburgu. (Do-kończenie). Nosacizna i tylczak (*Malleus humidus et farciminosus*). Przez prof. Dra *Fr. Koranyi* w Peszcie. Podał Dr *L. Pogorzelski*, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Wiadomości bieżące. Wypadek argyryi wskutek wielokrotnego przyżegania pasczy azotanem srebra. Od Redakcyi. — Dodatek. Farmacyi T. II. ark. 18, 19, 20, 21, 22 i 23. Choroby zaraźliwe chroniczne ark. 8. Choroby nerek ark. 26. Chemii lekar-skiej ark. 11.

## Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego.

Przez Dra *Grochowskiego* (z Kałuszyna).

Dnia 9 Września, roku zeszłego, byłem wezwany przez kol. F. do pokaleczonego we wsi Wilczonek w powiecie Siedleckim, gdzie zastaliśmy chorego mocno narzekającego na bóle rozpierające w pogruchotanej kończynie górnej lewej, i niewielkie krwawienie z dwóch małych ranek, u dołu łokcia i powyżej tegoż. Kol. F. opowiedział następne szczegóły, że w dniu 9 Września to jest w poniedziałek o godzinie 9 rano jak zwykle poszedł do pracy robotnik Marcin Kulik do młocarni, rozmazony niedzielnym poczęstunkiem, popędzając konie usiadł przy maneżu i zdrzemnąwszy pochylił się lewą stroną na kierat o trybach dolnych, które mu zgruchotały górną część lewej kończyny. Widząc ciągle zwiększający się guz w okolicy łokciowej dolnej wyraźnie chęłboczący, barwy sinawej, przeciął go podłużnie do osi ramienia, poczem wylała się krew ze

skrzepami w znacznej ilości, która potem ciągle sączyła się; jednocześnie zbadawszy złamanie powikłane kości ramieniowej, założył opatrunek łupkowy, wskutek czego krwawienie cokolwiek uspokoiło się.

Marcin Kulik, lat 32 mający, wzrostu średniego, budowy ciała miernie mocnej, prawidłowej, mięśni jędrnych z rozwiniętym układem kostnym, skóra blado-żółtawa tęga, zaopatrzona w znaczną ilość tkanki tłuszczowej. Po zdjęciu opatrunku ramię lewe pokazało się znacznie powiększone, obwód tegoż w środkowej części wynosił cali 12, w okolicy mięśnia naramiennego blisko pachy 14", w okolicy łokciowej na dwa palce poprzeczne powyżej stawu 10". Porównywając z drugą kończyną powiększenie objętości wynosiło od 1—2". Ręka dotknięta obrażeniem wisiała na zwykłej rozłożonej chustce, skoro tylko starano się wydostać z niej, chory narzekał na mocny ból i w żaden sposób nie można było inaczej tego uczynić, jak podpierając ostrożnie drugą ręką, przy tem trzeba było zauważyć zбочony kierunek i wydłużenie chorej kończyny. Przy dotykaniu wyraźnie czuć się dawało tarcie odłamków kostnych przy przyczepie mięśnia naramiennego, słabo uwydatniające się powyżej, przy poruszaniu zaś tej kończyny słychać było wyraźne tarcie kostne; kierunek ramienia był zmieniony u góry jakby ukośny ku wewnątrz do połowy ramienia, następnie zwrócony pod kątem ku przodowi i na zewnątrz. Skóra nader naprężona w ogóle blado-sinawa, w wielu miejscach widoczne smugi żółtawo-sine bardziej poprzeczne, śladów otarć nie ma, charakterystycznych sińców podobnie. Co do ranki znajdującej się powyżej łokcia, lecz bardziej na zewnątrz, odpowiadała ona granicy między okolicami przednią i tylną ramienia na dwa poprzeczne palce poniżej dolnego przyczepienia mięśnia naramiennego, wielkości ziarna grochu, z brzegami wcieśnionemi, nieco zasinionemi, z której krew sączyła się kroplami, czasami zaś ukazywał się skrzep; przy poruszaniu w tem miejscu było najwyraźniejsze tarcie odłamków kostnych; zgłębnikiem nie badano. Na dolnej części łokcia był rodzaj woreczka, wielkości orzecha włoskiego; skóra na nim bardziej rozciągnięta, ciemno-sinawa, przecięta w środku poprzecznie, krew sącząca się była ciemno-czerwona jakby rozwodniona bez właściwej gęstości, przytem zaciśnięcie dolnej części ramienia lub górnej przedramienia nie miało wpływu na ograniczenie krwawienia. Przedewszystkiem chodziło o znaczenie źródła tegoż: nacisk wywarty na przebieg tętnicy ramieniowej w dolnej części nie wpływał zupełnie, podobnie było i w górnej powyżej miejsc krwawiących, gdzie było uczuwalne tarcie odłamków kostnych; nie ulegało zatem wątpliwości, że poranienie lub zerwanie tętnicy nastąpiło wyżej. Mogła być jeszcze jedna okoliczność, że nacisk wywierany w kierunku tętnicy nie dochodził do niej przez nasiągłe i w ten sposób powiększone tkanki, tem bardziej, że powyżej nadmieniona objętość, zdawała się to przypuszczenie usprawiedliwiać. Co do krwotoku mięszowego lub żylnego, to prawie wyłączyć należało, zwykle bowiem przy obrażeniach tego rodzaju, żyły i w ogóle tkanki tak są uciśnięte, że krew w ścianach tych naczyń tamuje się; często nawet tętnice zerwane ani kropli jej nie wysączają.

Bądź co bądź nie tracąc czasu, wywarto nacisk przyrządem Morela na tętnicę pachową poniżej obojczyka przy trzeciej części zewnętrznej tegoż, po dokładnem zastosowaniu krwawienie zupełnie ustało; chcąc dokładniej się przekonać złuzowano śrubę a w tej chwili krew wylała się strumieniem. Ta próba była dowodem naruszenia górnej części tętnicy ramieniowej, a może samej pachowej, rozpoznanie takie wprawdzie nie było ostatecznem, lecz musiało być przyjęte za ważną wskazówkę, obrażenie bowiem tętnicy w dolnej części spowodowałoby znaczniejszy krwotok.

Rozpoznanie zatem stanu kończyny dotkniętej wynikało z tych danych, jako złamanie prawdopodobnie powikłane górnej części kości ramieniowej (*fractura complicata ossis brachii*) z uszkodzeniem tętnicy, oraz części miękkich okolicznych. Dla oznaczenia przyszłości chorego należało zbadać szczegółowo stan jego wewnętrznych narządzi, zaczęliśmy jak zwykle od tętna, oddechania, ciepłoty etc, zwracając baczna uwagę na miejscowe uszkodzenie i czas trwania tegoż. Kończyna zdrowa wykazywała liczbę tętna 100 na minutę, objętość jego dość znaczną, chociaż było miękkie: na kończynie uszkodzonej dawało się również wyczuć lecz daleko słabsze, nitkowate, czasem przepuszczające, ztąd liczby jego nie podobna było oznaczyć. Oddechanie normalne przeważnie pierśiowe w liczbie 20 na minutę, ciepłota skóry słaba podwyższona, kończyny obrażonej niższa, na zdrowej też nie wyrównywała ogólnej, jednak ciepłomierzem dla braku pod ręką nie można było zbadać. Zrenice słabo wrażliwe na światło, miernie rozszerzone, w porównaniu różnicy żadnej między niemi, łącznica powiek różowo nastrzyknięta, tętno skroniowe jakoby bardziej przyspieszone i mocniej rozwinięte, ciepłota głowy podwyższona. Język płaski, gładki, blado-różowy, ku tyłowi słabo biało obłożony, szczególnie na linii środkowej, przy pokazywaniu cokolwiek zatrudno wysuwałny pomimo kilkakrotnego powtarzania. Klatka piersiowa niezbyt długa, dość wypukła i szeroka, granice płuc od tyłu o jedno żebro obniżone, od przodu normalne, odgłos po obydwóch stronach jednaki, oddech zaś zaostrozony na całej przestrzeni. Granice serca nie okazały różnicy; uderzenie tegoż wyraźne pod brodawką, zbyt mocne, tony wyjąwszy drugiego tętnicy płucnej niezmienione, często także można było spostrzedz tętnienie nadbrzusne. Brzuch wypukło owalny, wzdęty szczególnie w okolicy kiszek cienkich, okolica kątnicy i odbytnicy przedstawiała wyczuwalne stwardniałości, na całej przestrzeni okrężnicy słychać odgłos tępy. Granica dolna wątroby obniżona poniżej łuku żebrowego na dwa palce poprzeczne, szczególnie na lewo, gdzie też w dołku podsercowym była bolesność przy dotykaniu, brzegu wątrobowego wymacać nie można, śledziona w ograniczeniu normalnem od góry i od przodu, od dołu stale przedstawiała stepienie na  $1\frac{1}{2}$  cala poniżej normalnej, okolica żołądka przedstawiała stepienie. Do tych wynalezionych danych dodać należy, że w latach młodych, o ile zamiętać może nigdy nie chorował, prócz na wysypki skórne, a w 7 roku przebywał długotrwałą zimnicę, jednak oddawna pił codziennie parę kieliszków wódki, a w dniu świątecznie często zdarzało się, że zbytecznie jej nadużył. James Page t w swych lekcyach klinicznych o różnych

niebezpieczeństwach operacyj mianych w szpitalu w St. Bartholomew's Hospital wspomina o ostrożnościach, jakie zachować wypada przy operowaniu podobnego rodzaju osób, tém więcej, że przebywał zimnicę, która prawdopodobnie ślad przebycia swego w powiększonej śledzionie zostawiła, a powrót jej po operacji mógł być spodziewany. Lecz zważywszy na wygląd powyżej przedstawiony, na wiek młody, na ogólne siły, na zatrudnienie jego, na niezbyt znaczne zmiany z przyczyny nadużycia napojów spirytualnych, wypada że przedsięwzięta operacya nie wpłynie źle na ogólny ustrój (*prognosis bona*), naturalnie mając na uwadze niewielką operacyę najwyżej podwiązanie tętnicy ramieniowej. Co do kończyny obrażonej, tej stan był odmienny, uważając przypuszczalnie złamanie tylko z zerwaniem tętnicy małej objętości, z nadwężeniem części miękkich i przesiąknięciem wylaną krwią wypadnie, że zwykły opatrunek może nie udać się, że wystąpią następstwa zagrażające życiu jej, a ztąd przyszłość należy osądzić za wątpliwą (*prognosis dubia*).

Zaspokoiwszy w ten sposób wątpliwości co do życia, należało przedstawić plan leczenia. Mimo wskazań P a u l i w zachowawczej jego chirurgii wyłożonych, a mianowicie: jeśli przy poranieniu ramienia lub uda siła rozrywająca uszkodziła także główną tętnicę w części lub w całości, a także pnie główne żyłne i nerwy, tam na pewno można przewidywać zgorzel niżej położonej części zdrowej, ponieważ nietylko zmniejszony jest dopływ krwi ale także jej odpływ i nie ma pobudzalności nerwowej—wtedy najlepiej przedsiębrać natychmiastowe odjęcie członka uszkodzonego,—mimo tych danych osadziliśmy za rzecz konieczną popróbować podwiązania tętnicy w miejscu złamania i prawdopodobnego skaleczenia, a jeśli okaże się złamanie proste leczyć na zasadach ogólnych z tém zastrzeżeniem, że śledząc stan miejscowy i ogólny łatwo zauważymy stosowność zrobienia późniejszego odjęcia. Widząc wielką drażliwość i obawę chorego, także dla zabezpieczenia się od jego poruszeń mimowolnych utrudniających zbadanie, podwiązanie naczyń i oddalenie części zmiażdżonych, postanowiono uspić do zupełnego znieczulenia. W tym celu podano chloroform. Dawka nie przechodziła 30 kropel, którą kilkakrotnie powtórzono. Po uspieniu chorego, w miejscu najbliższem złamania kości to jest przy górnej ranie, rozcięto podłużnie skórę na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$  cala, dochodząc do samej powięzi; chory mimo uspienia poruszył się; przy przecięciu tej ostatniej na rowkowanym zgłębniku, krew zaczęła wylewać się z rany; po wyznaczaniu jej gąbką, w głębi widoczne były podłużne kawałki mięśnia dwugłowego, nerwu pośrodkowego, tętnicy zaś wyszukano po mozolném badaniu tylko kawałek dolny, pusty, nie ziejący krwią, górnego zaś w żaden sposób pomimo wsuwania w górę rany palca, nie można było odnaleźć; przytém uważano w górnej części ramienia nowe odłamki kostne. Po czasie tym paruminutowym nagle tętno upadło, oddechanie zaczęło być przerywane, powierzchowne, słabe, chory wyprężył się w tył, usta ściśnięte, wystąpiły wyraźne znaki tęcza i zaduszenia. Naturalnie odjęto zaraz chloroform, pokropiono wodą, podniesiono głowę i przechylono ją prawą stroną na dół, zrobiono sztuczne wdechanie za przykładem R i c o r d'a (*bouche à bouche*), poruszając pe-

ryodycznie bokami piersi, nakoniec po kilkuminutowym ratunku chory westchnął głębiej i tężec ustąpił.

Pierwsza nastęczyła się uwaga, czy powyższe objawy nie były wskutek nadużycia chloroformowania? czy z idyosynkracyi jako u pijaka, czy skutek nie dobrego chloroformu? lecz wszystko to było płonną obawą. Wyżej przytoczony opis chloroformowania dokładnie tu usprawiedliwia; sam Robert radzi dawać go przez 7–8 minut, tu zaledwie było 6 a znieczulenie doprowadzone do zwykłego stanu nazwanego przez Chassaigna c'a *tolerance d'anesthésie*; pijacy dobrze znoszą chloroform tylko w większej ilości, a usposobienie szczególne objawiałyby się od początku. Co do dobroci chloroformu, to wszelkie próby nad nim odbywane, a mianowicie: co do zanieczyszczenia alkoholem lub chlorkiem elainu, to pierwszy łatwo poznać po zmienionym ciężarze gatunkowym (1,52), smaku i zapachu, nadto za dodaniem dwuchromianu potażu i kwasu siarczanego przy najmniejszej ilości zanieczyszczenia płyn mętnieje a nie ma osadu czerwonego; przy badaniu kryształkiem fuchsyny, płyn z alkoholem farbuje się różowo, nie wspominając już o próbach Ottona i Hardy. Co do chlorku elainu to Bouchardat nie przypisuje mu szkodliwych innych następstw, prócz nudności, wymiot i zawrotu głowy, a w początku wdechania kaszlu; zresztą próby Stadelera z barwnikiem żółci bilirubinem nie odbywałem, nie mając go pod ręką; co do wolnego chloru i oddziaływania kwaśnego (Malle-gaine) to podobnie nie okazało się. Tym samym chloroformem usypiam najmniej 15 chorych rocznie i nie mam złych następstw, przyczyna zatem złego była inną i zależała podług mego zdania w poruszeniu porwanych nitek nerwowych, które pomimo takiego znieczulenia zachowały jeszcze swą właściwą drażliwość. Nie było zatem czasu do stracenia; przekonawszy się o daleko wyższem uszkodzeniu kości, odważono się znowu zachloroformować chorego i zrobić odjęcie kończyny w stawie barkowym. Naturalnie, że przyszłość stała się bez porównania gorszą co do życia z przyczyny operacyi robionej na dużym stawie, a także krwotoku i przypadłości nerwowych, w zamian za to przedstawiła się korzyść zabezpieczenia tegoż od smutnych następstw, jakie musiały koniecznie nastąpić przy późnej operacyi. Po zgodzeniu się asystującego kol. F., podawszy 20 kropel chloroformu, zasnął spokojnie chory i przystąpiono do odjęcia ramiania sposobem Larrey'a (*en raquette*), oznaczywszy poprzednio górne kostne ograniczenie stawu, a stąd główki i linii stawowej. Przyszłe cięcia z początku określono, następnie założony został naciskacz na tętnicę podobojczykową, pachową zaś utrzymywał palcami pomocnik; po śladzie oznaczonym śmiało wykonano cięcia nożem jak zwykle małym amputacyjnym obosiecznym. Pierwsze podłużne pionowe zaczynało się między wyrostkiem barkowym i kruczym, było zatem bardziej przednie i nierównoległe do osi ramienia (modyfikacya Linhart'a) przeciągało się na 2 cale ku dołowi na zewnętrzną stronę tegoż, licząc pół cala dla przejścia poza linię stawową. Cięcie to doprowadzone zostało do samej kości, krwawienie tętnicze nie ukazywało się, rozciągnawszy cokolwiek brzegi rany widoczne było drugie złamanie między szyjką anatomiczną i chirurgiczną, które przedstawia-

ło jakoby wbite w siebie kawałki kostne. Należało wykonać dwa cięcia ukośne boczne, a rzeczywiście bardziej owalne;—zaczęto od zewnętrznego, prowadząc go od powyższego podłużnego w odległości cala od początku tegoż do samej kości, aż za dolne ograniczenie ściany tylnej pachy, krwotok tętniczy objawił się cienkim strumieniem, nacisk palca powstrzymał go. Przy położeniu oddzielnem ramienia, podobnem do poprzedniego, lecz zwróconem bardziej ku tyłowi zrobiono trzecie cięcie wewnętrzne, przechodzące tylko przez warstwę skórną do samego zakończenia ściany przedniej pachy, naturalnie, że pomocnik przy tem ostatniem cięciu jak i przy drugim odcigał skórę do góry. Obecnie trzeba było oddzielić płaty, pomocnik nieopuszczając nadeciągniętej skóry, skierował ramię więcej ku zewnątrz, w ten sposób ujawniona grubość całego płatu została oddzieloną nożem na całej rozległości stawu. Mimo ułatwionego dostępu do stawu, trudno było go otworzyć, gdyż nie można było skutecznie odciągnięcia główki ramieniowej z przyczyny wysokiego zgruchotania; należało więc inaczej postąpić, oddzielając samą niższą część. Ujawszy podobnie jak poprzednio lewą ręką ramię, odcięto cały płat tylny, a chcąc ulżyć ciężaru, wystający kawałek kostny utrzymywano, ostrożnie przecinając mięśnie i dolną część skóry w granicach oznaczonych. Kol. F. z początku podtrzymywał tętn. pachową, lecz podczas ostatniej chwili wprowadził palce wewnątrz płatu przedniego i tak dokładnie ucisnął tętnicę, że krwotok przy jej przecięciu wcale się nie okazał, po oblaniu zimną wodą rany, chory przebudził się i zapytał: czy będzie operacya? Najprzód podwiązano tętnicę okreśną tylną barku krwawiącą na wewnętrznej powierzchni mięśnia naramiennego i po podwiązaniu obydwu końce nitek odcięto, potem dopiero zwrócono uwagę na podtrzymywany główny pień pachowy. Spojrzawszy na okoliczne części widocznem było, że została przecięta poniżej granicy dwóch trójkątów przednich dołu pachowego to jest obojczyko-piersiowego i niżej leżącego piersiowego (H a r r i s o n, Surgical anatomy of the arteries vol. I), czyli niżej owego M utworzonego z gałęzi końcowych warstwy przedniej splotu nerwowego pachowego. Tu żyła znajduje się daleko niżej od łuku ścięgniętego powięzi kruczo obojczykowej, do którego ściany jej są przyrosłe wskutek czego są otwarte i nie opadają, a przy wdechaniu łatwo chłoną powietrze, wskutek czego tyle nastąpiło już nieszczęsnych wypadków. Dość przytoczyć pomieszczony w *Medico-chirurgicale Transactions* vol XXVII przez Brausby Cooper, gdzie dziewiętnastoletnia kobieta przy wyluszczeniu kilku gruczołów przerodzonych miała skaleczoną żyłę z wejściem powietrza, ale wskutek ratunku wyzdrowiała. Chasaniol (*l'Union medicale* 112, 1869), operował kobietę ze zmiążdżonem ramieniem w maszynie, przy podwiązaniu tętnicy, powietrze z sykiem weszło w żyłę i ledwie uratowaną została. Żyła w obecnym wypadku była uciskana wraz z tętnicą, była więcej od przodu i na wewnątrz tej ostatniej, nerwy zaś otaczały od zewnątrz i od tyłu, wiedząc o połączeniu tych części przez blaszkowatą tkankę komórkową, dozwolono puścić tętnicę; wnet strumień krwi rzucił się, poczem uchwyconą została palcami, oddzielona od nerwu i żyły, a następnie podwiązana. Próba usunięcia nacisku z żyły podobnie się udała, gdyż

pomimo oddechania głębszego chorego, nie pokazywały się owe groźne objawy; krwawienia nie było, należało zatem kończyć operacyę przez wydobyć głóWKI kości ramieniowej, czas trwania operacyi wynosił minut 10. Uchwycona w kleszcze z pewnością z pewnością mogła być wydobyta, lecz nie było ich pod ręką, należało więc posługiwać się palcami, obejmując lewą ręką i odciągając ku zewnątrz. Dokończywszy przecięcia ścięgnistego sklepienia kruczo-barkowego, odcięto przyczepienia mięśni podłopatkowego na guziku mniejszym, w rowku dwugłowego ścięgna długie tegoż mięśnia, na guziku większym ścięgna nad i pod grzebieniowego, obłego małego, nakoniec oddzielono samą torebkę stawową, poczem głóWka wytoczyła się; dla uwolnienia jej ostatecznego zniszczono dolne przedłużenia torebki i części długiej mięśnia trójgłowego. Krwawienie mięszone, po nastrzyknięciu parę razy wodą zimną zaczęło się uspakać, zawsze jednak krew płynna zbierała się w woreczku pod samą powierzchnią stawową łopatki w ilości łyżki stołowej po każdym wymaczaniu. Niezadługo oddalono skrzepy krwi, zalegające części mięsne rany; to ostatnia miała wygląd owalny z końcem cieńszym znacznie przedłużonym w górę w kierunku wyrostka barkowego, brzegi tego przedłużenia przystawały do siebie aż do samego otworu owalnego. Obraz rany po wyłuszczeniu ramienia przez nas dokonaniem przedstawiał, prócz wyżej opisanych naczyń i nerwów, w głębi skrzyżowanie żyły pachowej przez gałęzie tętnicze piersiowe dolne, nerw mięśniowo skórny oddzielając się od korzenia pośrodkowego przechodził kawałkiem swym przed tętnicą do tylnej części kruczo-ramieniowego mięśnia, poczem poznany został, część nerwu skórny wewnątrz znajdowała się między dwoma naczyniami i należało odciągnąć go palcami ku wewnątrz, ażeby nie uchwycić w podwiązkę; łokciowy podobnie wystawał, lecz był więcej na wewnątrz i ku tyłowi pokryty przez żyłę, oddalony od tętnicy przez swój kierunek ku tyłowi. Co zaś do pęczka nerwowego tylnego to jest promieniowego i zawrotnego, to one w zupełności w podwiązaniu nie robiły przeszkody znajdując się ku tyłowi: zresztą wiele gruczołów chłonnych pokrywało ten obraz, a oddzielenie ich jak zwykle palcami wcale potrzebnem nie było. Nakoniec dla dopełnienia tego wypadu zwrócić uwagę na obwód, który stanowiły części mięsne, skóra bowiem pomimo odciągania nie zupełnie wystawała ponad takowe, wypływało to także ze sposobu robienia cięć jednocześnie skóry wraz z mięśniami. Z tych ostatnich mięsien naramienny stanowił półkuliste sklepienie górne, dość grube podzielone bardziej ku przodowi na dwie części, wygląd jego pęczkowaty był wskazówką do jego poznania. Ku przodowi i poniżej przedstawiała się część mięśnia piersiowego wielkiego i małego, które otaczały aż do części dolnej pachy, na granicy między temi mięśniami i pierwszym znajdującą się żyła promieniowa skórna (*v. cephalica*) była zupełnie opadnięta, a jej przejście przez rowek *Mohrenheima* ukryte. Nieco poniżej i na zewnątrz pod mięśniem piersiowym wielkim przedstawiały się kawałki dwugłowego i kruczo-ramieniowego, przyleganie w części dolnej tętnicy do tego ostatniego usprawiedliwiała jego nazwanie jako przewodnika. Rozbierając w podobny sposób znajdziemy zupełnie ku tyłowi m. szeroki grzbie-

tu, a tuż przy nim oddzielony powięzią i tkanką łączną trójgłowy, nad nim leżące obły mały i wielki, podgrzebieniowy, ściętno przecięte nadgrzebieniowego, ściętno długie dwugłowego, a także z drugiej strony dołu stawowego położony m. podłopatkowy zakończy ten obraz. Wszystkie te mięśnie stanowiły dwie warstwy, pierwsza zewnętrzna liczyła mięsień naramienny, pierśiowy wielki, kruczo-ramieniowy z krótką częścią dwugłowego, tu znajdowały się naczynia, część trójgłowego, a z tyłu szerokiego grzbietu; należy dodać, że kawałek torebki stawowej szczególnie u dołu widoczny znajdował się przy samej obrączce i wardze stawowej. Dostatecznie rozpatrzywszy ranę, po półgodzinnem czekaniu, czy krwawienie nie wznieci się większe, obmywszy wodą, założono opatrunek plastrowy ścisły na górną część rany, ażeby uzyskać zrośnięcie pierwotne, brzegi zaś otworu podobnie zbliżone zostały opaskami plastra lepkiego, nawiazka tętnicza była przeciągnięta przez koniec dolny rany owalnej i umocowana na przedniej części. Mimo tak założonego opatrunku krwawienie nie pokazało się. Założywszy garstkę skubanki, przyłożono kompres, którego dwa końce górne umocowano około szyi, a dolne koło tułowia opaska piersi ślimakowata dopełniła pokrycia rany; chory zmieniwszy bieliznę z pomocą przeszedł na łóżko, na którym podłożona poduszeczka z siana podparła operowany bark. Nie mogąc dłużej pozostać, odjechałem polecając go kol. F., który nad wieczorem przysłał mi zawiadomienie listowne tej osnowy: stan ogólny chorego dotychczas nie zły, tętno 120, małe, miękkie, dreszczy nie było, ciepłota nieco podwyższona, skóra wilgotna, oddechanie bez trudności mało powiększone co do liczby i głębokości, bólu w miejscu odjęcia nie czuje, wyraża zadowolenie, że się już raz skończyło to rozpieranie niezdolne w ramieniu. Sączenie od tyłu jest ciągle, barwy więcej wodnisto-czerwonej, opatrunku jednak nie poruszono; nie może spać zupełnie; brzuch wzdęty. Przyjechawszy na miejsce, osądziłem za konieczne usunąć zawartości kałowe następnie po przerwie godzinnej podano cały gran makowca. O godzinie 11 w nocy tętno 126, zaczęło być większe, ciepłota wynosiła 38,2°, całą noc przespał spokojnie, parę razy tylko przebudził się, żądając napoju. Nazajutrz o godzinie 6 rano ilość tętna nie spadła, lecz ciepłota wynosiła 37,8° różnica od wczoraj wieczór 0,4°, chory zażądał posiłku. Spojrzawszy na opatrunek widoczny był ślad czerwony od tyłu, zupełnie zaschły, należało się zatem spodziewać, że już występuje ropienie, sączenie bowiem surowicy z tkanek i nasiąkanie jej wraz z krwią w opatrunek już się skończyło. Głównego jednak znaku to jest dreszczy nie było, ból głowy bardzo niewielki. Wieczorem pojawiło się ziębienie, chory był więcej rozpalony, oczy nieco zaiskrzyły się, ból głowy mocniejszy, ciepłota 39,2°, tętno 130, wielkie prędkie, miękkie, skóra sucha, w ranie jakby lekkie kłocie. W nocy nie mógł spać nawet majacząc, często żądał napoju, za pomocą ławatywy był stolec twardej konsystencji, nad ranem zaczął się uspakajać, a opatrunek od tyłu był mokry, jakby przesiąkły surowicą. Umyślono tego dnia, jako trzeciego zmienić opatrunek w położeniu siedzącym. Nad podziwienie było ropienie obfite, gęstości śmietany, białko-żółtawe, lepkie, zapachu charakterystycznego mocnego, zrośnięcie pierwotne podłużne rany na



całej przestrzeni doskonale się udało, mięśnie szczególnie od tyłu jakby glazurowane ropą. Okolica tylna nieco obrzmiła, szczególnie na zewnętrznej stronie; natomiast na żebrach 2 i 3 z boku na skórze im odpowiadającej okazały się zasinienia poprzeczne; nie otwierając zupełnie wnętrza rany, po oddzieleniu od tyłu plastrów obmyto letnią wodą i założono takiż sam opatrunek. Co do dalszego leczenia nadmienić wypada, że objawy gorączkowe więcej się nie powtarzały. Nawiązka tętnicza odeszła w drugim tygodniu bez następczego krwawienia, ropienie ciągle było nader obfite, a w miarę tego apetyt do ogromnych rozmiarów dochodził.

W d. 22 Października zobaczyłem w m. Kałuszynie chorego, zaciekawiony obejrzałem ranę, lecz pozostał z niej otwór owalny wielkości 5 złotych w dolnej części, brodawkowanie było wyraźne, jędrne, tkanka bliznowa z brzegów zachodziła, a w środku rany przedstawiał się otworek. Zgłębnik wprowadzony wchodził na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$  cala, nie natrafiał jednak na części twarde. Przy wyciskaniu od dołu pojawiła się ropa żółtawa w niewielkiej ilości, zgłębnik jednak na dół trudno było skierować, w miejscu tem obrzmienie nie okazywało się. Dnia 20 Listopada znowu miałem sposobność widzieć chorego, zatoczka jeszcze istniała, chory sam sobie ją wyciskał, przykładając skubankę, pomimo moich zalecań nie chciał przystać na rozszerzenie otworu gąbką prasowaną. Po Nowym Roku w trzy tygodnie rana zupełnie zagojona, blizna jest jak zwykle linearna, rozbiega się ku dołowi w dwa ramiona z pomarszczoną skórą, długości 2 cali, grubość wynosi u góry prawie linię, u dołu nawet 2 lub 3", część pachy jest zachowana. Bólu nie czuje żadnego, wyjąwszy przy dotykaniu pod pachą, gruczoły nieco poniżej obrzmiłe, kształt pieńka jest półkulisty, ma podobieństwo do bułeczki, ruchy nie utrudnione nawet dość rozległe istnieją w tył i naprzód, ku dołowi ograniczone, ku górze żadnych. Co się tyczy odjętej kończyna główka była zupełnie cała, szyjka jej jednak anatomiczna to jest oddzielająca główkę od dwóch guziczków przedstawiała na całej przestrzeni zgruchotanie, pozornie część przednia w miejscu odpowiadającym rowkowi dwugłowego łączyła się z nią, jednak bliżej rozpatrzywszy się istniał na około tegoż ciemny ślad szczeliny. Na guziku mniejszym wbity był pionowo kawałek kości, długi na cal jeden do głębokości kilku linii, prócz tego cały zewnętrzny zręb ledwo się trzymał całości i był w jednym miejscu wdrażony na przestrzeni ćwierć cala do głębokości 2", blaszka kostna wytrzymała ciśnienie i nie pękła. W szyjce chirurgicznej to jest pod guziczkami nastąpiło złamanie górnej kości, od zewnątrz zachodziło ono wyżej, ku wewnątrz nieco niżej z wystającym kątem ostrym, trzymanie się zresztą kości odbywało się przez okostną tego ostatniego. Ważną także jest rzeczą zachowanie się szpiku kostnego, — w miejscu zgruchotania blaszki kostne ograniczające go zostały zbite a tenże wyciśnięty na zewnątrz, w środku zupełnie zdrowy z utkaniem prawidłowem kostnem, przy szparze kostnej w wielu miejscach okostna była zdarta. Prócz tego w trzeciej części górnej ramienia na granicy z  $\frac{2}{3}$ , widoczne było poprzeczne złamanie z zupełnem zerwaniem okostnej i wdrażeniem szpiku między odłamki. Tętnica ramieniowa była zerwana tylko w jednym miejscu to

to jest powyżej miejsca złamania dolnego, koniec jej niższy utrzymał się w położeniu, górny zaś wraz z żyłą zerwaną zawinął się ku górze pod mięsień piersiowy wielki. Nerw pośrodkowy był porwany, podobnież mięśniowo skórny.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A.

### Drgawki podczas ciąży, porodu i położu

Przez Dra B. M. Cohen w Hamburgu.

Spolszczył Dr Leon Lande.

(Dokończenie.)

**Leczenie:** a) Eclampsia uterina matura. Głównem zadaniem jest przyspieszenie rozpoczętej pracy porodowej, i wszelkie ku temu odpowiednie środki trzeba użyć. Zalecany upust krwi żylny u pełnokrwistych winien być dokonany, co jednakowoż nie zawsze zmniejsza napady. W razie obawy uderzenia apoplektycznego lub paraliżu ważnych organów trzeba przeciąć tętnicę czołową. Miejscowy upust krwi nie wywiera żadnego działania na zmniejszenie drgawek. Jeżeli nie obawiamy się przepełnienia naczyń półkul mózgowych (w tylnej części mózgowia jest anemia i przesiek surowiczy), to przystąpimy do zadania narkotyków i to w postaci enem, bliskość macicy jest najodpowiedniejszem do zadawania tychże środków w postaci enem. Wdechaniem chloroformu jest tylko chwilową ulgą przeciwko drgawkom, a po zaprzestaniu chloroformowanie drgawki na nowo występują, a raczej dalej trwają, gdyż chloroform nie udala takowe, ale wstrzymuje ich gwałtowność. Działanie wodoru chloralu w postaci lawatyw jest pomyślniejszem od wdechań chloroformu. Dujardin, Martin, Bourneville, Tarnier opisują pomyślne rezultaty od tegoż środka. Najpewniejszym środkiem jest zadawanie Tinct. Opii simp. około 40 kropel co 2 godziny. Przyspieszenie porodu jest najwłaściwszem i jeżeli usta maciczne na tyle rozwarte, że można założyć kleszcze do wykonania téjże operacji natychmiast trzeba przystąpić, wystrzegając się wszelkiego drażnienia ust macicznych silniejszego, mogącego drgawki powiększyć. Obrót dokonywa się w tych razach, jeżeli wody płodowe nie odeszły i błony całe. Ponieważ przy formie téj poród już się rozpoczął, nie może więc być mowy o wywołanie przedwczesnego porodu. Jeżeli rozpoznana była wodna puchlina jaja płodowego (Hydramnios) i usta maciczne nawet nie wiele rozwarte, wtedy należy rozzerwać błony płodowe. Inne środki zalecane jak zimno, epispatica można zaliczyć do rzędu adjuvantia, nigdy zaś jako głównie działających.

b) Eclampsia uterina praematura. Jeżeli drgawki występują w 6 miesiącu ciąży przy objawach nie gwałtownych, na mocy których można wykluczyć formę drgawek mózgową, to wtedy uwaga nasza winna być zwróconą na to, by o ile możności osłabić rozdrażnienie macicy, do czego jedynie można zastosować środki narkotyczne w lawatywach. Działanie ich jest zawsze pomyślne, trzeba je tylko kilka razy powtarzać.

c) Eclampsia cerebrialis. Głównem zadaniem naszym zwrócić uwagę na cierpienie mózgu, gdyż macica żadnego udziału w danej chorobie nie ma. Momentem wywołującym drgawki jest cierpienie nerek, które wywołuje przesieki w mózgu, systoliczne zwężenie naczyń mózgowia i one to samodzielnie wywołują drgawki. Inne objawy mózgowie są wywołane następczo skutkiem odśrodkowego przebiegu rozdrażnienia do macicy a stąd dośrodkowo do rdzenia przedłużonego, wywołując drgawki. Środki używane zwykle przeciwko moczniccy i cierpieniom nerek często zawodzą. Wywoływanie porodu jest zbytęcznem. W ostatnich czasach zalecano lawatywy z wod. chlor. Skuteczne działanie wod. chlor. jest wtedy, skoro rozdrażnienie mózgu dosięgło odśrodkowo macicę i wywołało czynność porodową. Środki napotne, tannina, kwas benzoesowy nie wywierają wtedy skutku. Mając za zadanie usunięcie cierpienia mózgowego, zastosujemy przeciwzapalne środki, otwarcie tętnicy czołowej, zimno; jeżeli można zadać środki wewnętrzne to kalomel. Jeżeli rozdrażnienie dosięgło macicę i poród rozpoczął się, to wtedy zadać trze-

ba lawatywy ze środków odurzających. Wywołanie sztuką przedwczesnego porodu powiększa rozdrażnienie już istniejące. Jeżeli drgawki są w pełnym rozwoju, usta maciczne nieco rozwarłe (3,5 ctm.) i rozpoznano Hydramnios, wtedy jedynie można poród przyspieszyć.

**P a t o g e n e z a.** a) Eclampsia uterina matura. Doświadczenie pokazało, że rozdrażnienie nerwu sympatycznego, rozkrzewiającego się w macicy, przez płód, wywołuje bole. Doświadczenia N o t h n a g e l'a wykazały, że jeśli to rozdrażnienie biegnąc dośrodkowo dosięga podstawy mózgu, naczynia błony pajęczej i mózgowia kurczą się i skutkiem tego przyływ krwi tętniczej do tylnej części mózgowia jest wstrzymany — moment wywołujący wedle obserwacji Kussmaul'a drgawki. Działanie tu jest refleksyjne na gałązki ruchowe, gdy tymczasem rozdrażnienie mózgu nie wywołuje drgawek.

b) Eclampsia uterina praematura. Jest statystycznie wykazaniem, że z początkiem 6 miesiąca ciąży, skoro płód obniża się do szyjki macicy skutkiem rozdrażnienia takowej występują drgawki. Rozwój tedy jest ten sam co przy matura, z tą różnicą, że tam drażnienie ujścia macicznego wwołuje drgawki tutaj szyjki macicznej. Przebieg jest o wiele łżejszy z tej przyczyny, że skoro szyjka dostatecznie rozszerzy, przyczyna drgawek tém samém zostaje usunięta.

c) Eclampsia parturientium cerebralis. Cierpienie nerek stanowi powikłanie tej formy, ono przedstawia objawy drgawek i bezprzytomność samo przez się, nawet w nieobecności ciąży, a wspólnie z nią jest bardzo niebezpieczną chorobą. — Czy produkty moczu, lub też rozkład ich i wytworzenie węglanu amonii, czy przesieki surowicze powstrzymują dopływ krwi tętniczej do tylnej części mózgowia nie jest jeszcze rozjaśnionem. W każdym razie są to dostateczne powody do wywołania drgawek. Zupełnie inaczej powstają objawy mózgowie, rozwijające się dopiero przez zwrotne rozdrażnienie mózgu skutkiem dośrodkowego przebiegu do tegoż rozdrażnienia n. sympatycznego w macicy. Rozdrażnienie to dosięgając rdzenia przedłużonego wywołuje bezkwiśtość tylnej części mózgu i drgawki wraz z konwulsjami występują w całej sile, przyczem poród często odbywa się. K u s s m a u l opisuje sposób tegoż powstawania z doświadczeń robionych na zwierzętach.

„Po wyjęciu przedniej części mózgu powstaje bezprzytomność, ale konwulsyj nie ma,—przeciąwszy pień bezimienny, krew ze zwierzęcia wycieka, powstają silne konwulsye. Tak samo jak u kobiet skutkiem drgawek w ciąży powstaje poród i mamy drgawki porodowe, możemy doświadczeniem toż samo u zwierząt zapłodnionych wywołać.“

Obserwacja Nr 5 przemawia za patogenezą téjże formy. Pozostaje mi jeszcze wykazać różnicę Eclampsii od padaczki, tak w przebiegu, jak i w przyczynach i leczeniu tychże chorób, by usprawiedliwić teorię moją Eclampsii opartą na doświadczeniach K u s s m a u l'a i N o t h n a g e l'a.

**P r z e b i e g E p i l e p s y i.** Z początkiem napadu zawsze chora wydaje okrzyk, który powstaje skutkiem skurczu pęcherzyków płucnych w chwili wydechania. Okrzyk ten jest identyczny z pierwszym krzykiem noworodka, skoro powietrze wchodzi do dróg oddechowych, a podrażnione pęcherzyki są skurczowo zwężone. Poczém następuje napad, wszystkie mięśnie ciała są zwolnione, naczynia włosowate zwężone i skutkiem tego błądź skóry, gałki oczne zapadłe skutkiem utraty naprężenia mięśni. Po krótkiej chwili następuje zmiana wszystkich objawów, skutkiem podrażnienia układu mózgodzeniowego. Gałki oczne przerzucają się, naczynia włosowate napęcznieją się krwią, tętnice i żyły są przepelnione, sinica. Powstaje laryngismus skutkiem ucisku na krtani i tchawicę w tężcowem skurczu znajdujących się mięśni szyi, tężec całego ciała i konwulsye. Na tem często kończy się przebieg napadu, a czasami powtarza się napad. Po ukończonym napadzie następuje sen, niekiedy połączony z bredzeniem. Napady epileptyczne powtarzają się zawsze w nieoznaczonym czasie. Przed napadem epilepsii pojawia się aura, która dąży dośrodkowo do mózgu od nerwu obwodowego i wywołuje napad, a który powstaje skutkiem nacisku na nerw; podwiązanie powyżej miejsca wyjścia aury może niedopuszczyć napadu.

**P r z e b i e g E c l a m p s i i.** Nie masz okrzyku, błądź odrazu występuje sinica, konwulsye, może trwać dłuższy czas, nie powtarza się po kilku dniach lub tygodniach jak Epilepsya.

**P r z y c z y n y E p i l e p s y i.** Uszkodzenia układu mózgo-rdzeniowego, zarówno ośrodkowego jak i obwodowego. R o m b e r g naucza, że zawsze znaleźć mo-

zna przy epilepsyi jakąś przyczynę w nerwach obwodowych lub w mózgu, żadnych jednakowoż zmian nie widać w nerwie sympatycznym. Szereg obserwacyj klinicznych i protokółów sekcyjnych potwierdzają to zdanie. Znany jest wypadek opisywany przez *Diffenbacha*. Dziewczynka upadła na szło i rękę rozkrwawiła. Rana zagoiła się ale w krótkim czasie powstała epilepsya. Skoro po jakimś czasie przecinał *Diffenbach* bliznę, znalazł kawałek szkła, który drażnił nerw, po oddaleniu takowego napady epilepsyi nie powtarzały się. W innym wypadku skutkiem spadnięcia było uszkodzenie czaszki, rana zablizniła się, ale napady epilepsyi pojawiły się. Rozpoznano nacisk na mózg i dla tego przedsięwzięto trepanację, która usunęła tenże nacisk i Epilepsii również nie było potem. Sekcye często wykazują obecność nowotworów w mózgu.

**Przyczyny Eclampsyi.** Nigdy nie masz uszkodzeń systemu mózgo rdzeniowego. Przyczyną jest macica, która drażniąc n. sympatyczny, drażnienie to bieży dośrodkowo do mózgu i skutkiem refleksu pobudza gałązki ruchowe.

**Patogeneza Epilepsyi.** Rozdrażnienie układu mózgo-rdzeniowego czy to w części jego obwodowej, rdzeniowej lub mózgowej trwające ciągle przenosi się nakoniec na sam mózg. Wtedy jak po każdym silnym rozdrażnieniu mózgu, zostaje zniesioną jego działalność—chwilowy paraliż układu mózgo-rdzeniowego. W organizmie wpływ n. sympatycznego ma przewagę, następuje zwolnienie wszystkich mięśni, bledłość. Stan ten gdyby dłużej trwał nastąpiłaby śmierć. Jednakowoż skutkiem obezwładnienia układu mózgo-rdzeniowego następuje przemiana z powiększoną czynnością rozdrażnionego układu mózgo-rdzeniowego, następuje przepełnienie krwią mózgu i dla tego bezprzytomność, rozdrażnienie części ruchowej wywołuje tężec mięśni zginaczy i wyprostnych, najsamprzód mięśni głowy, poczem następują konwulsye. Że przy epilepsyi diastola i przepełnianie krwią, a w eclampsyi systola i niedokrewność wywołują napad, mamy tego dowody:

- 1) Przepełnienie krwią rogu amona (*Nothnagel*);
- 2) Autopsye dokonane przez *Schroedera*, *van der Kolk*, *Brown*, *Sequard*, a najważniejsze;
- 3) Doświadczenia *M. Magnan's*. Autor ten wywoływał napady epileptyczne u psów podając im absynt, przeprowadził szereg doświadczeń dla przekonania się czy naczynia mózgu w czasie sztucznie wywołanego napadu są zwężone, czy rozszerzone. Badanie oczu oftalmoskopem i powierzchni mózgu po dokonanej trepanacji czaszki wykazały nastrzyknięcie źrenicy i większych naczyń. W mózgu obserwował obrzęk substancji tegoż, zaczerwienienie substancji rdzennej, i pokazanie się krwotoku w miejscu, gdzie był takowy wstrzymany przed podaniem absyntu. Przepełnienie tedy krwią mózgu jest przyczyną epilepsyi.

**Patogeneza Eclampsyi.** Zupełnie rzecz się ma przeciwnie jak przy Epilepsyi. *Kussmaul* przeprowadził szereg doświadczeń i dokazał, że niedokrewność mózgu, skurcz naczyń tegoż jest przyczyną drgawek eklamptycznych.

**Leczenie Epilepsyi.** Chcemy tylko wykazać w tym miejscu, w czym różni się terapia przy eclampsii od tejże przy epilepsyi. Odurzenie chloroformem wywołać może wedle *Schroedera* *van der Kolk'a* napady epilepsyi, ucisk na tętnicę szyjową przerwać takową.

**Leczenie Eclampsyi.** Przy Eclampsii widzimy zupełnie przeciwnie: chloroform i w ogóle środki odurzające wywierają wpływ pomyślny przy drgawkach eklamptycznych. Przeciwnie zaś nacisk na tętnicę szyjową zwiększa napady.

Zestawiwszy to co wyżej powiedziano dochodzimy do wniosku:

- że eclampsya jest następstwem rozdrażnienia n. sympatycznego; epilepsya układu mózgo-rdzeniowego;
- że eclampsya wywołana jest niedokrewnością mózgu z zastojem krwi żylnéj w tętnicach mózgu, epilepsya przekrwieniem mózgu;
- że przebieg, przyczyny, patogeneza, leczenie tych obu form drgawek na pozór identycznych jest zupełnie odmiennem.

Pogląd ten zgadza się zupełnie ze słowami *Hippokratesa* (Aforysmy § 17. 48). *Convulsionibus oriuntur ab evacuatione (anaemia przy Eclampsyi) aut a repletione (Hyperaemia przy Epilepsyi).*

## Nosacizna i tyleczak (*Malleus humidus et farciminosus*).

Przez prof. Dra Fr. Koranyi w Peszcie.

Podał Dr L. Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Według dzisiejszego stanu naszej nauki, nosacizna i tyleczak stanowią dwie formy jednej i téjże samej choroby, która pierwotnie rozwija się tylko u zwierząt należących do rodzaju konia, od tych jednakże bywa przeniesioną na inne zwierzęta i na człowieka. Miejscowo charakteryzuje się powstawaniem pierwotnych lub większych nowotworów ziarninowych na błonie śluzowej nosa i przewodu oddechowego, w tkance łącznej podskórnej, jako też zapaleniem naczyń limfatycznych i obfitem bujaniem komórek w gruczołach limfatycznych; ogólnie zaś nieznanem bliżej jeszcze działaniem jadu nosaciznowego, wchłonięciem ropy i posoki, i wywołaniem ztąd objawami w całym organizmie. Guziczki nosaciznowe (*R o t z k n o t e n*) okazują wielką skłonność do rozpadu i wytworzenia ropy specyficznej, która na inne osobniki przeniesiona, znowu nosaciznę wywołuje.

Ponieważ nie mamy tu zamiaru szczegółowo zajmować się chorobami zwierząt, to jednak pojmujemy, że ze względu powstawania nosacizny i tyleczaka u człowieka, wskazanem jest bliższe poznanie miejsca wylęgania się jadu nosaciznowego. Dołączają się tu jeszcze i inne okoliczności, które usprawiedliwiają zajęcie się nosacizną zwierząt w niniejszym opisie.

Jakkolwiek choroba ta u zwierząt oddawna była znaną—już w 4 wieku przez *A s p y r t o s'a*, weterynarza w wojsku Konstantyna W., opisana jako *Elephantiasis*—choć wyrażnie zaznaczono łatwe przenoszenie się téj choroby na ludzi, i wybitne, bezpośrednie niekiedy nawet gwałtowne jej następstwa, nosaciznę jednak u człowieka zmieszano z zakażeniem ropnym i jadu trupiego, i dopiero w ciągu bieżącego stulecia została ona rozpoznana i ściśle obserwowana. Pomijając jednak tę historyczną wzmiankę, należy dodać, że zakres patologii choroby nosaciznowej u zwierząt jest tak bogaty w ciekawe fakty, spostrzeżenia i doświadczenia jakkolwiek niezupełnie jeszcze stwierdzone, że takowe daleko sięgają po za obręb specjalnego przedmiotu do innych działów patologii, i chociaż tylko pobieżne ich przytoczenie zdaje się być odpowiedniem dla zrozumienia przedmiotu.

**Anatomia i histologia.** U zwierząt należących do rodzaju konia ukazuje się nosacizna w dwojakiej formie: jako właściwa *n o s a c i z n a* i *t y l e c z a k*, które w najbardziej odrodnych wypadkach dwa oddzielne typy przedstawiają, jednak najczęściej stanowią formy mniej więcej do siebie zbliżone, jedna w drugą przechodzące i przez rozwój w temże samem indywiduum, albo też przez przeniesienie na inne, nawzajem mogą się wywoływać.

Przy *n o s a c i z n i e*—*m a l l e u s h u m i d u s*, *M o r v e*, *R i t z i g k e i t*, występują nowotwory na błonie śluzowej przewodu oddechowego, a mianowicie w jamie nosowej—przy objawach nieżytu, w części jako guziczki, w części rozlane jako produkty przerzutowe; spotykamy je także i w innych narządach. Siedliskiem guziczków właściwie jest przegroda nosowa i muszle, rzadziej boczne ściany jam nosowych, wielkość ich bywa rozmaita od ziarna prosa do ziarna grochu dochodząca, są rozrzucone pojedynczo lub wzajemnie na siebie cisną; składają się z galaretowatej, żółto-białawej lub szaro-czerwonej masy, i zwykle—a przynajmniej w swym posuniętym rozwoju—otoczone powłoką zarodkowej tkanki łącznej. Otaczająca błona śluzowa przedstawia objawy nieżytu, który na granicy guziczków największego natężenia dochodzi, jest ona nastrzyknięta, nabrzmiała i więcej przejrzystym lub czerwonym, brudnym śluzem pokryta.

Co się tyczy *b u d o w y h i s t o l o g i c z n e j* guziczków w nosaciznie spotykanych, *V i r c h o w* zalicza je do nowotworów ziarninowych (*Granulationsgeschwülste*). Składają się one z nagromadzonych tworów komórkowych o stosunkowo dość znacznych jądrach, które według *V i r c h o w'a* pochodzą od komórek tkanki łącznej, błony śluzowej i tkanki podśluzowej, ściśnięte jedne na drugich ze zaledwie tylko ślady włókien i tkanki międzykomórkowej spostrzegamy. Im bardziej komórki są uciśnięte, tem prędzej spotykamy objawy przemiany wstecznej, do której jedynie tylko są zdolne, napełniają się ziarnistością tłuszczową, tracą czystość zarysów i rozpadają się, tak że odpowiednio temu, guziczki zmieniają się na masę jednolitą, żółto-białawą, suchą, twardawą, nieco kruchą, serowatą, w której wreszcie skutkiem rozplynienia, powstaje w środku zmięknienie.

Rozmiękła massa przedstawia rozpad (*detritus*) ziarnisty, zawierający prócz tego większe komórkowe twory zaliczane do ciałek ropnych i pływa w płynie, który za do-daniem kwasu octowego się maci. Jeżeli zmięknienie doszło aż do powierzchni guziczka, powstaje w r z ó d n o s a c i z n o w y z wywróconemi brzegami i dnem sadło-watém, co pochodzi od ciągłego bujania i następczego rozpadu komórek. Dokoła i na dnem wrzodów pierwotnych, powierzchownych, ściśle ograniczonych, tworzą się nowe guziczki, takowe pękają, ztąd wrzody coraz bardziej się na powierzchni szerzą i drążą w głąb, a następnie przyjmują formę nieregularną, zatokowato-powyżeraną, ciągnącym się czerwonym płynem pokryte, dochodzą do okostnej lub ochrzęstnej i próchnienie (*caries*) tychże powodują. Niekiedy goją się wrzody nosaciznowe przez wytworzenie blizn twardych, promienistych, naokoło których zwykle powstają świeże guziczki i na-stępnie przechodzą w owrzodzenie.

Podobne nowotwory nosaciznowe (*Rotzgranulationen*) spotykamy także w płu-cach, otoczone przekrwionym mięszem, a później dopiero powłóczką z tkanki łącz-nój; częściej ulegają one stłuszczeniu, zserowaceni lub zwapnieniu, a nierównie rza-dziej owrzodzeniu.

Drugi sposób występowania nosacizny na błonach śluzowych stanowi f o r m a r o z l a n a.

Rozwija się ona zwykle w sposób ostry przy objawach natężonego zapalenia błony śluzowej, ta ostatnia bywa mocno przekrwiona, niekiedy wynaczynieniami pokryta i obrzmiała, albo przeświecającym jakby galaretowatym wysiękiem nacieczona, albo też przedstawia twarde, modzelowate (*schwielig*) obrzęki. W niektórych miejscach, miano-wicie w jamach przyległych (zatoki czołowe, szczękowe), sięgają one aż do kości i po-wodują rozległe wykwity kostne (*Osteophytum*), przyczem błona śluzowa tychże jam by-wa zmieniona na wżgórkowatą, zgrubiałą massę. *Leiserin*g przytacza, że przy takich rozszerzonych obrzękach błony śluzowej i tkanki łącznej podśluzowej prócz zbyt obfitego tworzenia się komórek, może powstać po odpadnięciu nabłonka nowowytwo-rzona tkanka włóknista, która przedstawia pozorną tkankę bliznowatą bez uprzedniego owrzodzenia. Tak więc modzelowato zmienione warstwy błony śluzowej, mogą rozpa-dać się na nieregularne, dość obszerne wrzody. Prócz tej oddzielnej formy nosacizny na powyższych zmianach przez *Leiserin*g'a opartej, *Virchow* podaje, że przy rozlanym obrzęku powstają świeże, bardzo drobne prosowate i szybko zlewające się gu-ziczki, które przechodzą w owrzodzenie, zlewają się z sobą i tym sposobem powstają wielkie wrzody rozlane, serowate, nieregularne.

*Röll* przytacza także wraz z *Leiserin*g'iem nosaciznę rozlaną płuc, które już to w głębi, już na powierzchni galaretowato bywają nacieczone i dokoła nasięku przekrwione, później stają się żółtawo-białe, twarde i suche, i zwykle ulegają zserowa-ceniu, skredowaceni, a rzadziej ropieniu. W innych wypadkach według *Leise-rin*g'a przeważa nowoutworzona tkanka łączna, zktąd twarde, zgrubiałe blizny pozostają. Przy powierzchownych ogniskach opłucna zwykle warstwą włóknika jest pokry-ta. Te zrazikowe ogniska uważane były przez *Ravicz*a jako będące natury za-torowej, *Leiserin*g zaś utrzymuje, że po nastrzyknięciu świeżych guzików płuc-nych spotykał naczynia krwionośne swobodne zarówno w środku jak i na obwodzie.

*Virchow* uważa ogniska płucne jako będące natury przerzutowej, przeciwnie zaś inni badacze jak *Leiserin*g, *Guerin*, *Roloff* przyjmują samodzielne zakażenie jadem nosaciznowym, który z nosa miał się dostać do płuc z wdychaniem po-wietrzem.

Od tych miejscowych ognisk dalsze szerzenie się nosacizny odbywa się zwykle za pośrednictwem naczyń limfatycznych i gruczołów.

Naczynia limfatyczne i krwionośne które w tkance łącznej podśluzowej nosa u ko-ni przebiegają, okazują objawy zakrzepu i zapalenia.

Zajęcie gruczołów towarzyszy zwykle każdemu umiejscowieniu nosacizny, i często spotykamy zapalenie doprowadzających naczyń limfatycznych, jak to ma miejsce przy przymocie. Przy nosaciznie błony śluzowej nosa rzadko tylko brakuje współczesnego obrzmienia gruczołów limfatycznych krtani. Obrzek ten pochodzi od nadmiernego mno-żenia się komórek, które szybko miękną, rozpadają się i zamieniają na serowate massy.

Na wysokości choroby powstają cierpienia przerzutowe w nerkach, jądrach, śle-dzionie etc.

Tyleczak, *malleus farciminosus, farciminius, der Wurm, Hautwurm, Farcin*, odznacza się tem, że w skórze lub częściej w tkance łącznej podskórnej powstają guziki różnej wielkości nie zbyt wyraźnie odgraniczone, które po pewnym czasie mogą zniknąć bez śladu, a w innych miejscach występować (tyleczak latający, *fliegender Wurm*), albo też miękną, pękają i tworzą wrzody tyleczakowe z posokowatą wydzieliną. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guziki tyleczakowe niczem się nie różnią od guziczków nosaciznowych, bujanie zaś komórek jest nierównie większe i sięga od tkanki łącznej podskórnej do mięśni.

Od guzików tyleczakowych przechodzi zapalenie na naczynia limfatyczne, ściany tychże grubieją jako też otaczająca tkanka łączna, wskutek tego rozwijają się prawdziwe różańce tyleczakowe (*reitender Wurm*). Później gruczoły limfatyczne bywają zajęte i wtedy z tyleczaka powstaje nosacizna, jak to już powyżej było opisane: albo też bez rozwoju nosacizny ginie zwierzę z wyniszczenia, ropnicy, następczego krupu i błonicy lub folikularnego owrzodzenia kiszek.

Powyżej opisane zmiany anatomiczne przy nosaciznie chronicznej przedstawiają się w następnym porządku: naprzód jawi się nieżyt na błonie śluzowej nosa z wystąpieniem guziczków, współcześnie nabrzmiewają limfatyczne gruczoły krtaniowe, następnie w jamie nosowej powstają owrzodzenia i występują nowe ogniska w krtani i płucach, zwykle dołączają się tu jeszcze następczo guziki tyleczakowe, rozmaite objawy ogólnego charłactwa (*cachexia*), a pod koniec choroby niekiedy blisko rok trwającej—wybuch ostrej nosacizny lub ropnicy (*pyaemia*). Może jednak choroba od początku pod formą ostrej nosacizny wystąpić, przy gwałtownych objawach gorączkowych, natężonem zapaleniu błony śluzowej nosa i już po kilku dniach rozwijają się guziczki nosaciznowe, jako też nasięk nosaciznowy *Leiserin*g'a, szybko rozpadają się i zamieniają na wrzody; gdy sprawa owrzodzenia rozszerzy się na krtani i tchawicę, powstaje obszerne zapalenie naczyń limfatycznych, obrzęk gruczołów limfatycznych, obrzmienie zapalne skóry i tkanki łącznej podskórnej. Szybko potem następują nasięki w płucach, guziki tyleczakowe się powiększają i ulegają rozpadowi, poczem znowu występuje zapalenie naczyń limfatycznych i gruczołów w bliskości guzików i wreszcie przy objawach tyfoidalnych giną zwierzęta po 8—14 dniach. Jeżeli choroba występuje jako tyleczak pierwotny, to rozwijają się guziki bez lub po uprzednich dolegliwościach u zwierząt w barkach, bokach, w dolnej części brzucha lub w innych miejscach, giną one w jednych częściach i występują w innych, rozpadają się i zamieniają na wrzody, wytwarzają się także ropnie i takowe pękają. Dołącza się zapalenie naczyń limfatycznych, obrzmienie gruczołów i zwykle po przewlekłym, rzadziej po ostrym przebiegu najczęściej przychodzi wybuch nosacizny na błonie śluzowej nosa i w płucach, skutkiem czego giną zwierzęta, inną razą kończy się proces objawami ogólnego charłactwa.

Etiologia nosacizny u konia wykazuje wiele bardzo ważnych momentów.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Wypadek argyryi wskutek wielokrotnego przyżegania paszczy azotanem srebra (Gaz. méd. de Par. 1864). 46-letnia kobieta z powodu coraz bardziej powiększającego się owrzodzenia paszczy przyżegała energicznie takowe laseczką azotanu srebra w przeciągu jednego roku, powtarzając tę czynność jeszcze w dwóch następnych latach, przyczem produkta przyżegania za każdym razem połykała. Już w pierwszym roku pokazały się następstwa takowego, mianowicie niebieskawe zabarwienie twarzy, które się stopniowo do szyrowego wzmogło, podczas gdy szyja nieznaczny w tem udział przyjęła, tułow zaś i kończyny zaledwie dostrzegalne ślady. Błona śluzowa paszczy jako też podniebienia twardego przedstawiała wszelkie możliwe odcienia od szaro-różowego zabarwienia do czarnego. Wypadek ten argyryi został wywołany wskutek dostawania się do żołądka zmieszanej z azotanem srebra płwociny i kawałków odpadłych z paszczy błony śluzowej, a nie przez wessanie środka błoną śluzową gardzieli.

## Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1875 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1875 r. zaczyna się tom *osiemnasty*. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1875 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpała się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

### 1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875 r.) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

### 2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1874 wychodzi obecnie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z *Dziela* m i wyżej wyliczonemi, lub z *Gazetą Lekarską*. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874 wynosi: 1) dla prenumeratorów *Gazety Lekarskiej* i pierwszego działu *Bibl. Um. Lek.*, t. j. *Dziela* rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej *Gaz. Lek.* rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci *Bibl. Um. Lek.* stanowi:

### 3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów *Gaz. Lekarskiej* dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale *Bibl. Umiejętności Lekarskich* zawiera się:

### 4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów *Gazety Lekarskiej* dział ten, jako *dodatek* dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący *Gazety Lek.* mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. *Kalendarz Lekarski* na rok 1875 wyszedł i *Szan. Kol.*, którzy dotąd zaprenumerowali, rozesłanym został.

Zwracamy uwagę *Szanownych Panów Prenumeratorów*, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować *bezpośrednio* w Redakcyi *Gazety Lekarskiej*, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych *N-rów*, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z *Galicyi*, *Poznańskiego* i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja *Gazety Lekarskiej* i *Biblioteki Umiejętności Lekarskich* przy rogu ulicy *Jasnej i Zielonego placu*, w domu *Jaroszyńskiego*, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

w Drukarni *Gazety Lekarskiej*. Ulica *Śto-Krzyżka* Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów *Gaz. Lek.* rsr. 6; dla prenumeratorów *Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek.* rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego. Przez Dra *Grochowskiego* (z Kałuszyna). — Kronika zagraniczna. Drgawki podczas ciąży, porodu i połogu. Przez Dra *B. M. Cohen* w Hamburgu. (Do-kończenie). Nosacizna i tylczak (*Malleus humidus et farciminosus*). Przez prof. Dra *Fr. Koranyi* w Peszcie. Podał Dr *L. Pogorzelski*, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Wiadomości bieżące. Wypadek argyryi wskutek wielokrotnego przyżegania pasczy azotanem srebra. Od Redakcyi. — Dodatek. Farmacyi T. II. ark. 18, 19, 20, 21, 22 i 23. Choroby zaraźliwe chroniczne ark. 8. Choroby nerek ark. 26. Chemii lekar-skiej ark. 11.

## Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego.

Przez Dra *Grochowskiego* (z Kałuszyna).

Dnia 9 Września, roku zeszłego, byłem wezwany przez kol. F. do pokaleczonego we wsi Wilczonek w powiecie Siedleckim, gdzie zastaliśmy chorego mocno narzekającego na bóle rozpierające w pogruchotanej kończynie górnej lewej, i niewielkie krwawienie z dwóch małych ranek, u dołu łokcia i powyżej tegoż. Kol. F. opowiedział następne szczegóły, że w dniu 9 Września to jest w poniedziałek o godzinie 9 rano jak zwykle poszedł do pracy robotnik Marcin Kulik do młocarni, rozmazony niedzielnym poczęstunkiem, popędzając konie usiadł przy maneżu i zdrzemnąwszy pochylił się lewą stroną na kierat o trybach dolnych, które mu zgruchotały górną część lewej kończyny. Widząc ciągle zwiększający się guz w okolicy łokciowej dolnej wyraźnie chęłboczący, barwy sinawej, przeciął go podłużnie do osi ramienia, poczem wylała się krew ze

skrzepami w znacznej ilości, która potem ciągle sączyła się; jednocześnie zbadawszy złamanie powikłane kości ramieniowej, założył opatrunek łupkowy, wskutek czego krwawienie cokolwiek uspokoiło się.

Marcin Kulik, lat 32 mający, wzrostu średniego, budowy ciała miernie mocnej, prawidłowej, mięśni jędrnych z rozwiniętym układem kostnym, skóra blado-żółtawa tęga, zaopatrzona w znaczną ilość tkanki tłuszczowej. Po zdjęciu opatrunku ramię lewe pokazało się znacznie powiększone, obwód tegoż w środkowej części wynosił cali 12, w okolicy mięśnia naramiennego blisko pachy 14", w okolicy łokciowej na dwa palce poprzeczne powyżej stawu 10". Porównywając z drugą kończyną powiększenie objętości wynosiło od 1—2". Ręka dotknięta obrażeniem wisiała na zwykłej rozłożonej chustce, skoro tylko starano się wydostać z niej, chory narzekał na mocny ból i w żaden sposób nie można było inaczej tego uczynić, jak podpierając ostrożnie drugą ręką, przy tem trzeba było zauważyć zбочony kierunek i wydłużenie chorej kończyny. Przy dotykaniu wyraźnie czuć się dawało tarcie odłamków kostnych przy przyczepie mięśnia naramiennego, słabo uwydatniające się powyżej, przy poruszaniu zaś tej kończyny słychać było wyraźne tarcie kostne; kierunek ramienia był zmieniony u góry jakby ukośny ku wewnątrz do połowy ramienia, następnie zwrócony pod kątem ku przodowi i na zewnątrz. Skóra nader naprężona w ogóle blado-sinawa, w wielu miejscach widoczne smugi żółtawo-sine bardziej poprzeczne, śladów otarć nie ma, charakterystycznych sińców podobnie. Co do ranki znajdującej się powyżej łokcia, lecz bardziej na zewnątrz, odpowiadała ona granicy między okolicami przednią i tylną ramienia na dwa poprzeczne palce poniżej dolnego przyczepienia mięśnia naramiennego, wielkości ziarna grochu, z brzegami wcieśnionemi, nieco zasinionemi, z której krew sączyła się kroplami, czasami zaś ukazywał się skrzep; przy poruszaniu w tem miejscu było najwyraźniejsze tarcie odłamków kostnych; zgłębnikiem nie badano. Na dolnej części łokcia był rodzaj woreczka, wielkości orzecha włoskiego; skóra na nim bardziej rozciąńczona, ciemno-sinawa, przecięta w środku poprzecznie, krew sącząca się była ciemno-czerwona jakby rozwodniona bez właściwej gęstości, przytem zaciśnięcie dolnej części ramienia lub górnej przedramienia nie miało wpływu na ograniczenie krwawienia. Przedewszystkiem chodziło o znaczenie źródła tegoż: nacisk wywarty na przebieg tętnicy ramieniowej w dolnej części nie wpływał zupełnie, podobnie było i w górnej powyżej miejsc krwawiących, gdzie było uczuwalne tarcie odłamków kostnych; nie ulegało zatem wątpliwości, że poranienie lub zerwanie tętnicy nastąpiło wyżej. Mogła być jeszcze jedna okoliczność, że nacisk wywierany w kierunku tętnicy nie dochodził do niej przez nasiągłe i w ten sposób powiększone tkanki, tem bardziej, że powyżej nadmieniona objętość, zdawała się to przypuszczenie usprawiedliwiać. Co do krwotoku mięszowego lub żylnego, to prawie wyłączyć należało, zwykle bowiem przy obrażeniach tego rodzaju, żyły i w ogóle tkanki tak są uciśnięte, że krew w ścianach tych naczyń tamuje się; często nawet tętnice zerwane ani kropli jej nie wysączają.

Bądź co bądź nie tracąc czasu, wywarto nacisk przyrządem Morela na tętnicę pachową poniżej obojczyka przy trzeciej części zewnętrznej tegoż, po dokładnem zastosowaniu krwawienie zupełnie ustało; chcąc dokładniej się przekonać złuzowano śrubę a w tej chwili krew wylała się strumieniem. Ta próba była dowodem naruszenia górnej części tętnicy ramieniowej, a może samej pachowej, rozpoznanie takie wprawdzie nie było ostatecznem, lecz musiało być przyjęte za ważną wskazówkę, obrażenie bowiem tętnicy w dolnej części spowodowałoby znaczniejszy krwotok.

Rozpoznanie zatem stanu kończyny dotkniętej wynikało z tych danych, jako złamanie prawdopodobnie powikłane górnej części kości ramieniowej (*fractura complicata ossis brachii*) z uszkodzeniem tętnicy, oraz części miękkich okolicznych. Dla oznaczenia przyszłości chorego należało zbadać szczegółowo stan jego wewnętrznych narządzi, zaczęliśmy jak zwykle od tętna, oddechania, ciepłoty etc, zwracając baczna uwagę na miejscowe uszkodzenie i czas trwania tegoż. Kończyna zdrowa wykazywała liczbę tętna 100 na minutę, objętość jego dość znaczną, chociaż było miękkie: na kończynie uszkodzonej dawało się również wyczuć lecz daleko słabsze, nitkowate, czasem przepuszczające, ztąd liczby jego nie podobna było oznaczyć. Oddechanie normalne przeważnie pierśiowe w liczbie 20 na minutę, ciepłota skóry słaba podwyższona, kończyny obrażonej niższa, na zdrowej też nie wyrównywała ogólnej, jednak ciepłomierzem dla braku pod ręką nie można było zbadać. Zrenice słabo wrażliwe na światło, miernie rozszerzone, w porównaniu różnicy żadnej między niemi, łącznica powiek różowo nastrzyknięta, tętno skroniowe jakoby bardziej przyspieszone i mocniej rozwinięte, ciepłota głowy podwyższona. Język płaski, gładki, blado-różowy, ku tyłowi słabo biało obłożony, szczególnie na linii środkowej, przy pokazywaniu cokolwiek zatrudno wysuwałny pomimo kilkakrotnego powtarzania. Klatka piersiowa niezbyt długa, dość wypukła i szeroka, granice płuc od tyłu o jedno żebro obniżone, od przodu normalne, odgłos po obydwóch stronach jednaki, oddech zaś zaostrozony na całej przestrzeni. Granice serca nie okazały różnicy; uderzenie tegoż wyraźne pod brodawką, zbyt mocne, tony wyjąwszy drugiego tętnicy płucnej niezmienione, często także można było spostrzedz tętnienie nadbrzusne. Brzuch wypukło owalny, wzdęty szczególnie w okolicy kiszek cienkich, okolica kątnicy i odbytnicy przedstawiała wyczuwalne stwardniałości, na całej przestrzeni okrężnicy słychać odgłos tępy. Granica dolna wątroby obniżona poniżej łuku żebrowego na dwa palce poprzeczne, szczególnie na lewo, gdzie też w dołku podsercowym była bolesność przy dotykaniu, brzegu wątrobowego wymacać nie można, śledziona w ograniczeniu normalnem od góry i od przodu, od dołu stale przedstawiała stepienie na  $1\frac{1}{2}$  cala poniżej normalnej, okolica żołądka przedstawiała stepienie. Do tych wynalezionych danych dodać należy, że w latach młodych, o ile zamiętać może nigdy nie chorował, prócz na wysypki skórne, a w 7 roku przebywał długotrwałą zimnicę, jednak oddawna pił codziennie parę kieliszków wódki, a w dniu świątecznie często zdarzało się, że zbytecznie jej nadużył. James Page t w swych lekcyach klinicznych o różnych

niebezpieczeństwach operacyj mianych w szpitalu w St. Bartholomew's Hospital wspomina o ostrożnościach, jakie zachować wypada przy operowaniu podobnego rodzaju osób, tém więcej, że przebywał zimnicę, która prawdopodobnie ślad przebycia swego w powiększonej śledzionie zostawiła, a powrót jej po operacyi mógł być spodziewany. Lecz zważywszy na wygląd powyżej przedstawiony, na wiek młody, na ogólne siły, na zatrudnienie jego, na niezbyt znaczne zmiany z przyczyny nadużycia napojów spirytualnych, wypada że przedsięwzięta operacya nie wpłynie źle na ogólny ustrój (*prognosis bona*), naturalnie mając na uwadze niewielką oparacyę najwyżej podwiązanie tętnicy ramieniowej. Co do kończyny obrażonej, tej stan był odmienny, uważając przypuszczalnie złamanie tylko z zerwaniem tętnicy małej objętości, z nadwężeniem części miękkich i przesiąknięciem wylaną krwią wypadnie, że zwykły opatrunek może nie udać się, że wystąpią następstwa zagrażające życiu jej, a ztąd przyszłość należy osądzić za wątpliwą (*prognosis dubia*).

Zaspokoiwszy w ten sposób wątpliwości co do życia, należało przedstawić plan leczenia. Mimo wskazań P a u l i w zachowawczej jego chirurgii wyłożonych, a mianowicie: jeśli przy poranieniu ramienia lub uda siła rozrywająca uszkodziła także główną tętnicę w części lub w całości, a także pnie główne żyłne i nerwy, tam na pewno można przewidywać zgorzel niżej położonej części zdrowej, ponieważ nietylko zmniejszony jest dopływ krwi ale także jej odpływ i nie ma pobudzalności nerwowej—wtedy najlepiej przedsiębrać natychmiastowe odjęcie członka uszkodzonego,—mimo tych danych osadziliśmy za rzecz konieczną popróbować podwiązania tętnicy w miejscu złamania i prawdopodobnego skaleczenia, a jeśli okaże się złamanie proste leczyć na zasadach ogólnych z tém zastrzeżeniem, że śledząc stan miejscowy i ogólny łatwo zauważymy stosowność zrobienia późniejszego odjęcia. Widząc wielką drażliwość i obawę chorego, także dla zabezpieczenia się od jego poruszeń mimowolnych utrudniających zbadanie, podwiązanie naczyń i oddalenie części zmiażdżonych, postanowiono uspić do zupełnego znieczulenia. W tym celu podano chloroform. Dawka nie przechodziła 30 kropel, którą kilkakrotnie powtórzono. Po uspieniu chorego, w miejscu najbliższem złamania kości to jest przy górnej ranie, rozcięto podłużnie skórę na przestrzeni 1½ cala, dochodząc do samej powięzi; chory mimo uspienia poruszył się; przy przecięciu tej ostatniej na rowkowanym zgłębniku, krew zaczęła wylewać się z rany; po wyznaczaniu jej gąbką, w głębi widoczne były podłużne kawałki mięśnia dwugłowego, nerwu pośrodkowego, tętnicy zaś wyszukano po mozolném badaniu tylko kawałek dolny, pusty, nie ziejący krwią, górnego zaś w żaden sposób pomimo wsuwania w górę rany palca, nie można było odnaleźć; przytém uważano w górnej części ramienia nowe odłamki kostne. Po czasie tym paruminutowym nagle tętno upadło, oddechanie zaczęło być przerywane, powierzchowne, słabe, chory wyprężył się w tył, usta ściśnięte, wystąpiły wyraźne znaki tęcza i zaduszenia. Naturalnie odjęto zaraz chloroform, pokropiono wodą, podniesiono głowę i przechylono ją prawą stroną na dół, zrobiono sztuczne wdechanie za przykładem R i c o r d'a (*bouche à bouche*), poruszając pe-

ryodycznie bokami piersi, nakoniec po kilkuminutowym ratunku chory westchnął głębiej i tężec ustąpił.

Pierwsza nastęczyła się uwaga, czy powyższe objawy nie były wskutek nadużycia chloroformowania? czy z idyosynkracyi jako u pijaka, czy skutek nie dobrego chloroformu? lecz wszystko to było płonną obawą. Wyżej przytoczony opis chloroformowania dokładnie tu usprawiedliwia; sam Robert radzi dawać go przez 7–8 minut, tu zaledwie było 6 a znieczulenie doprowadzone do zwykłego stanu nazwanego przez Chassaigna c'a *tolerance d'anesthésie*; pijacy dobrze znoszą chloroform tylko w większej ilości, a usposobienie szczególne objawiałoby się od początku. Co do dobroci chloroformu, to wszelkie próby nad nim odbywane, a mianowicie: co do zanieczyszczenia alkoholem lub chlorkiem elainu, to pierwszy łatwo poznać po zmienionym ciężarze gatunkowym (1,52), smaku i zapachu, nadto za dodaniem dwuchromianu potażu i kwasu siarczanego przy najmniejszej ilości zanieczyszczenia płyn mętnieje a nie ma osadu czerwonego; przy badaniu kryształkiem fuchsyny, płyn z alkoholem farbuje się różowo, nie wspominając już o próbach Ottona i Hardy. Co do chlorku elainu to Bouchardat nie przypisuje mu szkodliwych innych następstw, prócz nudności, wymiot i zawrotu głowy, a w początku wdechania kaszlu; zresztą próby Stadelera z barwnikiem żółci bilirubinem nie odbywałem, nie mając go pod ręką; co do wolnego chloru i oddziaływania kwaśnego (Malle-gaine) to podobnie nie okazało się. Tym samym chloroformem usypiam najmniej 15 chorych rocznie i nie mam złych następstw, przyczyna zatem złego była inną i zależała podług mego zdania w poruszeniu porwanych nitek nerwowych, które pomimo takiego znieczulenia zachowały jeszcze swą właściwą drażliwość. Nie było zatem czasu do stracenia; przekonawszy się o daleko wyższem uszkodzeniu kości, odważono się znowu zachloroformować chorego i zrobić odjęcie kończyny w stawie barkowym. Naturalnie, że przyszłość stała się bez porównania gorszą co do życia z przyczyny operacyi robionej na dużym stawie, a także krwotoku i przypadłości nerwowych, w zamian za to przedstawiła się korzyść zabezpieczenia tegoż od smutnych następstw, jakie musiały koniecznie nastąpić przy późnej operacyi. Po zgodzeniu się asystującego kol. F., podawszy 20 kropel chloroformu, zasnął spokojnie chory i przystąpiono do odjęcia ramiania sposobem Larrey'a (*en raquette*), oznaczywszy poprzednio górne kostne ograniczenie stawu, a stąd główki i linii stawowej. Przyszłe cięcia z początku określono, następnie założony został naciskacz na tętnicę podobojczykową, pachową zaś utrzymywał palcami pomocnik; po śladzie oznaczonym śmiało wykonano cięcia nożem jak zwykle małym amputacyjnym obosiecznym. Pierwsze podłużne pionowe zaczynało się między wyrostkiem barkowym i kruczym, było zatem bardziej przednie i nierównoległe do osi ramienia (modyfikacya Linhart'a) przeciągało się na 2 cale ku dołowi na zewnętrzną stronę tegoż, licząc pół cala dla przejścia poza linię stawową. Cięcie to doprowadzone zostało do samej kości, krwawienie tętnicze nie ukazywało się, rozciągnawszy cokolwiek brzegi rany widoczne było drugie złamanie między szyjką anatomiczną i chirurgiczną, które przedstawia-

ło jakoby wbite w siebie kawałki kostne. Należało wykonać dwa cięcia ukośne boczne, a rzeczywiście bardziej owalne;—zaczęto od zewnętrznego, prowadząc go od powyższego podłużnego w odległości cala od początku tegoż do samej kości, aż za dolne ograniczenie ściany tylnej pachy, krwotok tętniczy objawił się cienkim strumieniem, nacisk palca powstrzymał go. Przy położeniu oddzielném ramienia, podobném do poprzedniego, lecz zwróconém bardziej ku tyłowi zrobiono trzecie cięcie wewnętrzne, przechodzące tylko przez warstwę skórną do samego zakończenia ściany przedniej pachy, naturalnie, że pomocnik przy tém ostatniem cięciu jak i przy drugim odcigał skórę do góry. Obecnie trzeba było oddzielić płaty, pomocnik nieopuszczając nadeciągniętej skóry, skierował ramię więcej ku zewnątrz, w ten sposób ujawniona grubość całego płatu została oddzieloną nożem na całej rozległości stawu. Mimo ułatwionego dostępu do stawu, trudno było go otworzyć, gdyż nie można było skutecznie odciągnięcia główki ramieniowej z przyczyny wysokiego zgruchotania; należało więc inaczej postąpić, oddzielając samą niższą część. Ujawszy podobnie jak poprzednio lewą ręką ramię, odcięto cały płat tylny, a chcąc ulżyć ciężaru, wystający kawałek kostny utrzymywano, ostrożnie przecinając mięśnie i dolną część skóry w granicach oznaczonych. Kol. F. z początku podtrzymywał tętn. pachową, lecz podczas ostatniej chwili wprowadził palce wewnątrz płatu przedniego i tak dokładnie ucisnął tętnicę, że krwotok przy jej przecięciu wcale się nie okazał, po oblaniu zimną wodą rany, chory przebudził się i zapytał: czy będzie operacya? Najprzód podwiązano tętnicę okreśną tylną barku krwawiącą na wewnętrznej powierzchni mięśnia naramiennego i po podwiązaniu obydwu końce nitek odcięto, potem dopiero zwrócono uwagę na podtrzymywany główny pień pachowy. Spojrzawszy na okoliczne części widoczném było, że została przecięta poniżej granicy dwóch trójkątów przednich dołu pachowego to jest obojczyko-piersiowego i niżej leżącego piersiowego (H a r r i s o n, Surgical anatomy of the arteries vol. I), czyli niżej owego M utworzonego z gałęzi końcowych warstwy przedniej splotu nerwowego pachowego. Tu żyła znajduje się daleko niżej od łuku ścięgniętego powięzi kruczo obojczykowej, do którego ściany jej są przyrosłe wskutek czego są otwarte i nie opadają, a przy wdechaniu łatwo chłoną powietrze, wskutek czego tyle nastąpiło już nieszczęsnych wypadków. Dość przytoczyć pomieszczony w *Medico-chirurgicale Transactions* vol XXVII przez Brausby Cooper, gdzie dziewiętnastoletnia kobieta przy wyluszczeniu kilku gruczołów przerodzonych miała skalieczoną żyłę z wejściem powietrza, ale wskutek ratunku wyzdrowiała. Chasaniol (*l'Union medicale* 112, 1869), operował kobietę ze zmiążdżoném ramieniem w maszynie, przy podwiązaniu tętnicy, powietrze z sykiem weszło w żyłę i ledwie uratowaną została. Żyła w obecnym wypadku była uciskana wraz z tętnicą, była więcej od przodu i na wewnątrz tej ostatniej, nerwy zaś otaczały od zewnątrz i od tyłu, wiedząc o połączeniu tych części przez blaszkowatą tkankę komórkową, dozwolono puścić tętnicę; wnet strumień krwi rzucił się, poczem uchwyconą została palcami, oddzielona od nerwu i żyły, a następnie podwiązana. Próba usunięcia nacisku z żyły podobnie się udała, gdyż

pomimo oddechania głębszego chorego, nie pokazywały się owe groźne objawy; krwawienia nie było, należało zatem kończyć operacyę przez wydobycie główki kości ramieniowej, czas trwania operacyi wynosił minut 10. Uchwyciona w kleszcze z pewnością zręczniejsz mogła być wydobyta, lecz nie było ich pod ręką, należało więc posługiwać się palcami, obejmując lewą ręką i odciągając ku zewnątrz. Dokończywszy przecięcia ścięgnistego sklepienia kruczo-barkowego, odcięto przyczepienia mięśni podłopatkowego na guziku mniejszym, w rowku dwugłowego ścięgno długie tegoż mięśnia, na guziku większym ścięgna nad i pod grzebieniowego, obłego małego, nakoniec oddzielono samą torebkę stawową, poczem główka wytoczyła się; dla uwolnienia jej ostatecznego zniszczono dolne przedłużenia torebki i części długiej mięśnia trójgłowego. Krwawienie mięszone, po nastrzyknięciu parę razy wodą zimną zaczęło się uspakać, zawsze jednak krew płynna zbierała się w woreczku pod samą powierzchnią stawową łopatki w ilości łyżki stołowej po każdym wymaczeniu. Niezadługo oddalono skrzepy krwi, zalegające części mięsne rany; to ostatnia miała wygląd owalny z końcem cieńszym znacznie przedłużonym w górę w kierunku wyrostka barkowego, brzegi tego przedłużenia przystawały do siebie aż do samego otworu owalnego. Obraz rany po wyłuszczeniu ramienia przez nas dokonaniem przedstawiał, prócz wyżej opisanych naczyń i nerwów, w głębi skrzyżowanie żyły pachowej przez gałęzie tętnicze piersiowe dolne, nerw mięśniowo skórny oddzielając się od korzenia pośrodkowego przechodził kawałkiem swym przed tętnicą do tylnej części kruczo-ramieniowego mięśnia, poczem poznany został, część nerwu skórniego wewnętrznego znajdowała się między dwoma naczyniami i należało odciągnąć go palcami ku wewnątrz, ażeby nie uchwycić w podwiązkę; łokciowy podobnie wystawał, lecz był więcej na wewnątrz i ku tyłowi pokryty przez żyłę, oddalony od tętnicy przez swój kierunek ku tyłowi. Co zaś do pęczka nerwowego tylnego to jest promieniowego i zawrotnego, to one w zupełności w podwiązaniu nie robiły przeszkody znajdując się ku tyłowi: zresztą wiele gruczołów chłonnych pokrywało ten obraz, a oddzielenie ich jak zwykle palcami wcale potrzebnem nie było. Nakoniec dla dopełnienia tego wypadu zwrócić uwagę na obwód, który stanowiły części mięsne, skóra bowiem pomimo odciągania nie zupełnie wystawała ponad takowe, wypływało to także ze sposobu robienia cięć jednocześnie skóry wraz z mięśniami. Z tych ostatnich mięsien naramienny stanowił półkuliste sklepienie górne, dość grube podzielone bardziej ku przodowi na dwie części, wygląd jego pęczkowaty był wskazówką do jego poznania. Ku przodowi i poniżej przedstawiała się część mięśnia piersiowego wielkiego i małego, które otaczały aż do części dolnej pachy, na granicy między temi mięśniami i pierwszym znajdującą się żyła promieniowa skórna (*v. cephalica*) była zupełnie opadnięta, a jej przejście przez rowek *Mohrenheima* ukryte. Nieco poniżej i na zewnątrz pod mięśniem piersiowym wielkim przedstawiały się kawałki dwugłowego i kruczo-ramieniowego, przyleganie w części dolnej tętnicy do tego ostatniego usprawiedliwiała jego nazwanie jako przewodnika. Rozbierając w podobny sposób znajdziemy zupełnie ku tyłowi m. szeroki grzbie-

tu, a tuż przy nim oddzielony powięzią i tkanką łączną trójgłowy, nad nim leżące obły mały i wielki, podgrzebieniowy, ściętno przecięte nadgrzebieniowego, ściętno długie dwugłowego, a także z drugiej strony dołu stawowego położony m. podłopatkowy zakończy ten obraz. Wszystkie te mięśnie stanowiły dwie warstwy, pierwsza zewnętrzna liczyła mięsień naramienny, pierśiowy wielki, kruczo-ramieniowy z krótką częścią dwugłowego, tu znajdowały się naczynia, część trójgłowego, a z tyłu szerokiego grzbietu; należy dodać, że kawałek torebki stawowej szczególnie u dołu widoczny znajdował się przy samej obrączce i wardze stawowej. Dostatecznie rozpatrzywszy ranę, po półgodzinnem czekaniu, czy krwawienie nie wznieci się większe, obmywszy wodą, założono opatrunek plastrowy ścisły na górną część rany, ażeby uzyskać zrosnienie pierwotne, brzegi zaś otworu podobnie zbliżone zostały opaskami plastra lepkiego, nawiazka tętnicza była przeciągnięta przez koniec dolny rany owalnej i umocowana na przedniej części. Mimo tak założonego opatrunku krwawienie nie pokazało się. Założywszy garstkę skubanki, przyłożono kompres, którego dwa końce górne umocowano około szyi, a dolne koło tułowia opaska piersi ślimakowata dopełniła pokrycia rany; chory zmieniwszy bieliznę z pomocą przeszedł na łóżko, na którym podłożona poduszeczka z siana podparła operowany bark. Nie mogąc dłużej pozostać, odjechałem polecając go kol. F., który nad wieczorem przysłał mi zawiadomienie listowne tej osnowy: stan ogólny chorego dotychczas nie zły, tętno 120, małe, miękkie, dreszczy nie było, ciepłota nieco podwyższona, skóra wilgotna, oddechanie bez trudności mało powiększone co do liczby i głębokości, bólu w miejscu odjęcia nie czuje, wyraża zadowolenie, że się już raz skończyło to rozpieranie niezdolne w ramieniu. Sączenie od tyłu jest ciągle, barwy więcej wodnisto-czerwonej, opatrunku jednak nie poruszono; nie może spać zupełnie; brzuch wzdęty. Przyjechawszy na miejsce, osądziłem za konieczne usunąć zawartości kałowe następnie po przerwie godzinnej podano cały gran makowca. O godzinie 11 w nocy tętno 126, zaczęło być większe, ciepłota wynosiła 38,2°, całą noc przespał spokojnie, parę razy tylko przebudził się, żądając napoju. Nazajutrz o godzinie 6 rano ilość tętna nie spadła, lecz ciepłota wynosiła 37,8° różnica od wczoraj wieczór 0,4°, chory zażądał posiłku. Spojrzawszy na opatrunek widoczny był ślad czerwony od tyłu, zupełnie zaschły, należało się zatem spodziewać, że już występuje ropienie, sączenie bowiem surowicy z tkanek i nasiąkanie jej wraz z krwią w opatrunek już się skończyło. Głównego jednak znaku to jest dreszczy nie było, ból głowy bardzo niewielki. Wieczorem pojawiło się ziębienie, chory był więcej rozpalony, oczy nieco zaiskrzyły się, ból głowy mocniejszy, ciepłota 39,2°, tętno 130, wielkie prędkie, miękkie, skóra sucha, w ranie jakby lekkie kłocie. W nocy nie mógł spać nawet majacząc, często żądał napoju, za pomocą ławatywy był stolec twardej konsystencji, nad ranem zaczął się uspakajać, a opatrunek od tyłu był mokry, jakby przesiąkły surowicą. Umyślono tego dnia, jako trzeciego zmienić opatrunek w położeniu siedzącym. Nad podziwienie było ropienie obfite, gęstości śmietany, biało-żółtawe, lepkie, zapachu charakterystycznego mocnego, zrosnienie pierwotne podłużne rany na



całej przestrzeni doskonale się udało, mięśnie szczególnie od tyłu jakby glazurowane ropą. Okolica tylna nieco obrzmała, szczególnie na zewnętrznej stronie; natomiast na żebrach 2 i 3 z boku na skórze im odpowiadającej okazały się zasinienia poprzeczne; nie otwierając zupełnie wnętrza rany, po oddzieleniu od tyłu plastrów obmyto letnią wodą i założono takiż sam opatrunek. Co do dalszego leczenia nadmienić wypada, że objawy gorączkowe więcej się nie powtarzały. Nawiązka tętnicza odeszła w drugim tygodniu bez następczego krwawienia, ropienie ciągle było nader obfite, a w miarę tego apetyt do ogromnych rozmiarów dochodził.

W d. 22 Października zobaczyłem w m. Kałuszyńce chorego, zaciekawiony obejrzałem ranę, lecz pozostał z niej otwór owalny wielkości 5 złotych w dolnej części, brodawkowanie było wyraźne, jędrne, tkanka bliznowa z brzegów zachodziła, a w środku rany przedstawiał się otworek. Zgłębnik wprowadzony wchodził na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$  cala, nie natrafiał jednak na części twarde. Przy wyciskaniu od dołu pojawiła się ropa żółtawa w niewielkiej ilości, zgłębnik jednak na dół trudno było skierować, w miejscu tem obrzmienie nie okazywało się. Dnia 20 Listopada znowu miałem sposobność widzieć chorego, zatoczka jeszcze istniała, chory sam sobie ją wyciskał, przykładając skubankę, pomimo moich zaleceń nie chciał przystać na rozszerzenie otworu gąbką prasowaną. Po Nowym Roku w trzy tygodnie rana zupełnie zagojona, blizna jest jak zwykle linearna, rozbiega się ku dołowi w dwa ramiona z pomarszczoną skórą, długości 2 cali, grubość wynosi u góry prawie linię, u dołu nawet 2 lub 3", część pachy jest zachowana. Bólu nie czuje żadnego, wyjąwszy przy dotykaniu pod pachą, gruczoły nieco poniżej obrzmałe, kształt pieńka jest półkulisty, ma podobieństwo do bułeczki, ruchy nie utrudnione nawet dość rozległe istnieją w tył i naprzód, ku dołowi ograniczone, ku górze żadnych. Co się tyczy odjętej kończyna główka była zupełnie cała, szyjka jej jednak anatomiczna to jest oddzielająca główkę od dwóch guziczuów przedstawiała na całej przestrzeni zgruchotanie, pozornie część przednia w miejscu odpowiadającym rowkowi dwugłowego łączyła się z nią, jednak bliżej rozpatrzywszy się istniał na około tegoż ciemny ślad szczeliny. Na guziku mniejszym wbity był pionowo kawałek kości, długi na cal jeden do głębokości kilku linii, prócz tego cały zewnętrzny zręb ledwo się trzymał całości i był w jednym miejscu wdrażony na przestrzeni ćwierć cala do głębokości 2", blaszka kostna wytrzymała ciśnienie i nie pękła. W szyjce chirurgicznej to jest pod guziczkami nastąpiło złamanie górnej kości, od zewnątrz zachodziło ono wyżej, ku wewnątrz nieco niżej z wystającym kątem ostrym, trzymanie się zresztą kości odbywało się przez okostną tego ostatniego. Ważną także jest rzeczą zachowanie się szpiku kostnego, — w miejscu zgruchotania blaszki kostne ograniczające go zostały zbite a tenże wyciśnięty na zewnątrz, w środku zupełnie zdrowy z utkaniem prawidłowem kostnem, przy szparze kostnej w wielu miejscach okostna była zdarta. Prócz tego w trzeciej części górnej ramienia na granicy z  $\frac{2}{3}$ , widoczne było poprzeczne złamanie z zupełnem zerwaniem okostnej i wdrażeniem szpiku między odłamki. Tętnica ramieniowa była zerwana tylko w jednym miejscu to

to jest powyżej miejsca złamania dolnego, koniec jej niższy utrzymał się w położeniu, górny zaś wraz z żyłą zerwaną zawinął się ku górze pod mięsień piersiowy wielki. Nerw pośrodkowy był porwany, podobnież mięśniowo skórny.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A.

### Drgawki podczas ciąży, porodu i połogu

Przez Dra B. M. Cohen w Hamburgu.

Spolszczył Dr Leon Lande.

(Dokończenie.)

**Leczenie:** a) Eclampsia uterina matura. Głównem zadaniem jest przyspieszenie rozpoczętej pracy porodowej, i wszelkie ku temu odpowiednie środki trzeba użyć. Zalecany upust krwi żyłny u pełnokrwistych winien być dokonany, co jednakowoż nie zawsze zmniejsza napady. W razie obawy uderzenia apoplektycznego lub paraliżu ważnych organów trzeba przeciąć tętnicę czołową. Miejscowy upust krwi nie wywiera żadnego działania na zmniejszenie drgawek. Jeżeli nie obawiamy się przepełnienia naczyń półkul mózgowych (w tylnej części mózgowia jest anemia i przesiek surowiczy), to przystąpimy do zadania narkotyków i to w postaci enem, bliskość macicy jest najodpowiedniejszą do zadawania tychże środków w postaci enem. Wdechanie chloroformu jest tylko chwilową ulgą przeciwko drgawkom, a po zaprzestaniu chloroformowanie drgawki na nowo występują, a raczej dalej trwają, gdyż chloroform nie udala takowe, ale wstrzymuje ich gwałtowność. Działanie wodoru chloralu w postaci lawatyw jest pomyślniejszym od wdechań chloroformu. Dujardin, Martin, Bourneville, Tarnier opisują pomyślne rezultaty od tegoż środka. Najpewniejszym środkiem jest zadawanie Tinct. Opii simp. około 40 kropel co 2 godziny. Przyspieszenie porodu jest najwłaściwszym i jeżeli usta maciczne na tyle rozwarte, że można założyć kleszcze do wykonania téjże operacji natychmiast trzeba przystąpić, wystrzegając się wszelkiego drażnienia ust macicznych silniejszego, mogącego drgawki powiększyć. Obrót dokonywa się w tych razach, jeżeli wody płodowe nie odeszły i błony całe. Ponieważ przy formie téj poród już się rozpoczął, nie może więc być mowy o wywołanie przedwczesnego porodu. Jeżeli rozpoznana była wodna puchlina jaja płodowego (Hydramnios) i usta maciczne nawet nie wiele rozwarte, wtedy należy rozzerwać błony płodowe. Inne środki zalecane jak zimno, epispatica można zaliczyć do rzędu adjuvantia, nigdy zaś jako głównie działających.

b) Eclampsia uterina praematura. Jeżeli drgawki występują w 6 miesiącu ciąży przy objawach nie gwałtownych, na mocy których można wykluczyć formę drgawek mózgową, to wtedy uwaga nasza winna być zwróconą na to, by o ile możności osłabić rozdrażnienie macicy, do czego jedynie można zastosować środki narkotyczne w lawatywach. Działanie ich jest zawsze pomyślne, trzeba je tylko kilka razy powtarzać.

c) Eclampsia cerebralis. Głównem zadaniem naszym zwrócić uwagę na cierpienie mózgu, gdyż macica żadnego udziału w danej chorobie nie ma. Momentem wywołującym drgawki jest cierpienie nerek, które wywołuje przesieki w mózgu, systoliczne zwężenie naczyń mózgowia i one to samodzielnie wywołują drgawki. Inne objawy mózgowie są wywołane następczo skutkiem odśrodkowego przebiegu rozdrażnienia do macicy a stąd dośrodkowo do rdzenia przedłużonego, wywołując drgawki. Środki używane zwykle przeciwko mocznicy i cierpieniom nerek często zawodzą. Wywoływanie porodu jest zbyt częstym. W ostatnich czasach zalecano lawatywy z wod. chlor. Skuteczne działanie wod. chlor. jest wtedy, skoro rozdrażnienie mózgu dosięgło odśrodkowo macię i wywołało czynność porodową. Środki napotne, tannina, kwas benzoesowy nie wywierają wtedy skutku. Mając za zadanie usunięcie cierpienia mózgowego, zastosujemy przeciwzapalne środki, otwarcie tętnicy czołowej, zimno; jeżeli można zadać środki wewnętrzne to kalomel. Jeżeli rozdrażnienie dosięgło macię i poród rozpoczął się, to wtedy zadać trze-

ba lawatywy ze środków odurzających. Wywołanie sztuką przedwczesnego porodu powiększa rozdrażnienie już istniejące. Jeżeli drgawki są w pełnym rozwoju, usta maciczne nieco rozwarłe (3,5 ctm.) i rozpoznano Hydramnios, wtedy jedynie można poród przyspieszyć.

**P a t o g e n e z a.** a) Eclampsia uterina matura. Doświadczenie pokazało, że rozdrażnienie nerwu sympatycznego, rozkrzewiającego się w macicy, przez płód, wywołuje bole. Doświadczenia *Notbna gela* wykazały, że jeśli to rozdrażnienie biegnąc dośrodkowo dosięga podstawy mózgu, naczynia błony pajęczej i mózgowia kurczą się i skutkiem tego przyływ krwi tętniczej do tylnej części mózgowia jest wstrzymany — moment wywołujący wedle obserwacji *Kussmaula* drgawki. Działanie tu jest refleksyjne na gałązki ruchowe, gdy tymczasem rozdrażnienie mózgu nie wywołuje drgawek.

b) Eclampsia uterina praematura. Jest statystycznie wykazaniem, że z początkiem 6 miesiąca ciąży, skoro płód obniża się do szyjki macicy skutkiem rozdrażnienia takowej występują drgawki. Rozwój tedy jest ten sam co przy matura, z tą różnicą, że tam drażnienie ujścia macicznego wwołuje drgawki tutaj szyjki macicznej. Przebieg jest o wiele łżejszy z tej przyczyny, że skoro szyjka dostatecznie rozszerzy, przyczyna drgawek tém samém zostaje usunięta.

c) Eclampsia parturientium cerebralis. Cierpienie nerek stanowi powikłanie tej formy, ono przedstawia objawy drgawek i bezprzytomność samo przez się, nawet w nieobecności ciąży, a wspólnie z nią jest bardzo niebezpieczną chorobą. — Czy produkty moczu, lub też rozkład ich i wytworzenie węglanu amonii, czy przesieki surowicze powstrzymują dopływ krwi tętniczej do tylnej części mózgowia nie jest jeszcze rozjaśnionem. W każdym razie są to dostateczne powody do wywołania drgawek. Zupełnie inaczej powstają objawy mózgowie, rozwijające się dopiero przez zwrotne rozdrażnienie mózgu skutkiem dośrodkowego przebiegu do tegoż rozdrażnienia n. sympatycznego w macicy. Rozdrażnienie to dosięgając rdzenia przedłużonego wywołuje bezkrwistość tylnej części mózgu i drgawki wraz z konwulsjami występują w całej sile, przyczem poród często odbywa się. *Kussmaul* opisuje sposób tegoż powstawania z doświadczeń robionych na zwierzętach.

„Po wyjęciu przedniej części mózgu powstaje bezprzytomność, ale konwulsyj nie ma,—przeciąwszy pień bezimienny, krew ze zwierzęcia wycieka, powstają silne konwulsye. Tak samo jak u kobiet skutkiem drgawek w ciąży powstaje poród i mamy drgawki porodowe, możemy doświadczeniem toż samo u zwierząt zapłodnionych wywołać.“

Obserwacja Nr 5 przemawia za patogenezą téjże formy. Pozostaje mi jeszcze wykazać różnicę Eclampsii od padaczki, tak w przebiegu, jak i w przyczynach i leczeniu tychże chorób, by usprawiedliwić teorię moją Eclampsii opartą na doświadczeniach *Kussmaula* i *Notbna gela*.

**P r z e b i e g E p i l e p s y i.** Z początkiem napadu zawsze chora wydaje okrzyk, który powstaje skutkiem skurczu pęcherzyków płucnych w chwili wydechania. Okrzyk ten jest identyczny z pierwszym krzykiem noworodka, skoro powietrze wchodzi do dróg oddechowych, a podrażnione pęcherzyki są skurczowo zwężone. Poczém następuje napad, wszystkie mięśnie ciała są zwolnione, naczynia włosowate zwężone i skutkiem tego błądź skóry, gałki oczne zapadłe skutkiem utraty naprężenia mięśni. Po krótkiej chwili następuje zmiana wszystkich objawów, skutkiem podrażnienia układu mózgodzeniowego. Gałki oczne przerzucają się, naczynia włosowate napęcznieją się krwią, tętnice i żyły są przepelnione, sinica. Powstaje laryngismus skutkiem ucisku na krtani i tchawicę w tężcowem skurczu znajdujących się mięśni szyi, tężec całego ciała i konwulsye. Na tem często kończy się przebieg napadu, a czasami powtarza się napad. Po ukończonym napadzie następuje sen, niekiedy połączony z bredzeniem. Napady epileptyczne powtarzają się zawsze w nieoznaczonym czasie. Przed napadem epilepsii pojawia się aura, która dąży dośrodkowo do mózgu od nerwu obwodowego i wywołuje napad, a który powstaje skutkiem nacisku na nerw; podwiązanie powyżej miejsca wyjścia aury może niedopuszczyć napadu.

**P r z e b i e g E c l a m p s i i.** Nie masz okrzyku, błądźi odrazu występuje sinica, konwulsye, może trwać dłuższy czas, nie powtarza się po kilku dniach lub tygodniach jak Epilepsya.

**P r z y c z y n y E p i l e p s y i.** Uszkodzenia układu mózgo-rdzeniowego, zarówno ośrodkowego jak i obwodowego. *Romberg* naucza, że zawsze znaleźć mo-

zna przy epilepsyi jakąś przyczynę w nerwach obwodowych lub w mózgu, żadnych jednakowoż zmian nie widać w nerwie sympatycznym. Szereg obserwacyj klinicznych i protokółów sekcyjnych potwierdzają to zdanie. Znany jest wypadek opisywany przez *Diffenbacha*. Dziewczynka upadła na szło i rękę rozkrwawiła. Rana zagoiła się ale w krótkim czasie powstała epilepsya. Skoro po jakimś czasie przecinał *Diffenbach* bliznę, znalazł kawałek szkła, który drażnił nerw, po oddaleniu takowego napady epilepsyi nie powtarzały się. W innym wypadku skutkiem spadnięcia było uszkodzenie czaszki, rana zablizniła się, ale napady epilepsyi pojawiły się. Rozpoznano nacisk na mózg i dla tego przedsięwzięto trepanację, która usunęła tenże nacisk i Epilepsii również nie było potem. Sekcye często wykazują obecność nowotworów w mózgu.

**Przyczyny Eclampsyi.** Nigdy nie masz uszkodzeń systemu mózgo rdzeniowego. Przyczyną jest macica, która drażniąc n. sympatyczny, drażnienie to bieży dośrodkowo do mózgu i skutkiem refleksu pobudza gałązki ruchowe.

**Patogeneza Epilepsyi.** Rozdrażnienie układu mózgo-rdzeniowego czy to w części jego obwodowej, rdzeniowej lub mózgowej trwające ciągle przenosi się nakoniec na sam mózg. Wtedy jak po każdym silnym rozdrażnieniu mózgu, zostaje zniesioną jego działalność—chwilowy paraliż układu mózgo-rdzeniowego. W organizmie wpływ n. sympatycznego ma przewagę, następuje zwolnienie wszystkich mięśni, bledłość. Stan ten gdyby dłużej trwał nastąpiłaby śmierć. Jednakowoż skutkiem obezwładnienia układu mózgo-rdzeniowego następuje przemiana z powiększoną czynnością rozdrażnionego układu mózgo-rdzeniowego, następuje przepełnienie krwią mózgu i dla tego bezprzytomność, rozdrażnienie części ruchowej wywołuje tężec mięśni zginaczy i wyprostnych, najsamprzód mięśni głowy, poczem następują konwulsye. Że przy epilepsyi diastola i przepełnianie krwią, a w eclampsyi systola i niedokrewność wywołują napad, mamy tego dowody:

- 1) Przepełnienie krwią rogu amona (*Nothnagel*);
- 2) Autopsye dokonane przez *Schroedera*, *van der Kolk*, *Brown*, *Sequard*, a najważniejsze;
- 3) Doświadczenia *M. Magnan's*. Autor ten wywoływał napady epileptyczne u psów podając im absynt, przeprowadził szereg doświadczeń dla przekonania się czy naczynia mózgu w czasie sztucznie wywołanego napadu są zwężone, czy rozszerzone. Badanie oczu oftalmoskopem i powierzchni mózgu po dokonanej trepanacji czaszki wykazały nastrzyknięcie źrenicy i większych naczyń. W mózgu obserwował obrzęk substancji tegoż, zaczerwienienie substancji rdzennej, i pokazanie się krwotoku w miejscu, gdzie był takowy wstrzymany przed podaniem absyntu. Przepełnienie tedy krwią mózgu jest przyczyną epilepsyi.

**Patogeneza Eclampsyi.** Zupełnie rzecz się ma przeciwnie jak przy Epilepsyi. *Kussmaul* przeprowadził szereg doświadczeń i dokazał, że niedokrewność mózgu, skurcz naczyń tegoż jest przyczyną drgawek eklamptycznych.

**Leczenie Epilepsyi.** Chcemy tylko wykazać w tym miejscu, w czem różni się terapia przy eclampsii od tejże przy epilepsyi. Odurzenie chloroformem wywołać może wedle *Schroedera van der Kolk'a* napady epilepsyi, ucisk na tętnicę szyjową przerwać takową.

**Leczenie Eclampsyi.** Przy Eclampsii widzimy zupełnie przeciwnie: chloroform i w ogóle środki odurzające wywierają wpływ pomyślny przy drgawkach eklamptycznych. Przeciwnie zaś nacisk na tętnicę szyjową zwiększa napady.

Zestawiwszy to co wyżej powiedziano dochodzimy do wniosku:

- że eclampsya jest następstwem rozdrażnienia n. sympatycznego; epilepsya układu mózgo-rdzeniowego;
- że eclampsya wywołana jest niedokrewnością mózgu z zastojem krwi żylnéj w tętnicach mózgu, epilepsya przekrwieniem mózgu;
- że przebieg, przyczyny, patogeneza, leczenie tych obu form drgawek na pozór identycznych jest zupełnie odmiennem.

Pogląd ten zgadza się zupełnie ze słowami *Hippokratesa* (Aforysmy § 17. 48). *Convulsionibus oriuntur ab evacuatione (anaemia przy Eclampsyi) aut a repletione (Hyperaemia przy Epilepsyi).*

## Nosacizna i tyleczak (*Malleus humidus et farciminosus*).

Przez prof. Dra Fr. Koranyi w Peszcie.

Podał Dr L. Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Według dzisiejszego stanu naszej nauki, nosacizna i tyleczak stanowią dwie formy jednej i téjże samej choroby, która pierwotnie rozwija się tylko u zwierząt należących do rodzaju konia, od tych jednakże bywa przeniesioną na inne zwierzęta i na człowieka. Miejscowo charakteryzuje się powstawaniem pierwotnych lub większych nowotworów ziarninowych na błonie śluzowej nosa i przewodu oddechowego, w tkance łącznej podskórnej, jako też zapaleniem naczyń limfatycznych i obfitem bujaniem komórek w gruczołach limfatycznych; ogólnie zaś nieznanem bliżej jeszcze działaniem jadu nosaciznowego, wchłonięciem ropy i posoki, i wywołaniem ztąd objawami w całym organizmie. Guziczki nosaciznowe (*R o t z k n o t e n*) okazują wielką skłonność do rozpadu i wytworzenia ropy specyficznej, która na inne osobniki przeniesiona, znowu nosaciznę wywołuje.

Ponieważ nie mamy tu zamiaru szczegółowo zajmować się chorobami zwierząt, to jednak pojmujemy, że ze względu powstawania nosacizny i tyleczaka u człowieka, wskazanem jest bliższe poznanie miejsca wylęgania się jadu nosaciznowego. Dołączają się tu jeszcze i inne okoliczności, które usprawiedliwiają zajęcie się nosacizną zwierząt w niniejszym opisie.

Jakkolwiek choroba ta u zwierząt oddawna była znaną—już w 4 wieku przez *A s p y r t o s'a*, weterynarza w wojsku Konstantyna W., opisana jako *Elephantiasis*—choć wyrażnie zaznaczono łatwe przenoszenie się téj choroby na ludzi, i wybitne, bezpośrednie niekiedy nawet gwałtowne jej następstwa, nosaciznę jednak u człowieka zmieszano z zakażeniem ropnym i jadu trupiego, i dopiero w ciągu bieżącego stulecia została ona rozpoznana i ściśle obserwowana. Pomijając jednak tę historyczną wzmiankę, należy dodać, że zakres patologii choroby nosaciznowej u zwierząt jest tak bogaty w ciekawe fakty, spostrzeżenia i doświadczenia jakkolwiek niezupełnie jeszcze stwierdzone, że takowe daleko sięgają po za obręb specjalnego przedmiotu do innych działów patologii, i chociaż tylko pobieżne ich przytoczenie zdaje się być odpowiedniem dla zrozumienia przedmiotu.

**Anatomia i histologia.** U zwierząt należących do rodzaju konia ukazuje się nosacizna w dwojakiej formie: jako właściwa *n o s a c i z n a* i *t y l e c z a k*, które w najbardziej odrodnych wypadkach dwa oddzielne typy przedstawiają, jednak najczęściej stanowią formy mniej więcej do siebie zbliżone, jedna w drugą przechodzące i przez rozwój w temże samem indywiduum, albo też przez przeniesienie na inne, nawzajem mogą się wywoływać.

Przy *n o s a c i z n i e*—*m a l l e u s h u m i d u s*, *M o r v e*, *R i t z i g k e i t*, występują nowotwory na błonie śluzowej przewodu oddechowego, a mianowicie w jamie nosowej—przy objawach nieżytu, w części jako guziczki, w części rozlane jako produkty przerzutowe; spotykamy je także i w innych narządach. Siedliskiem guziczków właściwie jest przegroda nosowa i muszle, rzadziej boczne ściany jam nosowych, wielkość ich bywa rozmaita od ziarna prosa do ziarna grochu dochodząca, są rozrzucone pojedynczo lub wzajemnie na siebie cisną; składają się z galaretowatej, żółto-białawej lub szaro-czerwonej masy, i zwykle—a przynajmniej w swym posuniętym rozwoju—otoczone powłoką zarodkowej tkanki łącznej. Otaczająca błona śluzowa przedstawia objawy nieżytu, który na granicy guziczków największego natężenia dochodzi, jest ona nastrzyknięta, nabrzmiała i więcej przejrzystym lub czerwonym, brudnym śluzem pokryta.

Co się tyczy **b u d o w y h i s t o l o g i c z n e j** guziczków w nosaciznie spotykanych, *V i r c h o w* zalicza je do nowotworów ziarninowych (*Granulationsgeschwülste*). Składają się one z nagromadzonych tworów komórkowych o stosunkowo dość znacznych jądrach, które według *V i r c h o w'a* pochodzą od komórek tkanki łącznej, błony śluzowej i tkanki podśluzowej, ściśnięte jedne na drugich ze zaledwie tylko ślady włókien i tkanki międzykomórkowej spostrzegamy. Im bardziej komórki są uciśnięte, tem prędzej spotykamy objawy przemiany wstecznej, do której jedynie tylko są zdolne, napełniają się ziarnistością tłuszczową, tracą czystość zarysów i rozpadają się, tak że odpowiednio temu, guziczki zmieniają się na masę jednolitą, żółto-białawą, suchą, twardawą, nieco kruchą, serowatą, w której wreszcie skutkiem rozplynienia, powstaje w środku zmięknienie.

Rozmiękła massa przedstawia rozpad (*detritus*) ziarnisty, zawierający prócz tego większe komórkowe twory zaliczane do ciałek ropnych i pływa w płynie, który za do-daniem kwasu octowego się maci. Jeżeli zmięknienie doszło aż do powierzchni guziczka, powstaje w r z ó d n o s a c i z n o w y z wywróconemi brzegami i dnem sadło-watém, co pochodzi od ciągłego bujania i następczego rozpadu komórek. Dokoła i na dnem wrzodów pierwotnych, powierzchownych, ściśle ograniczonych, tworzą się nowe guziczki, takowe pękają, ztąd wrzody coraz bardziej się na powierzchni szerzą i drążą w głąb, a następnie przyjmują formę nieregularną, zatokowato-powyżeraną, ciągnącym się czerwonym płynem pokryte, dochodzą do okostnej lub ochrzęstnej i próchnienie (*caries*) tychże powodują. Niekiedy goją się wrzody nosaciznowe przez wytworzenie blizn twardych, promienistych, naokoło których zwykle powstają świeże guziczki i na-stępnie przechodzą w owrzodzenie.

Podobne nowotwory nosaciznowe (*Rotzgranulationen*) spotykamy także w płu-cach, otoczone przekrwionym mięszem, a później dopiero powłóczką z tkanki łącz-nój; częściej ulegają one stłuszczeniu, zserowaceni lub zwapnieniu, a nierównie rza-dziej owrzodzeniu.

Drugi sposób występowania nosacizny na błonach śluzowych stanowi f o r m a r o z l a n a.

Rozwija się ona zwykle w sposób ostry przy objawach natężonego zapalenia bło-ny śluzowej, ta ostatnia bywa mocno przekrwiona, niekiedy wynaczynieniami pokryta i obrzmiała, albo przeświecającym jakby galaretowatym wysiękiem nacieczona, albo też przedstawia twarde, modzelowate (*schwielig*) obrzęki. W niektórych miejscach, miano-wicie w jamach przyległych (zatoki czołowe, szczękowe), sięgają one aż do kości i po-wodują rozległe wykwity kostne (*Osteophytum*), przyczem błona śluzowa tychże jam by-wa zmieniona na wżgórkowatą, zgrubiałą massę. *Leiserin*g przytacza, że przy takich rozszerzonych obrzękach błony śluzowej i tkanki łącznej podśluzowej prócz zbyt obfitego tworzenia się komórek, może powstać po odpadnięciu nabłonka nowowytwo-rzona tkanka włóknista, która przedstawia pozorną tkankę bliznowatą bez uprzedniego owrzodzenia. Tak więc modzelowato zmienione warstwy błony śluzowej, mogą rozpa-dać się na nieregularne, dość obszerne wrzody. Prócz tej oddzielnej formy nosacizny na powyższych zmianach przez *Leiserin*g'a opartej, *Virchow* podaje, że przy rozlanym obrzęku powstają świeże, bardzo drobne prosowate i szybko zlewające się gu-ziczki, które przechodzą w owrzodzenie, zlewają się z sobą i tym sposobem powstają wielkie wrzody rozlane, serowate, nieregularne.

*Röll* przytacza także wraz z *Leiserin*g'iem nosaciznę rozlaną płuc, któ-re jużto w głębi, już na powierzchni galaretowato bywają nacieczone i dokoła nasięku przekrwione, później stają się żółtawo-białe, twarde i suche, i zwykle ulegają zserowa-ceniu, skredowaceni, a rzadziej ropieniu. W innych wypadkach według *Leise-rin*g'a przeważa nowoutworzona tkanka łączna, zktąd twarde, zgrubiałe blizny pozos-tają. Przy powierzchownych ogniskach opłucna zwykle warstwą włóknika jest pokry-ta. Te zrazikowe ogniska uważane były przez *Ravicz*a jako będące natury za-torowej, *Leiserin*g zaś utrzymuje, że po nastrzyknięciu świeżych guzików płuc-nych spotykał naczynia krwionośne swobodne zarówno w środku jak i na obwodzie.

*Virchow* uważa ogniska płucne jako będące natury przerzutowej, przeciwnie zaś inni badacze jak *Leiserin*g, *Guerin*, *Roloff* przyjmują samodzielne zakażenie jadem nosaciznowym, który z nosa miał się dostać do płuc z wdychaniem po-wietrzem.

Od tych miejscowych ognisk dalsze szerzenie się nosacizny odbywa się zwykle za pośrednictwem naczyń limfatycznych i gruczołów.

Naczynia limfatyczne i krwionośne które w tkance łącznej podśluzowej nosa u ko-ni przebiegają, okazują objawy zakrzepu i zapalenia.

Zajęcie gruczołów towarzyszy zwykle każdemu umiejscowieniu nosacizny, i często spotykamy zapalenie doprowadzających naczyń limfatycznych, jak to ma miejsce przy przymocie. Przy nosaciznie błony śluzowej nosa rzadko tylko brakuje współczesnego obrzmienia gruczołów limfatycznych krtani. Obrzek ten pochodzi od nadmiernego mno-żenia się komórek, które szybko miękną, rozpadają się i zamieniają na serowate massy.

Na wysokości choroby powstają cierpienia przerzutowe w nerkach, jądrach, śle-dzionie etc.

Tyleczak, *malleus farciminosus, farciminius, der Wurm. Hautwurm, Farcin*, odznacza się tem, że w skórze lub częściej w tkance łącznej podskórnej powstają guziki różnej wielkości nie zbyt wyraźnie odgraniczone, które po pewnym czasie mogą zniknąć bez śladu, a w innych miejscach występować (tyleczak latający, *fliegender Wurm*), albo też mięknąć, pękają i tworzą wrzody tyleczakowe z posokowatą wydzieliną. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guziki tyleczakowe niczem się nie różnią od guziczków nosaciznowych, bujanie zaś komórek jest nierównie większe i sięga od tkanki łącznej podskórnej do mięśni.

Od guzików tyleczakowych przechodzi zapalenie na naczynia limfatyczne, ściany tychże grubieją jako też otaczająca tkanka łączna, wskutek tego rozwijają się prawdziwe różańce tyleczakowe (*reitender Wurm*). Później gruczoły limfatyczne bywają zajęte i wtedy z tyleczaka powstaje nosacizna, jak to już powyżej było opisane: albo też bez rozwoju nosacizny ginie zwierzę z wyniszczenia, ropnicy, następczego krupu i błonicy lub folikularnego owrzodzenia kiszki.

Powyżej opisane zmiany anatomiczne przy nosaciznie chronicznej przedstawiają się w następnym porządku: naprzód jawi się nieżyt na błonie śluzowej nosa z wystąpieniem guziczków, współcześnie nabrzmiewają limfatyczne gruczoły krtaniowe, następnie w jamie nosowej powstają owrzodzenia i występują nowe ogniska w krtani i płucach, zwykle dołączają się tu jeszcze następczo guziki tyleczakowe, rozmaite objawy ogólnego charłactwa (*cachexia*), a pod koniec choroby niekiedy blisko rok trwającej—wybuch ostrej nosacizny lub ropnicy (*pyaemia*). Może jednak choroba od początku pod formą ostrej nosacizny wystąpić, przy gwałtownych objawach gorączkowych, natężonem zapaleniu błony śluzowej nosa i już po kilku dniach rozwijają się guziczki nosaciznowe, jako też nasięk nosaciznowy *Leiserin*g'a, szybko rozpadają się i zamieniają na wrzody; gdy sprawa owrzodzenia rozszerzy się na krtani i tchawicę, powstaje obszerne zapalenie naczyń limfatycznych, obrzęk gruczołów limfatycznych, obrzmienie zapalne skóry i tkanki łącznej podskórnej. Szybko potem następują nasięki w płucach, guziki tyleczakowe się powiększają i ulegają rozpadowi, poczem znowu występuje zapalenie naczyń limfatycznych i gruczołów w bliskości guzików i wreszcie przy objawach tyfoidalnych giną zwierzęta po 8—14 dniach. Jeżeli choroba występuje jako tyleczak pierwotny, to rozwijają się guziki bez lub po uprzednich dolegliwościach u zwierząt w barkach, bokach, w dolnej części brzucha lub w innych miejscach, giną one w jednych częściach i występują w innych, rozpadają się i zamieniają na wrzody, wytwarzają się także ropnie i takowe pękają. Dołącza się zapalenie naczyń limfatycznych, obrzmienie gruczołów i zwykle po przewlekłym, rzadziej po ostrym przebiegu najczęściej przychodzi wybuch nosacizny na błonie śluzowej nosa i w płucach, skutkiem czego giną zwierzęta, inną razą kończy się proces objawami ogólnego charłactwa.

Etiologia nosacizny u konia wykazuje wiele bardzo ważnych momentów.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Wypadek argyryi wskutek wielokrotnego przyżegania paszczy azotanem srebra (Gaz. méd. de Par. 1864). 46-letnia kobieta z powodu coraz bardziej powiększającego się owrzodzenia paszczy przyżęgała energicznie takowe laseczką azotanu srebra w przeciągu jednego roku, powtarzając tę czynność jeszcze w dwóch następnych latach, przyczem produkta przyżegania za każdym razem połykała. Już w pierwszym roku pokazały się następstwa takowego, mianowicie niebieskawe zabarwienie twarzy, które się stopniowo do szyrowego wzmogło, podczas gdy szyja nieznaczny w tem udział przyjęła, tułow zaś i kończyny zaledwie dostrzegalne ślady. Błona śluzowa paszczy jako też podniebienia twardego przedstawiała wszelkie możliwe odcienia od szaro-różowego zabarwienia do czarnego. Wypadek ten argyryi został wywołany wskutek dostawania się do żołądka zmieszanej z azotanem srebra płwociny i kawałków odpadłych z paszczy błony śluzowej, a nie przez wessanie środka błoną śluzową gardzieli.

## Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1875 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1875 r. zaczyna się tom osiemnasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1875 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpadła się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

### 1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875 r.) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

### 2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1874 wychodzi obecnie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami i wyżej wyliczonemi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

### 3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

### 4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na rok 1875 wyszedł i Szan. Kol., którzy dotąd zaprenumerowali, rozesłanym został.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

w Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозвѣлено Цензурою.