

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI 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). (Dokończenie).—Kronika zagraniczna. Nosacizna i tyłczak (*Malleus humidus et farciminosus*). Przez prof. Dra Fr. Korányi w Peszcie. Podał Dr L. Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące: Ostatnia choroba ś. p. Tomasza Surzyckiego, lekarza wolno-praktykującego w Lublinie. Od Redakcyi.—Dodatek. Akuszeryi T. III ark. 27. Choroby nerek ark. 27. Farmacyi T. II. ark. 24, 25, 26 i 27. Medycy Sądowej T. II ark. 14. Tytuł i treść Gaz. Lek. tomu XVII. (Zapowiedziane na bieżące półroczne sto arkuszy druku Bibl. Um. Lek. pp. Prenumeratorom rozesłane zostały).

Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego.

Przez Dra Grochowskiego (z Kałuszyna).

(Dokończenie).

Rozebrawszy szczegółowo dany wypadek, stan ogólny chorego i miejscowy zgruchotałej kończyny, sposób operowania, okoliczności temu towarzyszące i zejście, należy osądzić czy przedsięwzięty sposób leczenia, mianowicie wyłuszczenie ramienia da się usprawiedliwić na zasadach naukowych, czy nie należało obrać metody wyczekującej,—zdecydowawszy się zaś na odjęcie kończyny, w jakim miejscu należało to dokonać: nakoniec czy obrana metoda operacyjna najodpowiedniejszą była w danym wypadku? Chirurgia zachowawcza, celem której jest staranie się o ocalenie uszkodzonego członka, liczy wielu zwolenników jak Seutin, Massard, Pauli, Bardeleben i inni.

Prócz tego znane są wypadki podane przez Esmarcha, Langenbecka, Strohmeiera i innych, gdzie już to przy zgruchotaniu ramienia w stawie barkowym, już też górnej części kości ramieniowej poniżej stawu, uszkodzona kończyna, rozumie się przy odpowiedniej interwencji operacyjnej jako to częściowego wycięcia kości, lub tylko wydobycia zmartwiałych odłamków kostnych, zachowaną została, a nawet ruchy takową do pewnego stopnia mogły być wykonywane. Lecz z innej strony jeśli zwrócimy uwagę na statystyczne dane, mianowicie na procent śmiertelności w wypadkach pozostawionych metodzie zachowawczej i porównamy z śmiertelnością po operacyjną, łatwo przekonamy się, że procent pierwszy jest nierównie większy i nie może być inaczej, wspomniawszy na owe następce powikłania, które przy takim postępowaniu są nieuchronne, tem bardziej, jeżeli uwzględnimy warunki przy jakich operacja lub wyczekiwanie następuje. Alecock w tym względzie zostawił ważne wskazówki; on obserwował w trojakiego rodzaju okolicznościach powyższe wypadki, mianowicie: 1) w sprzyjających na 24 uszkodzeń stawowych było 6 śmierci czyli 25% przy wyczekującym, a na 24 odjęć natychmiastowych 5 nieszczęśliwe t. j. 20.8%; 2) przy mniej pomyślnych na 10 wyczekujących 7 śmierci, czyli 70%.—na odjęć 6 nie umarł żaden; 3) przy złych okolicznościach z 11 wypadków leczonych wyczekująco 7 albo 63%, na 19 odjęć 15 śmierci—79%.

Pirógow, tyle praktyczny w swej statystyce, zwrócił baczna uwagę na indywidualność chorego i na sam rodzaj obrażenia, co szczególnie ma wagę w naszym wypadku, gdzie prócz obrażeń kostnych powyżej stwierdzonych, jeszcze był krwotok mięszowy, z poranionej tętnicy i zerwane pnie nerwowe. Próba nasza podwiązania tętnicy blisko miejsca uszkodzenia miała na celu zachowanie członka, lecz to byłoby nadzwyczaj ryzykowne, gdyż kość ramieniowa, prócz podwójnego złamania, miała w górnej części wbite odłamki kostne, co wymagało drugiej operacji—wypłowania po za przyczepieniem mięśnia naramiennego, co w każdym razie nie ma naukowej podstawy. Zresztą zostawiając kończynę choremu, narażało by się go na ogromne niebezpieczeństwo wskutek możliwej ropnicy, lub wysoko posuniętej zgorzeli. Pirógow wyraźnie powiada: że uszkodzona tętnica ramieniowa razem z kością jest pewnem wskazaniem do odjęcia członka dla tego, że żyły zwykle jej towarzyszące są zerwane, a ztąd zatory, zgorzel są prawie nieuchronne. Demme wykazał, że dla stawu barkowego wyczekujące postępowanie daje najgorsze następstwa. Wszystko to razem wzięte stanowiło naukową podstawę do wskazań na wyłuszczenie ramienia.

Co się tycze metody operacyjnej Pirógow, jest wielkim zwolennikiem odjęcia ramienia w szyjce chirurgicznej lub na granicy między tą ostatnią a anatomiczną, szczególnie gdy uszkodzenie nie przeszło za torebkę stawową, chociażby zmiążdżenie trzonu było jak najbardziej wysokie; zachęca do tego sposobu nie tworzenie się zatok pod m. piersiowym wielkim i w jamie pachowej, jest mniej szpecące i nie spostrzega się krwotoków następnych, które często trafiają się po wyłuszczeniu ramienia. Statystyka wykazuje rezultaty nie

gorsze od odjęcia ramienia w środku trzonu, a mianowicie: 21% śmierci u angiolków, a 50% u francuzów podczas wojny krymskiej; przy późniejszych odjęciach cokolwiek wyższy od 30–50%: na Kaukazie z 10 operowanych przez Pirogowa ani jeden nie umarł; podczas wojny włoskiej śmiertelność wynosiła 26%. Sposób wykonania jest takiż sam jak przy wyłuszczeniu, tylko należy odpiłować kość zabezpieczywszy części miękkie, jeśli zaś po odkryciu anatomicznej szyjki okaże się uszkodzoną główka, można wtedy wykonać wyłuszczenie. Zamiarem naszym również było zabezpieczenie chorego od szkodliwych następstw otwierania stawu, lecz odłamki dwa, jeden płasko wbity w samą miąższość szyjki, drugi zaś pionowo na głębokość kilku linii, jak również znaleziona szczelina w uszkodzonej kości, nie dozwoliły wykonać nam tego.

Ażeby ocenić wybór metody Larreya przed innemi, trzeba zwrócić się do danych statystycznych, oraz uwzględniając warunki chirurgiczne, rozebrać je wszystkie ze stanowiska anatomicznego, — tym sposobem wykaże się niestroneczność poglądu, a rzetelna wartość operacyi odnośnie do okoliczności jej towarzyszących. Larrey wykonywał operacye głównie metodą owalną, przez niego zmodyfikowaną. Wypadki podane przez Pirogowa można zaliczyć do tej ostatniej, z niewielką tylko zmianą, Velpeau wykonywa ją też z pewną modyfikacją, mianowicie oddziela płaty od zewnątrz, a nie jak Larrey przez przebicie.

Oprócz ogólnych warunków konstytucyi i sił, wybór metody zależy głównie od uszkodzenia części miękkich, a szybkość uleczenia od warunków anatomicznych samej metody operacyjnej i powstałej rany po skutecznionem wyłuszczeniu z płatami formy rozlicznej. Ażeby ocenić nasz wybór należy zwrócić się do rozbioru anatomicznego uszkodzenia, zastosowując wszelkie znane sposoby operacyjne do tegoż. Z dwóch części stanowiących okolicę stawu łopatkowo-ramiennego dziwnym zbiegiem okoliczności, górna czyli barkowo-ramienna (*regio acromio humeralis*) i dolna albo pachowa (*regio axillaris*) były nietknięte, sądząc z pierwszego wejrzenia na naszego chorego. Miejsce ich zetknięcia, jako granica dołu pachowego, była także nie naruszona, a wyniosłość kostna znajdująca się w górnej części tej okolicy, mianowicie wyrostek barkowy, koniec obojczyka i niedaleki wyrostek kruczy dawały się wyczuć dokładnie pod skórą w stanie normalnym. Nie zadawalnając się tymi rezultatami i śledząc dalej za ograniczeniem dolnem czyli zakończeniem wyniosłości mięśnia naramiennego, prócz głuchego tarcia odłamków kostnych, znaleziono jeszcze otworek niewielki, z którego sączyła się krew. Z tych więc względów wybór metody wyłuszczenia przedstawiał obszerne pole do zastanawiania się: należało więc obrać jedną z metod operacyjnych — kolistą, płatową lub owalną, mając przedewszystkiem na względzie prędkość wykonania, łatwiejszy dostęp do stawu i niektóre inne okoliczności.

Bardzo mało metod wyrówna kolistej pod względem regularnego pozoru rany i łatwości skutecznienia pierwotnego zrosnięcia; ze wszystkich jednak najlepszą ze względu na wykonanie jest Cornuau, gdyż rana pozostała jest niewielkiej objętości, dobrze zakrywa powierzchnię stawową łopatki. Długość

płatu skórniego sięga do ścięgien połączonych szerokiego grzbietu i obłego wielkiego, a gdy te nie mogą być wynalezione, odlicza się odległość na cztery poprzeczne palce od pierścienia kostnego wyżej nadmienionego, a głównie od wyrostka kruczego. Metoda kulista Sansona, chociaż używana w wypadkach, gdzie brak skóry na tak długi płat, jednak ustępuje poprzedniej ze względu na przecięcie tętnicy bardzo wysokie, wraz z częściami miękkimi, prawie na wysokości pierwszego żebra, gdzie ucisku uprzedniego nie można wyrzucić. Sposób Velpéau wprowadzie usuwa tę niedogodność, lecz przy długości płatu na dwa poprzeczne palce poniżej wyrostka barkowego nie zostawia dobrego przykrycia rany. Alanson wprowadził jakoby zmianę kolistej metody Cornuau, gdzie dla łatwiejszego dostępu do stawu, radzi przecięcie podłużne, jak w sposobie Larreya.

Co do metody Graefe, ta odznacza się podobnym stożkiem w płacie jak poprzednia, jednak dziś już zapomniana zupełnie, podobnie jak Bertrandi'ego etc. Nie odsadzając jednak tych sposobów od użycia z powodu trudności oddzielenia w stawie, oraz długości wykonania, w naszym wypadku należało założyć uczynić nie tylko wyłuszczeniu, ale prawdopodobnej rezekcji, która naturalnie nie mogła być bez krytycznego rozbioru odrzuconą. Metody płatowe podług zdania Velpéau należy odróżnić na równoległe do osi ramienia i poprzeczne względem niej, stąd rozważemy najprzód metody o płatach poprzecznych, a następnie o pionowych. Z pierwszych najdawniejszy sposób Ledrana, który wycinał głównie płat dolny wewnątrz ująwszy wpierw w podwiązkę naczynia; tu jego sposób mógłby mieć zastosowanie, albowiem brzeg przedni pachy stanowiący rodzaj łuku, jak sam dół pachowy był nieuszkodzony i miał pewną grubość, lecz niedogodność wykonania i następstwa odstraszały od niego. Sposób Garengot też należy do tego rodzaju, lecz jak poprzedni używał autor ten podwojnego podwiązywania, raz uprzedniego igłą krzywą, a następnie zwykłego, stąd słusznie poszedł w zapomnienie; nie można tego powiedzieć o sposobie Lafaye, który z dawniejszych używał największej wziętości, a płaty formował z mięśnia naramiennego. Sposób Dupuytréna w zasadzie jest tenże sam, a różnica od wycięcia płata zależy, mianowicie przez przebicie (*transfiction*), a nie przez wykrajanie; tym sposobem prędzej daje się wyłuszczyć ramię. Van Ousenort widząc niedogodności metody Dupuytréna co do kurczenia się skóry w płacie i wystawiania mięśnia, bardzo niewłaściwego dla pierwotnego zrośnięcia, usunął je, oddzielając najprzód płat półkolisty ze skóry, a następnie przecinając mięśnie. Nie dość na tem Laroché i Bell uczynili odpowiednie zmiany, szczególnie ten ostatni stosując się do wskazówek Rawatona, tworzył płaty podziwianej regularności, gdzie pierwotne zrośnięcie prawie zawsze się udawało; zresztą zmiana Laroché tyczy się bardziej sposobu Bella to jest, wycina płat kwadratowy przedni, a następnie po wyłuszczeniu tylny. Mając na uwadze uszkodzenie wyżej opisane widocznym jest, że tego rodzaju płatów nie można było skutecznie, gdyż ramię przy podnoszeniu ugięło się w miejscach zgruchotania, stąd powstało zagłębienie mięśnia naramiennego, które sprzeciwiało się ujęciu tegoż ręką.

Chcąc zaradzić tej niedogodności i podpierając w dole pachowym, przez w tłaczanie kawałków kości, mała ilość części miękkich mogła być odcięta w płacie, przytém łatwe było zaczepienie o odłamek kostny.

Co zaś do sposobu Bella i modyfikacyi Guérina, gdzie działanie noża jest od zewnątrz ku wewnątrz, nawet przy wiszącym na tułowiu ramieniu, to pomijając wspólne powyższe niedogodności, płat nie byłby regularny i jednakię grubości z przyczyny niedokładnego napięcia skóry i w ogóle części miękkich. Zmiana Clines z Londynu zależy na zastosowaniu sposobu Langenbecka do wyłuszczenia ramienia, czyli wycina płat zewnętrzny od zewnątrz i od dołu. Niedogodności są wspólne jak dla powyższych poprzecznych do których należy. O rzeczywistym sposobie Lisfranca wspomnimy niżej, tu należy wzmiankować o metodzie Lisfranca i Champesme, pierwsza ma płaty pionowe, gdy w tej ostatniej są poprzeczne do osi ramienia, i takie właśnie w naszym wypadku zdawały się być dogodnymi. Poniżej obojczyka, a głównie części jego zewnętrznej widocznem jest wgłębienie kształtu jakoby trójkątnego, gdzie łatwo można wyczuć granice tegoż, co szczególnie u naszego chorego, niezbyt zasobnego w tłuszcz, było wyraźne. U góry wystawał wyrostek barkowy i obojczyk, na wewnątrz wyrostek kruczy, a ku zewnątrz silnie przyciągnięta część główki kości ramieniowej. Aby uwydatnić bardziej ten odstęp, kieruje się ramię czyli łokieć tegoż ku przodowi, tym sposobem główka bardziej przechodzi ku tyłowi i na zewnątrz. Tym sposobem ujawniony został klucz dla operacyi Lisfranca i Champesme dobrze wszystkim znaney z szybkości wyłuszczenia. Wielu jednakże chirurgów uważa ją jako dobrą do wykonania na trupach osób starych i wychudzonych, gdzie główka z łatwością wychodzi z jamy stawowej na kilka centymetrów, co u żywych jest zupełnie niemożliwym, z przyczyny przytrzymywania główki przez silnie kurczące się mięśnie. Sposoby o płatach pionowych, przednim i tylnym, są bardzo liczne i dają ranę wejrzania regularnego, dobrze przydatną do złączenia pierwotnego, a także dla odpływu ropy, lecz wiele z nich już zupełnie wyszło z użycia. Do tych ostatnich zaliczyć trzeba sposób Sharp, który działał od przodu stawu, kończąc płatem tylnym, — Bromfield'a odznaczający się zbyteczną długością i podziałem płata na dwie części, a także za zbyt wysokiem jego przecięciem na stronie wewnętrznej. Desault wykonywał przez przebicie płat przedni, następnie zaś podwiązywał naczynia, a przechodząc przez staw kończył operacyę wykrajaniem płatu tylnego. Larrey dawniej używał tegoż sposobu zmodyfikowanego w ten sposób, że zaczynał od wycięcia płatu tylnego, następnie otwierał staw i kończył podwiązaniem naczyń. Dupuytren toż samo robił, lecz wycinał płat od zewnątrz ku wewnątrz, było to zatem powtórzenie sposobu Sharp'a, lecz w odwrotnym porządku. Hello zaczynał jak Dupuytren, a kończył cięciem kulistym pachy; Delpach atakował staw od tyłu i wycinał tylko płat przedni. Bardziej używane z tych sposobów można było zastosować w danym wypadku, lecz niemożność utrzymania chorego w położeniu siedzącym sprzeciwiała się temu, zresztą wszystkie te sposoby nie mo-

gą być zastosowane ogólnie, a wiele z nich jak Delpech i Hello jedynie w razach wyjątkowych. Właściwy sposób Lisfranc'a należy do tego działu;—nóż jest wbity od tyłu pod 45° do osi barku, a wychodzi w wyżej nadmienionym odstępnie trójkątnym. szybkość wykonania jest godną podziwu, lecz wprawa w takowe jest niezbędna, a tacy chirurgowie jak Pirogow przyznają się, że na 5 operacyj w ten sposób zaczętych w trzech nóż się złamał i trzeba było inną metodą dokończyć.

Przejsie do metody owalnej stanowi sposób Poyeta, który rozpoczynając cięciem podłużnym od wyrostka barkowego, po oddzieleniu do kości brzegów rany i wysunięciu główki nożem włożonym za nią, oddziela całą kończynę. Guthrie wykonywał cięcia owalne zaczynając od wyrostka barkowego oddzielał samą skórę, a następnie inne części po otwarciu stawu, Beclard odrazu przecinał do samej kości, szczególnie na stronie zewnętrznej, Scutteten chcąc usunąć trudności dostępu do stawu, wbijał nóż poniżej wyrostka barkowego tuż naprzeciw główki. Velpéau przedstawił zmianę tego ostatniego sposobu przecinając z początku tylko skórę, a następnie oddzieliwszy nieco brzegi rany i otworzywszy staw, nożem pionowo zachodził za główkę i oddzielał ją. Wszystkie te jednak metody mają tę ważną wadę, że są czysto chirurgiczne z nieuwzględnieniem warunków anatomicznych, ztąd trudność dostępu do stawu, a także przez wycięcie znacznej części pokryć zewnętrznych i górnych stawu pozostawiają sklepienie więzadłowe kruczo-barkowe jako też wyrostek barkowy nie pokryte, a ztąd o zrośnięciu pierwotnym przy takim naprężeniu skóry trudno pomyśleć. Larrey zarządził temu przez zmodyfikowanie metody owalnej w sposób *en raquette*;—zabaczmy że i ona nie jest bez niedogodności szczególnie w leczeniu następczym, lecz zważywszy na łatwość dostępu do stawu, musieliśmy przyjąć poprawkę Linharta zależącą na przecięciu sklepienia kruczo-barkowego i ztąd łatwiejszego otwierania stawu. Po takim rozpatrzeniu wielu sposobów wyłuszczenia ramienia, należy przechodząc warstwami w znaczeniu topograficznej anatomii usprawiedliwić ostatni nasz wybór, oraz wykazać różne tegoż wady.

Zwróciwszy uwagę na skórę okolicy stawowej, trzeba uwzględnić najprzód jej zwykle cechy anatomiczne, a mianowicie: na barku od tyłu jest najgrubsza ale mniej rozciągliwa jak na przedniej ścianie pachowej, przytem zaopatrzona jest w siatkę gęstą naczyniową, a pozbawiona zupełnie włosów. Na okolicy zewnętrznej ramienia zatrzymuje przymioty pośrednie, jednak silnie przylega do warstw poniżej leżących, napięcie jej w tem miejscu powiększa się w miarę przybliżenia do piersi. więcej posiada naczyń żylnych w siatce naczyniowej. Odwrotny zupełnie obraz spostrzega się na skórze dołu pachowego;—nie mówiąc już o licznych gruczołach potowych i samych włosach, w które jest zaopatrzona, traci zupełnie swe cechy, staje się nader cienką, rozciągliwą, barwa jej ciemniejsza, ztąd widoczne, że płaty utworzone z tej ostatniej prędko podlegają otarciom naskórka i nie przedstawiają poduszki dokładnej płatowej. W naszym wypadku skóra na okolicy tylnej barku pod-

bnież jak na przedniej była na pozór niezmienną, główne sińce rozlane lub smugowate bez wyraźnych kształtów znajdowały się na okolicy zewnętrznej i cokolwiek niżej, lecz czyż dopobna przypuścić, żeby powyżej opisane obrażenia części górnej ramienia nie oddziaływały na skórę, chociaż całość jej zachowaną została? Rzeczywiście owa za nadto znaczna jędrność widoczna szczególnie od tyłu, była nie więcej, jak tylko zbitą istotą skóry; przeciwny widok przedstawiała na zewnętrznej części, — będąc zanadto rozciągniętą w niektórych miejscach, wisiała jakby rodzaj fałdy, a bladość jej nienaturalna potwierdzała chorobliwy wygląd. Takim sposobem widocznem jest, czy można było w danym wypadku zastosować metody, o płacie m. naramiennego lub kolistą *Cornua*, gdyż o metodzie *Sansona* chociaż tu stosowniejszej z innych względów słusznie zapomnianej i mowy być nie mogło? zresztą odciąganie tak zmienionej skóry byłoby trudne, a utworzenie rękawka (*manchette*) nieodpowiednie z przyczyny prawdopodobnej zgorzeli. Z tych zatem względów najlepszą metodą była owalna, a przez nas przyjęta *en raquette*, — obliczyliśmy bowiem możliwość nieutrzymania się skóry w części od tyłu lub od przodu, pachowy zaś odcinek z pewnością mógł być utrzymany, chociaż stanowiąc woreczek przy prawdopodobnym wielkim ropieniu pod tym względem był nieużyteczny. Nie wiem, czy stosowna byłaby propozycja przecięcia tego woreczka w odległości kilku linii ku tyłowi naczyń i nerwów pachowych po zrobionej operacji i zabezpieczeniu od zrośnięcia, lecz nie znając innych zdania, nie można było na to się odważyć. Naturalnie, że powyższa propozycja nie dotyczy się jednej skóry, lecz i innych części miękkich, a głównie powięzi i łączącej te części tkanki komórkowatej podskórnej, której grubość szczególnie w okolicy pachowej jest bardzo znaczna. Zdawałoby się, że ta ostatnia myśl nie powinna nas zajmować, gdyż nie zmienia wyboru metody operacyjnej, jednakże wspominamy o tem mając na względzie tworzenie się zatok. Należy obecnie zastanowić się nad najważniejszymi częściami pod względem niebezpieczeństwa samej operacji to jest nad powięzią i zależącemi od niej naczyniami i nerwami, a opis taki wykaże wadliwość wielu metod i ograniczy odcinanie płata, szczególnie na wewnątrz. Wiadomem jest, że śledząc w tkance tłuszczowej bardzo luźnej, wypełniającej prawie $\frac{2}{3}$ dołu pachowego, licząc od tyłu i oddzielając ją od ścian tegoż ostrożnie ku środkowi, spotkamy niezadługo na samym środku zgęszczenie tkanki komórkowatej tłuszczowej, stanowiącej jakoby niezbyt wielkiej grubości sznureczek, — blaszka ta włóknista mocna czyli rodzaj więzuli nabrała znaczenia w opisie *Gerdya*. Jeśli w sposobie operacyjnym zostanie za wysoko przecięta, nie dziwnego, że opadająca skóra przez niego utrzymana, utworzy rodzaj woreczka, gdzie ropa zbiera się ciągle w dowolnej ilości, a mianowicie przy sposobach owalnych, a nawet *en raquette*, co nawet potwierdzone zostało powyższem spostrzeżeniem. Nie dość na tem, oddzielając tłuszcz zupełnie, w podobny sposób jak z początku niezadługo przekonamy się, jak powięź pokrywająca m. szeroki grzbietu przechodzi przez całą szerokość dołu pachowego na tylną część wielkiego mięśnia piersiowego, wyglądającą z pod brzegu małego piersiowego; ten rodzaj łuku z wypukłością obróconą ku

dołowi Theile nazwał *processus falciformis axillaris*. Przednia jego część łączy się z tylną blaszką powięzi m. piersiowego małego, u góry zaś przyczepia się do wyrostka kruczego, przechodząc na mięśnie od niego poczynające się, tylna zaś pokrywa m. szeroki grzbietu i obły wielki, wyniosłości barku, gubiąc się w powięzi ramienia. Tym sposobem dół pachowy został podzielony na dwie przerwy, jedna zewnętrzna wielkości zwykłego jaja, druga wewnętrzna którą trójkąt kruczo-ramieniowy (Velpéau) rozdziela na dwie prawie równe części w miejscu odpowiadającym kruczo-naramiennej szczelinie, gdzie wbijając nóż wpada się prosto na tętnicę lub nieco na zewnątrz niej. Ten ostatni stosunek w znaczeniu chirurgicznem ma ważne znaczenie, wskazuje bowiem kierunek noża przy metodzie Lisfranc'a; — niech będzie nóż zwrócony prostopadle do szczeliny, a nie pod kątem, wtedy poranienie tętnicy uprzednio jest możliwe. Zwróciwszy jednak uwagę jak tętnica podchodzi poniżej wklęsłości wyrostka kruczego, widocznem jest, że tworzy łuk z wklęsłością dolną, tym sposobem dwa łuki wzajemnie przecinają się, t. j. na powięziowym sierpowatym, znajduje się tętniczy, a wzajemne przecięcie się ich następuje w bliskości kruczego wyrostka, gdzie powięź łączy się z więzmem kruczo-obojożykowym. Żyła podobnie tworzy łuk, lecz znajduje się bardziej ku przodowi i na wewnątrz tętnicy, przylega do niej za pomocą blaszek komórkowatych dość zbitych; wyrostek sierpowaty utrzymuje ją i zlewa się z zewnętrzną jej ścianą, ztąd przy przecięciu ku wewnątrz łuku powięziowego światło żyły nie zamyka się i przy wdechaniu łatwo chłonie powietrze. Trzeba zauważyć, że żyła pachowa ciągle wzrasta co do wielkości postępując ku wewnątrz, przyjmuje bowiem okoliczne, a mianowicie promieniową skórną (*v. cephalica*), podłopątkowe, zawrotne i inne, ztąd przy wydechaniu tak znacznie nabrzmiwa, że zasłania zupełnie tętnicę i ma pozór jakby tętnienia, co było powodem jej podwiązywania. Przypadek wyłuszczenia ramienia Delagarde wskutek wywichnięcia przodowego ramienia i następczej zgorzeli postępującej, gdzie była podwiązana żyła, chory jednak po długim leczeniu wyzdrowiał, dowodzi tego rodzaju błędów. Najważniejszą więc rzeczą przy wyłuszczeniu ramienia jest uniknięcie tych szkodliwych następstw; wiadomość jedynie o położeniu naczyń względem łuku powięziowego i wykonywanie cięć odpowiednich przy operacyi może od tego uchronić; granicę więc zewnętrzną tychże oznacza linia pionowa półksiężycowa, idąca od wierzchołka wyrostka kruczego do przedniego brzegu pachy. Tej granicy nie wolno przeciąć i zwykle we wszystkich metodach największe wypuklenie dołu pachowego, a szczególnie brzeg przedni pachy, jemu odpowiedni, pozostaje w najgłębszej warstwie nietknięty; tylko niewprawni mogą podobne błędy skuteczniać. Co się tyczy krwotoku po przecięciu tętnic wielkiego kalibru, zwykle spostrzeżenia okazują, że z dużych tętnic najwyżej jest 10 rzutów krwi, poczem krew leje się strumieniem z szybkością ciśnienia krwi; przy wielkości zatem tętnicy pachowej, podług Krause'go przy średnim nastrzyknięciu 4"—3", strata krwi w ciągu minuty wynosi przynajmniej dziesiątą część całej jej ilości. Doświadczenia Beclara (*Experiences sur les bles-*

sures des arteres) wyraźnie okazują, że u psa wystarczała ta ilość obliczona w przybliżeniu, żeby wpadł w omdlenie, kończące się śmiercią. Ztąd widoczne, że obawa nie tylko śmierci, lecz zarazem i bezkrwistości wskutek utraty znacznej ilości krwi w kilkunastu rzutach przy długim działaniu, daje pierwszeństwo sposobowi chociażby trudniejszemu, gdzie można prędko temu zapobiedz jak w sposobie *Lisfranc'a*, także z płatem zewnętrznym, mniej dogodny *Larreya* i w ogóle owalny, a najmniej stosowny kolisty. W sposobie bowiem pierwszym szybko oddzielona główka daje dość miejsca dla przytrzymania palcami tętnicy, płat zewnętrzny spadając swoim ciężarem zasłania ją; w metodzie *Larreya* wymagana jest ostrożność nie przecinania głębszych części na stronie wewnętrznej lecz tylko skóry, co podobnież jest i w metodzie kolistej. Tem bardziej zasługuje to na uwagę, że tętnica pachowa w górnej swej części podobnież się zachowuje jak kolanowa, to jest kurcząc, chowa się daleko wyżej między części miękkie otaczające i uchodzi z pod oka operatora, ciągle krwawiąc. To ostatnie prócz zespolenia z pochwą naczyniową, głównie zależy od obocznych gałęzi. Poniżej brzegu dolnego m. piersiowego mniejszego żadna gałąź nie odchodzi, wyżej zaś prawie na kilka linii zjawia się od wewnątrz sutkowa zewnętrzna, a bardziej ku tyłowi przy brzegu przednim m. podłopatkowego i za nerwami—podłopatkowa, w bliskości zaś powstają zawrotne, często nawet wspólnym pniem. W razie zatem skurczenia się tętnicy brzeg dolny m. piersiowego małego jest wskazówka do jej znalezienia; prócz tego chcąc uniknąć krwotoków następczych, tak niestety częstych po wyłuszczeniu ramienia, (na 25 razy przy zagojonych prawie ranach z ładnem brodawkowaniem, *Pirógow* w 4 razach zmuszony był podwiązać tętnicę obójczykową) w takich razach trzeba poniżej tej granicy przecinać tętnicę. Co do połączeń tętniczych ważnych przy niskiem przecięciu tętnicy, należy przytoczyć zawrotne i barkowo-piersiową; krwawienie z których należy uspokoić, nie robiąc nagłego opatrunku i nie znosząc nacisku na wyższym pniu tętniczym aż po zupełnem obmyciu płatów ze skrzepów krwi. Co zaś do tętnicy barkowo-piersiowej, to pomimo wysokiego jej pochodzenia ważną jest przy wyłuszczeniu według sposobu *Lisfranc'a*, gdyż często się zdarza, że bywa ranioną; — nie wielka jednak jej objętość nie zastrasza następstwami. Gałąź zawrotna tylna, która jak zwykle otacza szyjkę chirurgiczną kości ramieniowej, była w naszym wypadku w początku poraniona, ztąd *Larrey* radził prowadzić cięcie pionowe na 27 milimetrów tylko dla oszczędzenia jej, co znów utrudni otwarczenie stawu. Co zaś do pęczków nerwowych przedniego i tylnego, to na nie przy wyłuszczeniu ramienia mało zwracają uwagi; w sposobie *Lisfranc'a* wbijając nóż pionowo do osi członka przy brzegu wewnętrznym wyrostka kruczego, wpada się prosto na nie, nieobrażając naczyń; wielka ilość gruczołów błonnych tu znajdujących się, w razie powiększonej objętości z łatwością daje się usunąć palcami. Mięśnie mają ważniejsze znaczenie, nie tylko bowiem służą do utworzenia płatów, lecz mogą się również przyczyniać do powstawania zatok, przez swe kurczenie się jak np. szeroki grzbietu, obły wielki, tem bar-

dzięć, że łącznie z zębatym wielkim tworzą odstęp trójkątny, gdzie ropa z okolicy stawowej ścieka na tylną część grzbietu. W naszym wypadku wiadomem jest, jak był zmieniony mięsień naramienny; pod nim znajdujące się ścięgno m. piersiowego wielkiego, łącząc się za pomocą przedłużenia włóknistego z torebką stawową, a ku dołowi z powięzią ramieniową, łatwo mogło pośredniczyć w przeniesieniu ropy i tworzeniu się wskutek tego zatok, które mogłyby szkodliwie wpływać na następcze gojenie się rany pooperacyjnej, lub nawet spowodować gorsze następstwa. Teraz można istotnie wyłączyć wszelkie metody z płatem m. naramiennego, gdyż pęczki tegoż nasiągłe krwią, a następnie ropy, przez ucisk z pewnością uległyby zgorzeli przy obrzmieniu zapalnym. Nie dość na tem, istnieje jeszcze drugi otwór tak zwany czworoboczny, przez który przechodzą naczynia i nerwy zawrotne; jest on właściwie odstępem znajdującym się tuż pod powierzchnią stawową w drugiej warstwie mięśniowej; przy oddzielaniu zatem chrząstki lub kości uszkodzonych łatwo powstaje nowa zatoka. Dla zaradzenia tym niedogodnościom proponowano wiele metod; między innymi Pirogow robi w ten sposób, że odciągnawszy skórę, wbija nóż pod wyrostek barkowy i prowadzi nim podłużne cięcie, następnie dwa ukośne boczne, lecz tylko przez skórę; wszystko zakończya poprzecznem, przechodzącym przez dół pachowy w odległości $3\frac{1}{2}$ —4" poniżej sklepienia łopatki; w granicach tego cięcia skórniego odcina cienko mięśnie od wewnątrz ku zewnątrz i otwiera staw. Korzyści tego sposobu według autora są czworaki: 1) płaty boczne nie nabrzmiewają przy ropieniu w postaci grubych kosmków; 2) stanowią dobre pokrycie dla rany, a górna część goi się doraźnie; 3) tętnica pachowa jest przecięta nisko, co broni od krwotoków następczych; 4) zatoki spotykają się nader rzadko. To ostatnie jednak wydarza się czasami, co i autor przyznaje, dla tego też lepiej jest robić wyłuszczenie z płatem przednim czworobocznym i tylnym krótkim według sposobu Teale. Linhart przyznaje, że sposób ten ma wielu zwolenników w Anglii jak Henry Gray Groy, Gros Clark, lecz dodaje, żeby tylny nie był za krótki, gdyż traci się piękna forma i blizna bardziej tworzy się ku gorze. Langenbeck zachwala ją przy tej operacji, i następnie daje pravidła, mianowicie: ażeby płaty były szerokie, oddziela się najprzód skórę, potem należy odciąć od tyłu mięśnie wyprostne. James O. Hester od wielu lat w ten sposób operuje, a tylne mięśnie dla ich energicznego kurczenia odcina więcej ku dołowi. Na utworzenie się blizny, a szczególnie na jej kształt wielki wpływ wywierają mięśniowe pozostałe kawałki; przy metodzie Larrey'a w ogóle opisują ją jako linearną, tymczasem jest bardziej trójkątna, przy dwupłatowej Teale jest liniową, lecz nie tak piękną, jak z pierwszego wejrzenia wydawałoby się, gdyż włókna m. piersiowego ciągną ją ku mostkowi, a szerokiego grzbietu i obłego ku łopatce, ztąd tworzy się jamka w dolnej części blizny. Spence dla uniknięcia tego przedstawił nowy linearny sposób: wbija nóż pod zewnętrzną część wyrostka kruczego, przy położeniu wyrotnem ramienia robi cięcie podłużne do przyczepienia m. naramiennego, poczem prowadzi drugie cięcie poprzeczne lekko wypukłe przez dolne włókna tegoż mię-

śnia do tylnego brzegu pachy, i ku wewnątrz ukośne cięcie jedynie przez skórę; przy wyłuszczeniu jedna tętnica zawrotna krwawi. Autor robił ją dwa razy i upewnia o następnych korzyściach: 1) o pełnej i pięknej postaci pieńka; 2) ranią się tylko jedna mała tętnica; 3) wyłuszczenie odbywa się z wielką łatwością.

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

Nosacizna i tylczak (*Malleus humidus et farciminosus*).

Przez prof. Dra Fr. Korányi w Peszcie.

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

(Dalszy ciąg).

Faktem jest, że wypływ z nosa zwierząt nosaciznowych, jako też wydzielina z wrzodów tylczaka, przeniesiona na inne zwierzęta posiada własność wywołania nosacizny u tychże, prócz tego w daleko posuniętych okresach choroby występuje właściwa dyskrazja, skutkiem czego krew i wydzieliny gruczołów posiadają własności zakażające jak to już V i b o r g przed 70 laty doświadczeniami wykazał.

Prócz tego zasługuje na uwagę, że przy zupełnie jednakowych warunkach zarażenie nie u wszystkich osobników przychodzi do skutku; nadto jeszcze ta ważna okoliczność, że nosacizna i tylczak powstawać mogą bez jakiegokolwiek bądź wpływu specyficznego zarazku.

Co do pierwszego punktu z łatwością możemy sobie wytłómaczyć przez porównanie z podobnymi wypadkami całkiem niewątpliwie specyficznych chorób, jak przymiot, z kąd się okazuje, że prócz zarazku koniecznym jest jeszcze pewne indywidualne usposobienie.

Co się tyczy tego usposobienia pewne gatunki zwierząt i osobniki znacznie między sobą się różnią. Koń, osiel i muł okazują największą skłonność i pod tym względem są jedynymi zwierzętami, u których samorodne występowanie choroby na pewno zostało wykazane. Prócz tego Renault i Leblanc szczepili tę chorobę na psach i owcach, Hertwig i Prinz na kozach, Schilling i Lebert na króliku. Leisering'owi udało się szczepienie na kotach, lwach i białych niedźwiedziach.

Człowiek posiada także znaczną skłonność do przyjęcia zarazku, jednak indywidualne usposobienie, podobnie jak i u zwierząt jest bardzo rozmaite,

Wielkie trudności zachodzą przy ocenieniu zarazku z powodu wielokrotnie stwierdzonego doświadczenia, że szczepienie i zastrzyknięcie wszelkiego rodzaju ropy, posoki, krwi może wywołać nosaciznę, że wreszcie bez wprowadzenia obcych substancji, może ona powstać z innych zwykle całkiem niewinnych chorób, jak z nieżyłowego cierpienia błony śluzowej dróg oddechowych, zółzów, suchot gardlanych (Kehlsucht)?

B a g g e obserwował konia dotkniętego polipem nosowym, u którego wszelką możliwość zarażenia się nosacizną można było wyłączyć. Gdy śmierć nastąpiła u niego wskutek zaduszenia, sekcyja wykazała wrzody i guziczki na błonie śluzowej nosa, jako też guziki w płucach, które przedstawiały zupełne podobieństwo do guziczków nosaciznowych.

S t r a u b podaje, że na 236 wypadków spostrzeganych od 1859 — 1862 roku w Wirtembergu, w 65 wykazano zarażenie, w 30 wypadkach pierwotny rozwój choroby, zaś w 141 sposób powstawania był nieoznaczony.

Co się tyczy powstawania nosacizny po wprowadzeniu do organizmu obcych nie-nosaciznowych substancji, takowe według licznych wiarogodnych podań można uważać za pewne.

D e l a r b e i r e t t e nosaciznę od konia zaszczepiał psom, poczem następowało miejscowe zapalenie, ropień, obrzmienie naczyń limfatycznych i gruczołów, bez roz-

woju charakterystycznych objawów. Gdy zaś ropę od tychże psów znowu zaszczerpiono koniom, wystąpiły u nich wszystkie objawy nosacizny.

Znane są także doświadczenia Erdt'a. W jednym wypadku zaszczerpił ropę z gruczolu który przeszedł w ropienie u zółwowatego chłopca. W drugim wypadku przeciągnął pod skórą kilka nitk tą samą ropą napojonych, w 3 innych wypadkach jedną tylko nitkę, która była napojona ropą od próchniejących kości pochodzącą. Wszystkie te próby miały skutek dodatni, zawsze rozwijała się nosacizna u zaszczerpionych zwierząt.

Renault i Bouley wstrzykiwali do żyły szyjowej u konia czystą ropę, poczem wskutek nosacizny śmierć nastąpiła. Ropę nosaciznową od tegoż konia wziętą, zaszczerpiono innemu koniowi i psu—u nich również wystąpiła nosacizna, a następnie śmierć.

Laisn'e u konia na kolkę cierpiącego założył 2 zawłoki, i przez to otrzymał ropienie dobrej natury. Następnie ropa ta za pomocą pędzelka przeniesioną była na błonę śluzową nosa tegoż konia i pozostawała tam przez 20 minut. Po 9 godzinach błona śluzowa obrzmiąła, wydzielala plyn śluzowy, bladło-żółtawy, gruczolę krtaniowę również obrzmiąły, wystąpiła gorączka i duszność, a po 6 dniach objawy te znikły. Następnie temuż samemu zwierzęciu po zupełnem wyzdrowieniu zaszczerpiono na błonie śluzowej nosa jego własną ropę, po 7 tygodniach nastąpiło obrzmienie błony śluzowej nosa, po 4 dniach wypływ nosaciznowy, pryszczyki i owrzodzenia w nosie, obrzmienie skóry, po 14 dniach śmierć nastąpiła; sekcyja wykazała ogniska zrazikowe w płucach i gruzelki ziarninowe (*Tuberkelgranulationen*).

Liczba doświadczeń i badaczy w tym przedmiocie jest bardzo znaczną, przytoczyliśmy tu kilku tylko najwiarogodniejszych, aby zaznaczyć również te substancje, pod wpływem których obserwowano powstawanie nosacizny i tylczaka. Wyniki tych doświadczeń możemy przytoczyć w następnym porządku:

1. Materya nosaciznowa, ropa z owrzodzeń nosaciznowych i tylczaka, substancya gruzlicza z płuc konia, przeniesione na inne zwierzęta, wywołują nosaciznę.

2. U zwierząt jednokopytowych nosacizna powstaje samorodnie z innego rodzaju, niekiedy nawet lekkich cierpień.

3. Jeżeli zaszczerpiono zwierzęciu jad nosaciznowy u którego jednak nie rozwinęła się nosacizna ani tylczak, a tylko proste ropienie (pies—wypadek Delarbieret t'e'a), po zaszczerpieniu tejże ropy koniowi, powstaje u tego ostatniego mocna nosacizna.

4. Nosacizna rozwija się u koni, jeżeli będzie im zaszczerpiona lub zastrzyknięta ropa pochodząca z gruczolów zółwowych człowieka.

5. Tenże sam skutek następuje po zastrzyknięciu do żyły szyjowej u koni ropy dobrej pochodzącej z innego organizmu.

6. Nosacizna powstawała także, gdy ropę od zdrowego konia wskutek traumaticznego obrażenia powstałą, przeniesiono na błonę śluzową nosa tegoż konia.

Wreszcie doświadczenia weterynarzy wykazują, że nosacizna może powstawać u całkiem dawniej zdrowych koni, gdy te skąpo będą żywione i poddane nadmiernej pracy, jeżeli przytém są trzymane w stajniach szczupłych, źle przewietrzanych.

Gdy zwrócimy uwagę na zmiany anatomo-histologiczne, odnoszące się do kwestyi o naturze i istocie jadu nosacizny i choroby nosaciznowej, to mimo wielu bardzo szacownych prac na tém polu, nie znajdziemy, jak i przy innych chorobach zaraźliwych, bliższego wyjaśnienia.

Pewnem jest, że substancje od koni nosatych pochodzące, przeniesione na inne zwierzęta ssące i na człowieka, powodują chorobę całkiem właściwego rodzaju, która żadną inną przyczyną nie może być wywołaną i której produkty są zdolne dalej tę chorobę szerzyć: nosacizna więc jest chorobą specyficzną, zaraźliwą.

Z tém wszystkiem jednak okazuje się, że w rodzaju konia nosacizna może się rozwijać bez pośrednictwa zarazku, należy więc prócz zarazku przyjąć inne jeszcze przyczyny nosacizny.

Istnieją bowiem ogólne wpływy chorobowe, które do cierpienia i wytworzenia jadu nosacizny u konia pobudzają; też same jednak przyczyny działając na inne do choroby nosaciznowej skłonne zwierzęta, nic podobnego nie wywołują, a zatem niezbitym

jest dowodem, że w organizmie konia istnieją pewne warunki, które przy najrozmaitszych pobudzających wpływach, powodują zarazek nosaciznowy. *Renault* i *Bouley* mają słuszną, gdy twierdzą, że zarazek nosacizny nie jest przyczyną, a tylko produktem choroby nosaciznowej.

Zarazek więc nosacizny właściwym jest tylko rodzajowi konia, na inne zaś zwierzęta może być przeniesiony. To twierdzenie sprzeciwia się pogładowi *Renault'a* i *Bouley'a*, że przyczyna wywołująca nosaciznę leży w produktach utleniania części składowych mięśni przy nadmiernie podniesionej czynności tychże. Jeżeliby to miało miejsce, wtedy u ludzi i zwierząt do nosacizny skłonnych, u których natężenie czynności mięśniowej z utlenianiem części składowych mięśni się łączy, mogłaby również samorodnie powstawać nosacizna, co jednak się nie zdarza.

Jeżeliby zaś chciano przyjąć pasożytną teorię zarazliwości, to należałoby wykazać, że u konia mogą samodzielnie powstawać takie organizmy—co też w znacznej części zdaje się dzielić *Béchamp* w swej teorii, o *Microzyma*—albo też że niższe organizmy mogą się zamieniać u konia w substancję nosaciznową jad zawierającą. Nauka zaś o pasożytach aż dotąd wykazała tylko przypuszczenia, którym jednak wiele brakuje owej stanowczości w porównaniu z doświadczeniami *Davain*'a.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Ostatnia choroba ś. p. *Tomasza Surzyckiego*, lekarza wolno-praktykującego w *Lublinie*. Wśród zbawiennęj działalności niespodzianie d. 9 b. m. zszedł z tego świata nieodżałowanej pamięci *Tomasz Surzycki*. Ze zgonem jego, liczna rodzina utraciła wzorowego męża i ojca, grono lekarzy prawego i przyjacielskiego kolegę, a społeczeństwo szlacheckiego w całym znaczeniu człowieka i lekarza zaszczyconego pełnem uwielbieniem zaufaniem, tak w pałacach możnych jak i w chatach biednych. W przeddzień swego zgonu ze zwykłą gorliwością pełniąc swe obowiązki lekarskie, po 24 zaledwie godzinach choroby *Bogu ducha* oddał. Ze względu już czysto lekarskiego, choroba ta jeżeli nie co do siedliska, to co do natury swęj zagadkowa, której groźne objawy w sposób tak niespodziany i gwałtowny się rozwinęły, zasługuje, aby we wszystkich szczegółach szerszemu kołu kolegów była znana.

Dnia 9 b. m. koło godz. w pół do trzeciej rano zostałem przez służącą pp. *Surzyckich* obudzony z wezwaniem, abym udał się do jej pana, który wróciwszy dnia 8 o godz. 7 wieczorom z miasta, narzekając na zawroty głowy, udał się do łóżka, obecnie zaś ma silną gorączkę. Przybywszy do chorego, zastałem go leżącego spokojnie z twarzą odwróconą do ściany, zbliżyłem się więc do niego, aby posłuchać w jaki sposób oddecha, gdyż nagle gorączka powinna była budzić podejrzenie zapalenia płuc. Nie zauważywszy nic szczególnego, na uczynioną mi przez żonę uwagę, że mąż zapewne nie śpi, wziąłem chorego za rękę, która była bardzo rozpaloną, przyczem chory się odwrócił, a zobaczywszy mnie, wyraził żal, że mnie w nocy do niego sprowadzono, (bowiem przed mojem przybyciem opierał się temu, aby mię budzono). Już to od żony (utrzymującej, że mąż ostatnimi dniami nie był zupełnie zdrow, czemu chory znów przeczył), już od chorego dowiedziałem się, że wróciwszy wieczorem z praktyki miejskiej do domu, miał zawroty głowy, położył się też zaraz do łóżka, następnie wystąpiło długie i silne ziębienie a potem gorączka. Do 1-ej po północy spał, często stęskając, później zaś już nie spał a obok od czasu do czasu powtarzających się dreszczy, narzekał na silny ból głowy, zwłaszcza podczas kaszlu, na ból w kolanach; często też się krztusił z powodu nudności, wymiotów wszakże nie było; przytęm miał być niespokojny, gdyż często zmieniał położenie w łóżku.

Badanie chorego, prócz znacznego podniesienia ciepła, przy czém tętno uderzało sto kilkanaście razy na minutę, nic nie wykazało; mianowicie mogłem wyłączyć zapalenie gardła, płuc (z wszelkiem prawdopodobieństwem), ostry reumatyzm stawów, bowiem ból w kolanach podczas mej bytności ustał, nie było zaś ani zbręknięcia tych stawów ani czułości przy silniejszym dotykaniu.

Opukiwanie żołądka nie wskazywało obfitszej w nim zawartości mas pokarmowych (jadł obiad z nieco mniejszym apetytem). Podmiotowo, chory podczas méj bytności, narzekał na nudności i na ból głowy (podczas kaszlu brał się za głowę) lecz nie w takim stopniu, aby ból ten nie mógł być uważany za objaw gorączkowy (podobnież początkowe zawroty tłomaczyłem). Szczególnie zwrócić uwagę winieniem, że chory podczas badania wyrażał się, wykonywał według okoliczności ruchy z zupełną przytomnością i swobodą, nie okazywał też niespokojności, wzburzonego stanu; przeciwnie pamiętam, że odebrał wrażenie, jakby był nieco niezwykle bierny, apatyczny, co znowu ze względu na porę i na stan gorączkowy nie budziło we mnie podejrzenia. Wyłączywszy więc powyżej wspomniane ostre cierpienia (równie i tyfus z wszelkiem prawdopodobieństwem, gdyż jak wiadomo, zwykł zdradzać się poprzedzającym przez czas dłuższy lub krótszy nadwężeniem ogólnego stanu) musiałem wprowadzić sobie przyznać, że jest mi niewiadomem z jaką chorobą gorączkową mam tu do czynienia, lecz wyłączywszy zwłaszcza zapalenie płuc i nie widząc w danej chwili jakichbądź groźnych objawów, uspokoiłem chorego, żonę i siebie i odszedłem, poleciwszy użycie saturacyi i okłady na głowę ze śniegu za pomocą worka gumowego. Zaraz po 5-ej znów przychodzi służąca z zawiadomieniem, że panu gorzej; przyszedłszy na prędce do chorego, znajduję go gwałtownie co chwila zmieniającego położenie, rzucającego lub wyprężającego się w łóżku, ustawicznie ręką chwytającego za genitalia nie odpowiadającego na zapytania (raz mi na żądanie język pokazał). Gwałtowne to rzucanie się podobno niedługo po mojem odejściu nastąpiło, zrenice nie były ani rozszerzone ani zwężone i acz leniwie oddziaływały na światło (ten stan zrenic mało się zmieniał, ile razyśmy w następstwie je badali; wspomnę tu, że kolega Falko badając oczy lusterkiem na parę godzin przed śmiercią znalazł *atrophiam incipientem n. optici sinistri*). Chory w części tylko przyjął podane mu lekarstwo (*Inf. Sennae comp.*) już dla tego, że niezadługo nastąpiło ściśnienie szczęk (dano więc natomiast enemę z zimnej wody i octu, po której nastąpił cuchnący stolec). Odtąd przytomność już nie wróciła; cierpienie mózgu było widoczne. W celu uspokojenia chorego za zgodą, wkrótce przybyłego kolegi Glogowskiego, zastrzyknąłem choremu podskórnie morfinę, poczem nastąpił spokój (bezwiedny) krótko trwający, bowiem nastąpiło znowu miotanie się, które z przerwami krótkiego spokoju parę razy wracało, tak iż po pewnym czasie postanowiliśmy (ciż sami i kolega Janiszewski) powtórzyć zastrzyknięcie. Gdy niespokój, podczas którego lewa ręka była czasem konwulsyjnie wykrzywioną, przed południem minął, nastąpiło ostateczne coma. Ciepło ciągle było podniesione, tętno w początkach okresu nieprzytomności uderzało koło 100 razy na minutę, potem dopiero zwolniało, zawsze jednak było prawidłowe. Nadwieczorem przyłączyło się rżenie trachealne, a przed 7-mą chory zgasł.

Po skreśleniu przebiegu choroby w sposób rozwlekły, który młodszy jak i starsi koledzy za usprawiedliwiony uważać winni przez wzgląd już na trudność (przeze mnie przynajmniej podczas pierwszej méj bytności nie przezwycięzoną), którą początkowo cierpienie dla rozpoznania przedstawiało, obowiązkiem moim jest zapoznać szanowych czytelników ze stanem zdrowia ś. p. Surzyckiego podczas ostatnich lat jego życia.

Dwadzieścia kilka lat praktyki rozległej na prowincyi (przeważnie na bryecze) potrafią podkopać najlepsze zdrowie, zwłaszcza jeżeli lekarz z poświęceniem pełni swe obowiązki, mało myśląc o sobie a bardziej o swoich chorych, jak to właśnie czynił ś. p. Surzycki. Dodajmy różne przeciwieństwa w życiu, a pojmiemy, że zmarły podczas ostatnich lat swego życia nie był homo integer. Wszakże jeżeli z powodu nadwątłego zdrowia stosunkowo często musiał zaniechać zajęć, nie trwało to długo, gdyż po paru dniach znów dni i noce chorym poświęcał. Raz na parę lat jeździł za granicę, dawniej do Krynicy, później do Karlsbad i Franzensbad i do St. Moritz. Głównym objawem była anaemia, wszakże niezbyt posunięta; zapewne w małym stopniu istniał i niezbyt przewlekły żołądka. Czy cukier, który podobno zmarły przed 5-ciu laty pierwszy zauważył w swoim moczu, a przed rokiem kolega Glogowski powtórnie stwierdził (mocz sztucznie podczas ostatniej choroby wypuszczony okazał kol. Glogowskiemu znaczną zawartość cukru) rzuca właściwe światło na stan poprzedzający ostatnią chorobę—wątpię, bowiem pomijając, że podobne badanie moczu nie wiele razy było skuteczne i tylko wykazywało ślady cukru, a przynajmniej zbyt niski stosunek procentowy cukru w moczu, przez te lat 5 ś. p. S. nie przedstawiał żadnego z objawów to-

warzyszących cukromoczowi, jak powiększone pragnienie, zwiększony apetyt, obfitsze wydzielanie moczu lub rażące wychudnięcie, upadek sił znaczny. Skutkiem niedokrewności, a o ile takowa mogła być następstwem nieżytu żołądka, również skutkiem tegoż ś. p. S. okazywał pewną drażliwość nerwową, miał dawniej migrenę, do końca zaś od czasu do czasu bóle w kończynach dolnych, które nagle się zjawiały i również nagle znikały. W ciągu ostatniego roku wystąpiły jeszcze dwa objawy. Zeszłej zimy, wracając ze wsi do domu, będąc zgrzanym zdjął futrzaną czapkę, skutkiem czego nastąpił długo trwający reumatyzm głowy w galea aponeurotica i w okostnej umiejscowiony. Ciepłe przez dłuższy czas zachowywanie łagodziło ból, który się zwiększał przy marszczeniu skóry głowy lub przesuwaniu jej ręką, również podczas kaszlu etc. nawet gdy chodził po nierównym bruku. Jeszcze podczas trwania tego bólu zaczął doznawać zawrotów głowy, zwłaszcza gdy chciał w górę spojrzeć nagle, lub się podnieść. Wszakże ból głowy i zawroty, które ostatnie uważać należy za objaw niedokrewności (mniej prawdopodobnie jako *vertige stomacale*) nie tylko po pewnym czasie całkiem znikły, lecz co poświadcza, że powyższe tłumaczenie wspomnianych objawów było uzasadnione, ś. p. S. jak przed, tak i potem zachował siły umysłowe niezachwiane, właściwe mu usposobienie nacechowane łagodnością i wesołą dobroduszością, równie jak i wytrzymałość fizyczną w zwykłym stopniu. Niedawno np. wrócił z paru tygodniowego pobytu w Warszawie i do 8 b. m. włącznie znowu jeździł, nocie przesiadywał u chorych, pieszo liczne odbywał wizyty. 6 wieczorem dłuższy czas byłem u niego, nie zauważyłem jednak jakiejś zmiany w jego zdrowiu, ani też on sam na cokolwiek się przedemną użalał. Obok powyżej wyłuszczonego mniejszego znaczenia być może, że np. brat ś. p. S. obecnie wspomina, że podczas ostatniego pobytu w Warszawie wskazywał na głowę, mówiąc: „że ta coś jest,“ a większego zapewne, że w przeddzień śmierci znaczną przestrzeń odbył pieszo a szczególnie, że ostatnią wizytę odbył w mieszkaniu, gdzie zbyt było gorąco.

Sądzę, że anamneza ta naucza tylko, że osłabiony ustrój ś. p. S u r z y c k i e - go posiadał zmniejszoną odporność na działanie szkodliwych wpływów zewnętrznych, że prawdopodobnie nawet skutkiem zmian pozostałych po przebytych reumatyzmie, głowa stała się *locus minoris resistentiae*, przeważnie podlegająca powyższym wpływom.

Z drugiej strony nader ostry początek ostatniej choroby z silnym ziębieniem i znacznie podniesionem ciepłem dowodzi, że to była sprawa ostra, świeża, nie mająca nic wspólnego z poprzedzającym stanem, oprócz pewnego usposobienia, które ten stan wyrodził. Jednym słowem wszystko przemawia za tem, że to była *meningitis acutissima, idiopathica*, a nie dalszy ciąg lub ostre zakończenie sprawy przewlekłej w mózgu (jak np. ropnia mózgu etc). Wątpić też należy, czy w obec powyższych danych z anamnezy i z przebiegu choroby, wspomniona powyżej atrophja incipiens nerwu wzrokowego lewego jest w stanie zachwiać rozpoznanie ostrego zapalenia opon mózgowych.

Oddawszy nauce co do niej należy, niech mi wolno będzie ucześć kilku słowy pamięć zmarłego. Śmierć ustawicznie przerzedzająca szeregi naszych znajomych, nauczyła nas godzić się z tą twardą koniecznością, a jednak śmierć ś. p. S u r z y c k i e - go wprawiła nas w osłupienie; dotychczas jeszcze trudno nam uwierzyć, iż istotnie z pośród nas nazawsze zabranym został; czujemy, że powstałej w około nas próżni nawet kojący czas nie rychło wypełni! Bo też poznawszy jego dobre, uczciwe serce, jego zapał młodzieńczy dla wszystkiego, co piękne, wzniosłe i szlachetne, oddawna daliśmy mu miejsce w sercu naszym. Ileśmy razy go witali, ściskali jego przyjacielską dłoń, tyle razy składaliśmy hołd owym uszlachetniającym człowieka przymiotom, które ś. p. S u r z y c k i w takiej czystości posiadał. Mąż miłujący nadewszystko prawdę, mąż prawdziwego postępu, nie tylko w teorii, lecz i w praktyce, nie tylko w słowie, ale i w czynie, lekarz z ojcowską troskliwością biorący do serca sprawę swych chorych, ś. p. S u r z y c k i musiał w wysokim stopniu pozyskać powszechne zaufanie i miłość. Taki to mąż licznój, ubóstwiającej go rodzinie, uwielbiającemu go społeczeństwu w sile wieku przez nieubłaganą śmierć wyrwanym został!

Pokój jego ceniom! cześć jego pamięci!

Dr B. Tetz.

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) ciągle 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, rozpada 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. *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 za-prenumerowali, 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 *Galicji*, *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 *Świętokrzyska* Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

Dr. Ig. Baranowski

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI 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). (Dokończenie).—Kronika zagraniczna. Nosacizna i tyłczak (*Malleus humidus et farciminosus*). Przez prof. Dra Fr. Korányi w Peszcie. Podał Dr L. Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące: Ostatnia choroba ś. p. Tomasza Surzyckiego, lekarza wolno-praktykującego w Lublinie. Od Redakcyi.—Dodatek. Akuszeryi T. III ark. 27. Choroby nerek ark. 27. Farmacyi T. II. ark. 24, 25, 26 i 27. Medycy Sądownej T. II ark. 14. Tytuł i treść Gaz. Lek. tomu XVII. (Zapowiedziane na bieżące półroczne sto arkuszy druku Bibl. Um. Lek. pp. Prenumeratorom rozesłane zostały).

Wyłuszczenie z pomyślnem zejściem ramienia ze stawu łopatkowego.

Przez Dra Grochowskiego (z Kałuszyna).

(Dokończenie).

Rozebrawszy szczegółowo dany wypadek, stan ogólny chorego i miejscowy zgruchotanej kończyny, sposób operowania, okoliczności temu towarzyszące i zejście, należy osądzić czy przedsięwzięty sposób leczenia, mianowicie wyłuszczenie ramienia da się usprawiedliwić na zasadach naukowych, czy nie należało obrać metody wyczekującej,—zdecydowawszy się zaś na odjęcie kończyny, w jakim miejscu należało to dokonać: nakoniec czy obrana metoda operacyjna najodpowiedniejszą była w danym wypadku? Chirurgia zachowawcza, celem której jest staranie się o ocalenie uszkodzonego członka, liczy wielu zwolenników jak Seutin, Massard, Pauli, Bardeleben i inni.

Prócz tego znane są wypadki podane przez Esmarcha, Langenbecka, Strohmeyera i innych, gdzie już to przy zgruchotaniu ramienia w stawie barkowym, już też górnej części kości ramieniowej poniżej stawu, uszkodzona kończyna, rozumie się przy odpowiedniej interwencji operacyjnej jako to częściowego wycięcia kości, lub tylko wydobycia zmartwiałych odłamków kostnych, zachowaną została, a nawet ruchy takową do pewnego stopnia mogły być wykonywane. Lecz z innej strony jeśli zwrócimy uwagę na statystyczne dane, mianowicie na procent śmiertelności w wypadkach pozostawionych metodzie zachowawczej i porównamy z śmiertelnością po operacyjną, łatwo przekonamy się, że procent pierwszy jest nierównie większy i nie może być inaczej, wspomniawszy na owe następce powikłania, które przy takim postępowaniu są nieuchronne, tem bardziej, jeżeli uwzględnimy warunki przy jakich operacja lub wyczekiwanie następuje. Alecock w tym względzie zostawił ważne wskazówki; on obserwował w trojakiego rodzaju okolicznościach powyższe wypadki, mianowicie: 1) w sprzyjających na 24 uszkodzeń stawowych było 6 śmierci czyli 25% przy wyczekującym, a na 24 odjęć natychmiastowych 5 nieszczęśliwe t. j. 20.8%; 2) przy mniej pomyślnych na 10 wyczekujących 7 śmierci, czyli 70%.—na odjęć 6 nie umarł żaden; 3) przy złych okolicznościach z 11 wypadków leczonych wyczekująco 7 albo 63%, na 19 odjęć 15 śmierci—79%.

Pirógow, tyle praktyczny w swej statystyce, zwrócił baczną uwagę na indywidualność chorego i na sam rodzaj obrażenia, co szczególnie ma wagę w naszym wypadku, gdzie prócz obrażeń kostnych powyżej stwierdzonych, jeszcze był krwotok mięszowy, z poranionej tętnicy i zerwane pnie nerwowe. Próba nasza podwiązania tętnicy blisko miejsca uszkodzenia miała na celu zachowanie członka, lecz to byłoby nadzwyczaj ryzykowne, gdyż kość ramieniowa, prócz podwójnego złamania, miała w górnej części wbite odłamki kostne, co wymagało drugiej operacji—wypłowania po za przyczepieniem mięśnia naramiennego, co w każdym razie nie ma naukowej podstawy. Zresztą zostawiając kończynę choremu, narażało by się go na ogromne niebezpieczeństwo wskutek możliwej ropnicy, lub wysoko posuniętej zgorzeli. Pirógow wyraźnie powiada: że uszkodzona tętnica ramieniowa razem z kością jest pewnem wskazaniem do odjęcia członka dla tego, że żyły zwykle jej towarzyszące są zerwane, a ztąd zatory, zgorzel są prawie nieuchronne. Demme wykazał, że dla stawu barkowego wyczekujące postępowanie daje najgorsze następstwa. Wszystko to razem wzięte stanowiło naukową podstawę do wskazań na wyłuszczenie ramienia.

Co się tycze metody operacyjnej Pirógow, jest wielkim zwolennikiem odjęcia ramienia w szyjce chirurgicznej lub na granicy między tą ostatnią a anatomiczną, szczególnie gdy uszkodzenie nie przeszło za torebkę stawową, chociażby zmiążdżenie trzonu było jak najbardziej wysokie; zachęca do tego sposobu nie tworzenie się zatok pod m. piersiowym wielkim i w jamie pachowej, jest mniej szpecące i nie spostrzega się krwotoków następnych, które często trafiają się po wyłuszczeniu ramienia. Statystyka wykazuje rezultaty nie

gorsze od odjęcia ramienia w środku trzonu, a mianowicie: 21% śmierci u angiolków, a 50% u francuzów podczas wojny krymskiej; przy późniejszych odjęciach cokolwiek wyższy od 30–50%: na Kaukazie z 10 operowanych przez Pirogowa ani jeden nie umarł; podczas wojny włoskiej śmiertelność wynosiła 26%. Sposób wykonania jest takiż sam jak przy wyłuszczeniu, tylko należy odpiłować kość zabezpieczywszy części miękkie, jeśli zaś po odkryciu anatomicznej szyjki okaże się uszkodzoną główka, można wtedy wykonać wyłuszczenie. Zamiarem naszym również było zabezpieczenie chorego od szkodliwych następstw otwierania stawu, lecz odłamki dwa, jeden płasko wbity w samą miąższość szyjki, drugi zaś pionowo na głębokość kilku linii, jak również znaleziona szczelina w uszkodzonej kości, nie dozwoliły wykonać nam tego.

Ażeby ocenić wybór metody Larreya przed innemi, trzeba zwrócić się do danych statystycznych, oraz uwzględniając warunki chirurgiczne, rozebrać je wszystkie ze stanowiska anatomicznego, — tym sposobem wykaże się niestrzonniczość poglądu, a rzetelna wartość operacyi odnośnie do okoliczności jej towarzyszących. Larrey wykonywał operacye głównie metodą owalną, przez niego zmodyfikowaną. Wypadki podane przez Pirogowa można zaliczyć do tej ostatniej, z niewielką tylko zmianą, Velpeau wykonywa ją też z pewną modyfikacją, mianowicie oddziela płaty od zewnątrz, a nie jak Larrey przez przebicie.

Oprócz ogólnych warunków konstytucyi i sił, wybór metody zależy głównie od uszkodzenia części miękkich, a szybkość uleczenia od warunków anatomicznych samej metody operacyjnej i powstałej rany po skutecznionem wyłuszczeniu z płatami formy rozlicznej. Ażeby ocenić nasz wybór należy zwrócić się do rozbioru anatomicznego uszkodzenia, zastosowując wszelkie znane sposoby operacyjne do tegoż. Z dwóch części stanowiących okolicę stawu łopatkowo-ramiennego dziwnym zbiegiem okoliczności, górna czyli barkowo-ramienna (*regio acromio humeralis*) i dolna albo pachowa (*regio axillaris*) były nietknięte, sądząc z pierwszego wejrzenia na naszego chorego. Miejsce ich zetknięcia, jako granica dołu pachowego, była także nie naruszona, a wyniosłość kostna znajdująca się w górnej części tej okolicy, mianowicie wyrostek barkowy, koniec obojczyka i niedaleki wyrostek kruczy dawały się wyczuć dokładnie pod skórą w stanie normalnym. Nie zadawalnając się tymi rezultatami i śledząc dalej za ograniczeniem dolnem czyli zakończeniem wyniosłości mięśnia naramiennego, prócz głuchego tarcia odłamków kostnych, znaleziono jeszcze otworek niewielki, z którego sączyła się krew. Z tych więc względów wybór metody wyłuszczenia przedstawiał obszerne pole do zastanawiania się: należało więc obrać jedną z metod operacyjnych — kolistą, płatową lub owalną, mając przedewszystkiem na względzie prędkość wykonania, łatwiejszy dostęp do stawu i niektóre inne okoliczności.

Bardzo mało metod wyrówna kolistej pod względem regularnego pozoru rany i łatwości skutecznienia pierwotnego zrosnięcia; ze wszystkich jednak najlepszą ze względu na wykonanie jest Cornuau, gdyż rana pozostała jest niewielkiej objętości, dobrze zakrywa powierzchnię stawową łopatki. Długość

płatu skórniego sięga do ścięgien połączonych szerokiego grzbietu i obłego wielkiego, a gdy te nie mogą być wynalezione, odlicza się odległość na cztery poprzeczne palce od pierścienia kostnego wyżej nadmienionego, a głównie od wyrostka kruczego. Metoda kulista Sansona, chociaż używana w wypadkach, gdzie brak skóry na tak długi płat, jednak ustępuje poprzedniej ze względu na przecięcie tętnicy bardzo wysokie, wraz z częściami miękkimi, prawie na wysokości pierwszego żebra, gdzie ucisku uprzedniego nie można wyrzucić. Sposób Velpéau wprowadzie usuwa tę niedogodność, lecz przy długości płatu na dwa poprzeczne palce poniżej wyrostka barkowego nie zostawia dobrego przykrycia rany. Alanson wprowadził jakoby zmianę kolistej metody Cornuau, gdzie dla lżejszego dostępu do stawu, radzi przecięcie podłużne, jak w sposobie Larreya.

Co do metody Graefe, ta odznacza się podobnym stożkiem w płacie jak poprzednia, jednak dziś już zapomniana zupełnie, podobnie jak Bertrandi'ego etc. Nie odsadzając jednak tych sposobów od użycia z powodu trudności oddzielenia w stawie, oraz długości wykonania, w naszym wypadku należało za- dość uczynić nie tylko wyłuszczeniu, ale prawdopodobnej rezekcji, która naturalnie nie mogła być bez krytycznego rozbioru odrzuconą. Metody płatowe podług zdania Velpéau należy odróżnić na równoległe do osi ramienia i poprzeczne względem niej, stąd rozważemy najprzód metody o płatach poprzecznych, a następnie o pionowych. Z pierwszych najdawniejszy sposób Ledrana, który wycinał głównie płat dolny wewnątrzaj ujawszy wpierw w podwiązkę naczynia; tu jego sposób mógłby mieć zastosowanie, albowiem brzeg przedni pachy stanowiący rodzaj łuku, jak sam dół pachowy był nieuszkodzony i miał pewną grubość, lecz niedogodność wykonania i następstwa odstraszały od niego. Sposób Garengot też należy do tego rodzaju, lecz jak poprzedni używał autor ten podwojnego podwiązywania, raz uprzedniego igłą krzywą, a następnie zwykłego, stąd słusznie poszedł w zapomnienie; nie można tego powiedzieć o sposobie Lafaye, który z dawniejszych używał największej wziętości, a płaty formował z mięśnia naramiennego. Sposób Dupuytréna w zasadzie jest tenże sam, a różnica od wycięcia płata zależy, mianowicie przez przebicie (*transfiction*), a nie przez wykrajanie; tym sposobem prędzej daje się wyłuszczyć ramię. Van Ousenort widząc niedogodności metody Dupuytréna co do kurczenia się skóry w płacie i wystawiania mięśnia, bardzo niewłaściwego dla pierwotnego zrośnięcia, usunął je, oddzielając najprzód płat półkolisty ze skóry, a następnie przecinając mięśnie. Nie dość na tem Laroché i Bell uczynili odpowiednie zmiany, szczególnie ten ostatni stosując się do wskazówek Rawatona, tworzył płaty podziwianej regularności, gdzie pierwotne zrośnięcie prawie zawsze się udawało; zresztą zmiana Laroché tyczy się bardziej sposobu Bella to jest, wycina płat kwadratowy przedni, a następnie po wyłuszczeniu tylny. Mając na uwadze uszkodzenie wyżej opisane widocznem jest, że tego rodzaju płatów nie można było skutecznie, gdyż ramię przy podnoszeniu ugięło się w miejscach zgruchotania, stąd powstało zagłębienie mięśnia naramiennego, które sprzeciwiało się ujęciu tegoż ręką.

Chcąc zaradzić tej niedogodności i podpierając w dole pachowym, przez w tłaczanie kawałków kości, mała ilość części miękkich mogła być odcięta w płacie, przytém łatwe było zaczepienie o odłamek kostny.

Co zaś do sposobu Bella i modyfikacyi Guérina, gdzie działanie noża jest od zewnątrz ku wewnątrz, nawet przy wiszącym na tułowiu ramieniu, to pomijając wspólne powyższe niedogodności, płat nie byłby regularny i jednakię grubości z przyczyny niedokładnego napięcia skóry i w ogóle części miękkich. Zmiana Clines z Londynu zależy na zastosowaniu sposobu Langenbecka do wyłuszczenia ramienia, czyli wycina płat zewnętrzny od zewnątrz i od dołu. Niedogodności są wspólne jak dla powyższych poprzecznych do których należy. O rzeczywistym sposobie Lisfranca wspomniemy niżej, tu należy wzmiankować o metodzie Lisfranca i Champesme, pierwsza ma płaty pionowe, gdy w tej ostatniej są poprzeczne do osi ramienia, i takie właśnie w naszym wypadku zdawały się być dogodnymi. Poniżej obojczyka, a głównie części jego zewnętrznej widocznem jest wgłębienie kształtu jakoby trójkątnego, gdzie łatwo można wyczuć granice tegoż, co szczególnie u naszego chorego, niezbyt zasobnego w tłuszcz, było wyraźne. U góry wystawał wyrostek barkowy i obojczyk, na wewnątrz wyrostek kruczy, a ku zewnątrz silnie przyciągnięta część główki kości ramieniowej. Aby uwydatnić bardziej ten odstęp, kieruje się ramię czyli łokieć tegoż ku przodowi, tym sposobem główka bardziej przechodzi ku tyłowi i na zewnątrz. Tym sposobem ujawniony został klucz dla operacyi Lisfranca i Champesme dobrze wszystkim znaney z szybkości wyłuszczenia. Wielu jednakże chirurgów uważa ją jako dobrą do wykonania na trupach osób starych i wychudzonych, gdzie główka z łatwością wychodzi z jamy stawowej na kilka centymetrów, co u żywych jest zupełnie niemożliwym, z przyczyny przytrzymywania główki przez silnie kurczące się mięśnie. Sposoby o płatach pionowych, przednim i tylnym, są bardzo liczne i dają ranę wejrzania regularnego, dobrze przydatną do złączenia pierwotnego, a także dla odpływu ropy, lecz wiele z nich już zupełnie wyszło z użycia. Do tych ostatnich zaliczyć trzeba sposób Sharp, który działał od przodu stawu, kończąc płatem tylnym, — Bromfield'a odznaczający się zbyteczną długością i podziałem płata na dwie części, a także za zbyt wysokiem jego przecięciem na stronie wewnętrznej. Desault wykonywał przez przebicie płat przedni, następnie zaś podwiązywał naczynia, a przechodząc przez staw kończył operacyę wykrajaniem płatu tylnego. Larrey dawniej używał tegoż sposobu zmodyfikowanego w ten sposób, że zaczynał od wycięcia płatu tylnego, następnie otwierał staw i kończył podwiązaniem naczyń. Dupuytren toż samo robił, lecz wycinał płat od zewnątrz ku wewnątrz, było to zatem powtórzenie sposobu Sharp'a, lecz w odwrotnym porządku. Hello zaczynał jak Dupuytren, a kończył cięciem kulistym pachy; Delpach atakował staw od tyłu i wycinał tylko płat przedni. Bardziej używane z tych sposobów można było zastosować w danym wypadku, lecz niemożność utrzymania chorego w położeniu siedzącym sprzeciwiała się temu, zresztą wszystkie te sposoby nie mo-

gą być zastosowane ogólnie, a wiele z nich jak Delpech i Hello jedynie w razach wyjątkowych. Właściwy sposób Lisfranca należy do tego działu;—nóż jest wbity od tyłu pod 45° do osi barku, a wychodzi w wyżej nadmienionym odstępnie trójkątnym. szybkość wykonania jest godną podziwu, lecz wprawa w takowe jest niezbędna, a tacy chirurgowie jak Pirogow przyznają się, że na 5 operacyj w ten sposób zaczętych w trzech nóż się złamał i trzeba było inną metodą dokończyć.

Przejsie do metody owalnej stanowi sposób Poyeta, który rozpoczynając cięciem podłużnym od wyrostka barkowego, po oddzieleniu do kości brzegów rany i wysunięciu główki nożem włożonym za nią, oddziela całą kończynę. Guthrie wykonywał cięcia owalne zaczynając od wyrostka barkowego oddzielał samą skórę, a następnie inne części po otwarciu stawu, Beclard odrazu przecinał do samej kości, szczególnie na stronie zewnętrznej, Scutteten chcąc usunąć trudności dostępu do stawu, wbijał nóż poniżej wyrostka barkowego tuż naprzeciw główki. Velpéau przedstawił zmianę tego ostatniego sposobu przecinając z początku tylko skórę, a następnie oddzieliwszy nieco brzegi rany i otworzywszy staw, nożem pionowo zachodził za główkę i oddzielał ją. Wszystkie te jednak metody mają tę ważną wadę, że są czysto chirurgiczne z nieuwzględnieniem warunków anatomicznych, ztąd trudność dostępu do stawu, a także przez wycięcie znacznej części pokryć zewnętrznych i górnych stawu pozostawiają sklepienie więzadłowe kruczo-barkowe jako też wyrostek barkowy nie pokryte, a ztąd o zrośnięciu pierwotnym przy takim naprężeniu skóry trudno pomyśleć. Larrey zarządził temu przez zmodyfikowanie metody owalnej w sposób *en raquette*;—zabaczmy że i ona nie jest bez niedogodności szczególnie w leczeniu następczym, lecz zważywszy na łatwość dostępu do stawu, musieliśmy przyjąć poprawkę Linharta zależącą na przecięciu sklepienia kruczo-barkowego i ztąd łatwiejszego otwierania stawu. Po takim rozpatrzeniu wielu sposobów wyłuszczenia ramienia, należy przechodząc warstwami w znaczeniu topograficznej anatomii usprawiedliwić ostatni nasz wybór, oraz wykazać różne tegoż wady.

Zwróciwszy uwagę na skórę okolicy stawowej, trzeba uwzględnić najprzód jej zwykle cechy anatomiczne, a mianowicie: na barku od tyłu jest najgrubsza ale mniej rozciągliwa jak na przedniej ścianie pachowej, przytem zaopatrzona jest w siatkę gęstą naczyniową, a pozbawiona zupełnie włosów. Na okolicy zewnętrznej ramienia zatrzymuje przymioty pośrednie, jednak silnie przylega do warstw poniżej leżących, napięcie jej w tem miejscu powiększa się w miarę przybliżenia do piersi. więcej posiada naczyń żylnych w siatce naczyniowej. Odwrotny zupełnie obraz spostrzega się na skórze dołu pachowego;—nie mówiąc już o licznych gruczołach potowych i samych włosach, w które jest zaopatrzona, traci zupełnie swe cechy, staje się nader cienką, rozciągliwą, barwa jej ciemniejsza, ztąd widoczne, że płaty utworzone z tej ostatniej prędko podlegają otarciom naskórka i nie przedstawiają poduszki dokładnej płatowej. W naszym wypadku skóra na okolicy tylnej barku pod-

bnież jak na przedniej była na pozór niezmienną, główne sińce rozlane lub smugowate bez wyraźnych kształtów znajdowały się na okolicy zewnętrznej i cokolwiek niżej, lecz czyż dopobna przypuścić, żeby powyżej opisane obrażenia części górnej ramienia nie oddziaływały na skórę, chociaż całość jej zachowaną została? Rzeczywiście owa za nadto znaczna jędrność widoczna szczególnie od tyłu, była nie więcej, jak tylko zbitą istotą skóry; przeciwny widok przedstawiała na zewnętrznej części, — będąc zanadto rozciągniętą w niektórych miejscach, wisiała jakby rodzaj fałdy, a bladość jej nienaturalna potwierdzała chorobliwy wygląd. Takim sposobem widocznem jest, czy można było w danym wypadku zastosować metody, o płacie m. naramiennego lub kolistą *Cornuau*, gdyż o metodzie *Sansona* chociaż tu stosowniejszej z innych względów słusznie zapomnianej i mowy być nie mogło? zresztą odciąganie tak zmienionej skóry byłoby trudne, a utworzenie rękawka (*manchette*) nieodpowiednie z przyczyny prawdopodobnej zgorzeli. Z tych zatem względów najlepszą metodą była owalna, a przez nas przyjęta *en raquette*, — obliczyliśmy bowiem możliwość nieutrzymania się skóry w części od tyłu lub od przodu, pachowy zaś odcinek z pewnością mógł być utrzymany, chociaż stanowiąc woreczek przy prawdopodobnym wielkim ropieniu pod tym względem był nieużyteczny. Nie wiem, czy stosowna byłaby propozycja przecięcia tego woreczka w odległości kilku linii ku tyłowi naczyń i nerwów pachowych po zrobionej operacji i zabezpieczeniu od zrośnięcia, lecz nie znając innych zdania, nie można było na to się odważyć. Naturalnie, że powyższa propozycja nie dotyczy się jednej skóry, lecz i innych części miękkich, a głównie powięzi i łączącej te części tkanki komórkowatej podskórnej, której grubość szczególnie w okolicy pachowej jest bardzo znaczna. Zdawałoby się, że ta ostatnia myśl nie powinna nas zajmować, gdyż nie zmienia wyboru metody operacyjnej, jednakże wspominamy o tem mając na względzie tworzenie się zatok. Należy obecnie zastanowić się nad najważniejszymi częściami pod względem niebezpieczeństwa samej operacji to jest nad powięzią i zależącemi od niej naczyniami i nerwami, a opis taki wykaże wadliwość wielu metod i ograniczy odcinanie płata, szczególnie na wewnątrz. Wiadomem jest, że śledząc w tkance tłuszczowej bardzo luźnej, wypełniającej prawie $\frac{2}{3}$ dołu pachowego, licząc od tyłu i oddzielając ją od ścian tegoż ostrożnie ku środkowi, spotkamy niezadługo na samym środku zgęszczenie tkanki komórkowatej tłuszczowej, stanowiącej jakoby niezbyt wielkiej grubości sznureczek, — blaszka ta włóknista mocna czyli rodzaj więzuli nabrała znaczenia w opisie *Gerdya*. Jeśli w sposobie operacyjnym zostanie za wysoko przecięta, nie dziwnego, że opadająca skóra przez niego utrzymana, utworzy rodzaj woreczka, gdzie ropa zbiera się ciągle w dowolnej ilości, a mianowicie przy sposobach owalnych, a nawet *en raquette*, co nawet potwierdzone zostało powyższem spostrzeżeniem. Nie dość na tem, oddzielając tłuszcz zupełnie, w podobny sposób jak z początku niezadługo przekonamy się, jak powięź pokrywająca m. szeroki grzbietu przechodzi przez całą szerokość dołu pachowego na tylną część wielkiego mięśnia piersiowego, wyglądającą z pod brzegu małego piersiowego; ten rodzaj łuku z wypukłością obróconą ku

dołowi Theile nazwał *processus falciformis axillaris*. Przednia jego część łączy się z tylną blaszką powięzi m. piersiowego małego, u góry zaś przyczepia się do wyrostka kruczego, przechodząc na mięśnie od niego poczynające się, tylna zaś pokrywa m. szeroki grzbietu i obły wielki, wyniosłości barku, gubiąc się w powięzi ramienia. Tym sposobem dół pachowy został podzielony na dwie przerwy, jedna zewnętrzna wielkości zwykłego jaja, druga wewnętrzna którą trójkąt kruczo-ramieniowy (Velpéau) rozdziela na dwie prawie równe części w miejscu odpowiadajacem kruczo-naramiennej szczelinie, gdzie wbijając nóż wpada się prosto na tętnicę lub nieco na zewnątrz niej. Ten ostatni stosunek w znaczeniu chirurgicznem ma ważne znaczenie, wskazuje bowiem kierunek noża przy metodzie Lisfranc'a; — niech będzie nóż zwrócony prostopadle do szczeliny, a nie pod kątem, wtedy poranienie tętnicy uprzednio jest możliwe. Zwróciwszy jednak uwagę jak tętnica podchodzi poniżej wklęsłości wyrostka kruczego, widocznem jest, że tworzy łuk z wklęsłością dolną, tym sposobem dwa łuki wzajemnie przecinają się, t. j. na powięziowym sierpowatym, znajduje się tętniczy, a wzajemne przecięcie się ich następuje w bliskości kruczego wyrostka, gdzie powięź łączy się z więzmem kruczo-obojęzycznym. Żyła podobnie tworzy łuk, lecz znajduje się bardziej ku przodowi i na wewnątrz tętnicy, przylega do niej za pomocą blaszek komórkowatych dość zbitych; wyrostek sierpowaty utrzymuje ją i zlewa się z zewnętrzną jej ścianą, ztąd przy przecięciu ku wewnątrz łuku powięziowego światło żyły nie zamyka się i przy wdechaniu łatwo chłonie powietrze. Trzeba zauważyć, że żyła pachowa ciągle wzrasta co do wielkości postępując ku wewnątrz, przyjmuje bowiem okoliczne, a mianowicie promieniową skórną (*v. cephalica*), podłopątkowe, zawrotne i inne, ztąd przy wydechaniu tak znacznie nabrzmiwa, że zasłania zupełnie tętnicę i ma pozór jakby tętnienia, co było powodem jej podwiązywania. Przypadek wyłuszczenia ramienia Delagarde wskutek wywichnięcia przodowego ramienia i następczej zgorzeli postępującej, gdzie była podwiązana żyła, chory jednak po długim leczeniu wyzdrowiał, dowodzi tego rodzaju błędów. Najważniejszą więc rzeczą przy wyłuszczeniu ramienia jest uniknięcie tych szkodliwych następstw; wiadomość jedynie o położeniu naczyń względem łuku powięziowego i wykonywanie cięć odpowiednich przy operacyi może od tego uchronić; granicę więc zewnętrzną tychże oznacza linia pionowa półksiężycowa, idąca od wierzchołka wyrostka kruczego do przedniego brzegu pachy. Tej granicy nie wolno przeciąć i zwykle we wszystkich metodach największe wypuklenie dołu pachowego, a szczególnie brzeg przedni pachy, jemu odpowiedni, pozostaje w najgłębszej warstwie nietknięty; tylko niewprawni mogą podobne błędy skuteczniać. Co się tyczy krwotoku po przecięciu tętnic wielkiego kalibru, zwykle spostrzeżenia okazują, że z dużych tętnic najwyżej jest 10 rzutów krwi, poczem krew leje się strumieniem z szybkością ciśnienia krwi; przy wielkości zatem tętnicy pachowej, podług Krauze'go przy średnim nastrzyknięciu 4"—3", strata krwi w ciągu minuty wynosi przynajmniej dziesiątą część całej jej ilości. Doświadczenia Beclara (*Experiences sur les bles-*

sures des arteres) wyraźnie okazują, że u psa wystarczała ta ilość obliczona w przybliżeniu, żeby wpadł w omdlenie, kończące się śmiercią. Ztąd widoczne, że obawa nie tylko śmierci, lecz zarazem i bezkrwistości wskutek utraty znacznej ilości krwi w kilkunastu rzutach przy długim działaniu, daje pierwszeństwo sposobowi chociażby trudniejszemu, gdzie można prędko temu zapobiedz jak w sposobie *Lisfranc'a*, także z płatem zewnętrznym, mniej dogodny *Larreya* i w ogóle owalny, a najmniej stosowny kolisty. W sposobie bowiem pierwszym szybko oddzielona główka daje dość miejsca dla przytrzymania palcami tętnicy, płat zewnętrzny spadając swoim ciężarem zasłania ją; w metodzie *Larreya* wymagana jest ostrożność nie przecinania głębszych części na stronie wewnętrznej lecz tylko skóry, co podobnież jest i w metodzie kolistej. Tem bardziej zasługuje to na uwagę, że tętnica pachowa w górnej swej części podobnież się zachowuje jak kolanowa, to jest kurcząc, chowa się daleko wyżej między części miękkie otaczające i uchodzi z pod oka operatora, ciągle krwawiąc. To ostatnie prócz zespolenia z pochwą naczyniową, głównie zależy od obocznych gałęzi. Poniżej brzegu dolnego m. piersiowego mniejszego żadna gałąź nie odchodzi, wyżej zaś prawie na kilka linii zjawia się od wewnątrz sutkowa zewnętrzna, a bardziej ku tyłowi przy brzegu przednim m. podłopatkowego i za nerwami—podłopatkowa, w bliskości zaś powstają zawrotne, często nawet wspólnym pniem. W razie zatem skurczenia się tętnicy brzeg dolny m. piersiowego małego jest wskazówka do jej znalezienia; prócz tego chcąc uniknąć krwotoków następczych, tak niestety częstych po wyłuszczeniu ramienia, (na 25 razy przy zagojonych prawie ranach z ładnem brodawkowaniem, *Pirógow* w 4 razach zmuszony był podwiązać tętnicę obójczykową) w takich razach trzeba poniżej tej granicy przecinać tętnicę. Co do połączeń tętniczych ważnych przy niskiem przecięciu tętnicy, należy przytoczyć zawrotne i barkowo-piersiową; krwawienie z których należy uspokoić, nie robiąc nagłego opatrunku i nie znosząc nacisku na wyższym pniu tętniczym aż po zupełnem obmyciu płatów ze skrzepów krwi. Co zaś do tętnicy barkowo-piersiowej, to pomimo wysokiego jej pochodzenia ważną jest przy wyłuszczeniu według sposobu *Lisfranc'a*, gdyż często się zdarza, że bywa ranioną; — nie wielka jednak jej objętość nie zastrasza następstwami. Gałąź zawrotna tylna, która jak zwykle otacza szyjkę chirurgiczną kości ramieniowej, była w naszym wypadku w początku poranioną, ztąd *Larrey* radził prowadzić cięcie pionowe na 27 milimetrów tylko dla oszczędzenia jej, co znów utrudni otwarczenie stawu. Co zaś do pęczków nerwowych przedniego i tylnego, to na nie przy wyłuszczeniu ramienia mało zwracają uwagi; w sposobie *Lisfranc'a* wbijając nóż pionowo do osi członka przy brzegu wewnętrznym wyrostka kruczego, wpada się prosto na nie, nieobrażając naczyń; wielka ilość gruczołów błonnych tu znajdujących się, w razie powiększonej objętości z łatwością daje się usunąć palcami. Mięśnie mają ważniejsze znaczenie, nie tylko bowiem służą do utworzenia płatów, lecz mogą się również przyczyniać do powstawania zatok, przez swe kurczenie się jak np. szeroki grzbietu, obły wielki, tem bar-

dzięć, że łącznie z zębatym wielkim tworzą odstęp trójkątny, gdzie ropa z okolicy stawowej ścieka na tylną część grzbietu. W naszym wypadku wiadomem jest, jak był zmieniony mięsień naramienny; pod nim znajdujące się ścięgno m. piersiowego wielkiego, łącząc się za pomocą przedłużenia włóknistego z torebką stawową, a ku dołowi z powięzią ramieniową, łatwo mogło pośredniczyć w przeniesieniu ropy i tworzeniu się wskutek tego zatok, które mogłyby szkodliwie wpływać na następcze gojenie się rany pooperacyjnej, lub nawet spowodować gorsze następstwa. Teraz można istotnie wyłączyć wszelkie metody z płatem m. naramiennego, gdyż pęczki tegoż nasiągnęły krwią, a następnie ropa, przez ucisk z pewnością uległyby zgorzeli przy obrzmieniu zapalnym. Nie dość na tem, istnieje jeszcze drugi otwór tak zwany czworoboczny, przez który przechodzą naczynia i nerwy zawrotne; jest on właściwie odstępem znajdującym się tuż pod powierzchnią stawową w drugiej warstwie mięśniowej; przy oddzielaniu zatem chrząstki lub kości uszkodzonych łatwo powstaje nowa zatoka. Dla zaradzenia tym niedogodnościom proponowano wiele metod; między innymi Pirogow robi w ten sposób, że odciągnawszy skórę, wbija nóż pod wyrostek barkowy i prowadzi nim podłużne cięcie, następnie dwa ukośne boczne, lecz tylko przez skórę; wszystko zakończya poprzecznem, przechodzącym przez dół pachowy w odległości $3\frac{1}{2}$ —4" poniżej sklepienia łopatki; w granicach tego cięcia skórniego odcina cienko mięśnie od wewnątrz ku zewnątrz i otwiera staw. Korzyści tego sposobu według autora są czworaki: 1) płaty boczne nie nabrzmiwiają przy ropieniu w postaci grubych kosmków; 2) stanowi dobre pokrycie dla rany, a górna część goi się doraźnie; 3) tętnica pachowa jest przecięta nisko, co broni od krwotoków następczych; 4) zatoki spotykają się nader rzadko. To ostatnie jednak wydarza się czasami, co i autor przyznaje, dla tego też lepiej jest robić wyłuszczenie z płatem przednim czworobocznym i tylnym krótkim według sposobu Teale. Linhart przyznaje, że sposób ten ma wielu zwolenników w Anglii jak Henry Gray Groy, Gros Clark, lecz dodaje, żeby tylny nie był za krótki, gdyż traci się piękna forma i blizna bardziej tworzy się ku gorze. Langenbeck zachwala ją przy tej operacji, i następnie daje pravidła, mianowicie: ażeby płaty były szerokie, oddziela się najprzód skórę, potem należy odciąć od tyłu mięśnie wyprostne. James O. Hester od wielu lat w ten sposób operuje, a tylne mięśnie dla ich energicznego kurczenia odcina więcej ku dołowi. Na utworzenie się blizny, a szczególnie na jej kształt wielki wpływ wywierają mięśniowe pozostałe kawałki; przy metodzie Larrey'a w ogóle opisują ją jako linearną, tymczasem jest bardziej trójkątna, przy dwupłatowej Teale jest liniową, lecz nie tak piękną, jak z pierwszego wejrzenia wydawałoby się, gdyż włókna m. piersiowego ciągną ją ku mostkowi, a szerokiego grzbietu i obłego ku łopatce, ztąd tworzy się jamka w dolnej części blizny. Spence dla uniknięcia tego przedstawił nowy linearny sposób: wbija nóż pod zewnętrzną część wyrostka kruczego, przy położeniu wyrotnem ramienia robi cięcie podłużne do przyczepienia m. naramiennego, poczem prowadzi drugie cięcie poprzeczne lekko wypukłe przez dolne włókna tegoż mię-

śnia do tylnego brzegu pachy, i ku wewnątrz ukośne cięcie jedynie przez skórę; przy wyłuszczeniu jedna tętnica zawrotna krwawi. Autor robił ją dwa razy i upewnia o następnych korzyściach: 1) o pełnej i pięknej postaci pieńka; 2) ranią się tylko jedna mała tętnica; 3) wyłuszczenie odbywa się z wielką łatwością.

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

Nosacizna i tylczak (*Malleus humidus et farciminosus*).

Przez prof. Dra Fr. Korányi w Peszcie.

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

(Dalszy ciąg).

Faktem jest, że wypływ z nosa zwierząt nosaciznowych, jako też wydzielina z wrzodów tylczaka, przeniesiona na inne zwierzęta posiada własność wywołania nosacizny u tychże, prócz tego w daleko posuniętych okresach choroby występuje właściwa dyskrazja, skutkiem czego krew i wydzieliny gruczołów posiadają własności zakażające jak to już V i b o r g przed 70 laty doświadczeniami wykazał.

Prócz tego zasługuje na uwagę, że przy zupełnie jednakowych warunkach zarażenie nie u wszystkich osobników przychodzi do skutku; nadto jeszcze ta ważna okoliczność, że nosacizna i tylczak powstawać mogą bez jakiegokolwiek bądź wpływu specyficznego zarazku.

Co do pierwszego punktu z łatwością możemy sobie wytłómaczyć przez porównanie z podobnymi wypadkami całkiem niewątpliwie specyficznych chorób, jak przymiot, z kąd się okazuje, że prócz zarazku koniecznym jest jeszcze pewne indywidualne usposobienie.

Co się tyczy tego usposobienia pewne gatunki zwierząt i osobniki znacznie między sobą się różnią. Koń, osiel i muł okazują największą skłonność i pod tym względem są jedynymi zwierzętami, u których samorodne występowanie choroby na pewno zostało wykazane. Prócz tego Renault i Leblanc szczepili tę chorobę na psach i owcach, Hertwig i Prinz na kozach, Schilling i Lebert na króliku. Leisering'owi udało się szczepienie na kotach, lwach i białych niedźwiedziach.

Człowiek posiada także znaczną skłonność do przyjęcia zarazku, jednak indywidualne usposobienie, podobnie jak i u zwierząt jest bardzo rozmaite,

Wielkie trudności zachodzą przy ocenieniu zarazku z powodu wielokrotnie stwierdzonego doświadczenia, że szczepienie i zastrzyknięcie wszelkiego rodzaju ropy, posoki, krwi może wywołać nosaciznę, że wreszcie bez wprowadzenia obcych substancji, może ona powstać z innych zwykle całkiem niewinnych chorób, jak z nieżytego cierpienia błony śluzowej dróg oddechowych, zółzów, suchot gardlanych (Kehlsucht)?

B a g g e obserwował konia dotkniętego polipem nosowym, u którego wszelką możliwość zarażenia się nosacizną można było wyłączyć. Gdy śmierć nastąpiła u niego wskutek zaduszenia, sekcyja wykazała wrzody i guziczki na błonie śluzowej nosa, jako też guziki w płucach, które przedstawiały zupełne podobieństwo do guziek nosaciznowych.

S t r a u b podaje, że na 236 wypadków spostrzeganych od 1859 — 1862 roku w Wirtembergu, w 65 wykazano zarażenie, w 30 wypadkach pierwotny rozwój choroby, zaś w 141 sposób powstawania był nieoznaczony.

Co się tyczy powstawania nosacizny po wprowadzeniu do organizmu obcych nie-nosaciznowych substancji, takowe według licznych wiarogodnych podań można uważać za pewne.

D e l a r b e i r e t t e nosaciznę od konia zaszczepiał psom, poczem następowało miejscowe zapalenie, ropień, obrzmienie naczyń limfatycznych i gruczołów, bez roz-

woju charakterystycznych objawów. Gdy zaś ropę od tychże psów znowu zaszczerpiono koniom, wystąpiły u nich wszystkie objawy nosacizny.

Znane są także doświadczenia Erdt'a. W jednym wypadku zaszczerpił ropę z gruczołu który przeszedł w ropienie u zółwowatego chłopca. W drugim wypadku przeciągnął pod skórą kilka nitki tą samą ropą napojonych, w 3 innych wypadkach jedną tylko nitkę, która była napojona ropą od próchniejących kości pochodzącą. Wszystkie te próby miały skutek dodatni, zawsze rozwijała się nosacizna u zaszczerpionych zwierząt.

Renault i Bouley wstrzykiwali do żyły szyjowej u konia czystą ropę, poczem wskutek nosacizny śmierć nastąpiła. Ropę nosaciznową od tegoż konia wziętą, zaszczerpiono innemu koniowi i psu—u nich również wystąpiła nosacizna, a następnie śmierć.

Laisn'e u konia na kolkę cierpiącego założył 2 zawłoki, i przez to otrzymał ropienie dobrej natury. Następnie ropa ta za pomocą pędzelka przeniesioną była na błonę śluzową nosa tegoż konia i pozostawała tam przez 20 minut. Po 9 godzinach błona śluzowa obrzmiła, wydzielala plyn śluzowy, blade-żółtawy, gruczoły krtaniowe również obrzmiły, wystąpiła gorączka i duszność, a po 6 dniach objawy te znikły. Następnie temuż samemu zwierzęciu po zupełnem wyzdrowieniu zaszczerpiono na błonie śluzowej nosa jego własną ropę, po 7 tygodniach nastąpiło obrzmienie błony śluzowej nosa, po 4 dniach wypływ nosaciznowy, pryszczyki i owrzodzenia w nosie, obrzmienie skóry, po 14 dniach śmierć nastąpiła; sekcyja wykazała ogniska zrazikowe w płucach i gruzelki ziarninowe (*Tuberkelgranulationen*).

Liczba doświadczeń i badaczy w tym przedmiocie jest bardzo znaczną, przytoczyliśmy tu kilku tylko najwiarogodniejszych, aby zaznaczyć również te substancye, pod wpływem których obserwowano powstawanie nosacizny i tylczaka. Wyniki tych doświadczeń możemy przytoczyć w następnym porządku:

1. Materya nosaciznowa, ropa z owrzodzeń nosaciznowych i tylczaka, substancya gruzlicza z płuc konia, przeniesione na inne zwierzęta, wywołują nosaciznę.

2. U zwierząt jednokopytowych nosacizna powstaje samorodnie z innego rodzaju, niekiedy nawet lekkich cierpień.

3. Jeżeli zaszczerpiono zwierzęciu jad nosaciznowy u którego jednak nie rozwinęła się nosacizna ani tylczak, a tylko proste ropienie (pies—wypadek Delarbieret t'e'a), po zaszczerpieniu tejże ropy koniowi, powstaje u tego ostatniego mocna nosacizna.

4. Nosacizna rozwija się u koni, jeżeli będzie im zaszczerpiona lub zastrzyknięta ropa pochodząca z gruczołów zółwowych człowieka.

5. Tenże sam skutek następuje po zastrzyknięciu do żyły szyjowej u koni ropy dobrej pochodzącej z innego organizmu.

6. Nosacizna powstawała także, gdy ropę od zdrowego konia wskutek traumaticznego obrażenia powstałą, przeniesiono na błonę śluzową nosa tegoż konia.

Wreszcie doświadczenia weterynarzy wykazują, że nosacizna może powstawać u całkiem dawniej zdrowych koni, gdy te skąpo będą żywione i poddane nadmiernej pracy, jeżeli przytém są trzymane w stajniach szczupłych, źle przewietrzanych.

Gdy zwrócimy uwagę na zmiany anatomo-histologiczne, odnoszące się do kwestyi o naturze i istocie jadu nosacizny i choroby nosaciznowej, to mimo wielu bardzo szacownych prac na tém polu, nie znajdziemy, jak i przy innych chorobach zaraźliwych, bliższego wyjaśnienia.

Pewnem jest, że substancye od koni nosatych pochodzące, przeniesione na inne zwierzęta ssące i na człowieka, powodują chorobę całkiem właściwego rodzaju, która żadną inną przyczyną nie może być wywołaną i której produkty są zdolne dalej tę chorobę szerzyć: nosacizna więc jest chorobą specyficzną, zaraźliwą.

Z tém wszystkiem jednak okazuje się, że w rodzaju konia nosacizna może się rozwijać bez pośrednictwa zarazku, należy więc prócz zarazku przyjąć inne jeszcze przyczyny nosacizny.

Istnieją bowiem ogólne wpływy chorobowe, które do cierpienia i wytworzenia jadu nosacizny u konia pobudzają; też same jednak przyczyny działając na inne do choroby nosaciznowej skłonne zwierzęta, nic podobnego nie wywołują, a zatem niezbitym

jest dowodem, że w organizmie konia istnieją pewne warunki, które przy najrozmaitszych pobudzających wpływach, powodują zarazek nosaciznowy. *Renault* i *Bouley* mają słuszną, gdy twierdzą, że zarazek nosacizny nie jest przyczyną, a tylko produktem choroby nosaciznowej.

Zarazek więc nosacizny właściwym jest tylko rodzajowi konia, na inne zaś zwierzęta może być przeniesiony. To twierdzenie sprzeciwia się pogładowi *Renault'a* i *Bouley'a*, że przyczyna wywołująca nosaciznę leży w produktach utleniania części składowych mięśni przy nadmiernie podniesionej czynności tychże. Jeżeliby to miało miejsce, wtedy u ludzi i zwierząt do nosacizny skłonnych, u których natężenie czynności mięśniowej z utlenianiem części składowych mięśni się łączy, mogłaby również samorodnie powstawać nosacizna, co jednak się nie zdarza.

Jeżeliby zaś chciano przyjąć pasożytną teorię zarazliwości, to należałoby wykazać, że u konia mogą samodzielnie powstawać takie organizmy—co też w znacznej części zdaje się dzielić *Béchamp* w swej teorii, o *Microzyma*—albo też że niższe organizmy mogą się zamieniać u konia w substancję nosaciznową jad zawierającą. Nauka zaś o pasożytach aż dotąd wykazała tylko przypuszczenia, którym jednak wiele brakuje owej stanowczości w porównaniu z doświadczeniami *Davain*'a.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Ostatnia choroba ś. p. *Tomasza Surzyckiego*, lekarza wolno-praktykującego w *Lublinie*. Wśród zbawiennęj działalności niespodzianie d. 9 b. m. zszedł z tego świata nieodżałowanej pamięci *Tomasz Surzycki*. Ze zgonem jego, liczna rodzina utraciła wzorowego męża i ojca, grono lekarzy prawego i przyjacielskiego kolegę, a społeczeństwo szlacheckiego w całym znaczeniu człowieka i lekarza zaszczyconego pełnem uwielbieniem zaufaniem, tak w pałacach możnych jak i w chatach biednych. W przeddzień swego zgonu ze zwykłą gorliwością pełniąc swe obowiązki lekarskie, po 24 zaledwie godzinach choroby *Bogu ducha* oddał. Ze względu już czysto lekarskiego, choroba ta jeżeli nie co do siedliska, to co do natury swęj zagadkowa, której groźne objawy w sposób tak niespodziany i gwałtowny się rozwinęły, zasługuje, aby we wszystkich szczegółach szerszemu kołu kolegów była znana.

Dnia 9 b. m. koło godz. w pół do trzeciej rano zostałem przez służącą pp. *Surzyckich* obudzony z wezwaniem, abym udał się do jej pana, który wróciwszy dnia 8 o godz. 7 wieczorom z miasta, narzekając na zawroty głowy, udał się do łóżka, obecnie zaś ma silną gorączkę. Przybywszy do chorego, zastałem go leżącego spokojnie z twarzą odwróconą do ściany, zbliżyłem się więc do niego, aby posłuchać w jaki sposób oddecha, gdyż nagle gorączka powinna była budzić podejrzenie zapalenia płuc. Nie zauważywszy nic szczególnego, na uczynioną mi przez żonę uwagę, że mąż zapewne nie śpi, wziąłem chorego za rękę, która była bardzo rozpaloną, przyczem chory się odwrócił, a zobaczywszy mnie, wyraził żal, że mnie w nocy do niego sprowadzono, (bowiem przed mojem przybyciem opierał się temu, aby mię budzono). Już to od żony (utrzymującej, że mąż ostatnimi dniami nie był zupełnie zdrow, czemu chory znów przeczył), już od chorego dowiedziałem się, że wróciwszy wieczorem z praktyki miejskiej do domu, miał zawroty głowy, położył się też zaraz do łóżka, następnie wystąpiło długie i silne ziębienie a potem gorączka. Do 1-ej po północy spał, często stęskając, później zaś już nie spał a obok od czasu do czasu powtarzających się dreszczy, narzekał na silny ból głowy, zwłaszcza podczas kaszlu, na ból w kolanach; często też się krztusił z powodu nudności, wymiotów wszakże nie było; przytęm miał być niespokojny, gdyż często zmieniał położenie w łóżku.

Badanie chorego, prócz znacznego podniesienia ciepła, przy czém tętno uderzało sto kilkanaście razy na minutę, nic nie wykazało; mianowicie mogłem wyłączyć zapalenie gardła, płuc (z wszelkiem prawdopodobieństwem), ostry reumatyzm stawów, bowiem ból w kolanach podczas mej bytności ustał, nie było zaś ani zbręknięcia tych stawów ani czułości przy silniejszym dotykaniu.

Opukiwanie żołądka nie wskazywało obfitszej w nim zawartości mas pokarmowych (jadł obiad z nieco mniejszym apetytem). Podmiotowo, chory podczas méj bytności, narzekał na nudności i na ból głowy (podczas kaszlu brał się za głowę) lecz nie w takim stopniu, aby ból ten nie mógł być uważany za objaw gorączkowy (podobnież początkowe zawroty tłomaczyłem). Szczególnie zwrócić uwagę winieniem, że chory podczas badania wyrażał się, wykonywał według okoliczności ruchy z zupełną przytomnością i swobodą, nie okazywał też niespokojności, wzburzonego stanu; przeciwnie pamiętam, że odebrał wrażenie, jakby był nieco niezwykle bierny, apatyczny, co znowu ze względu na porę i na stan gorączkowy nie budziło we mnie podejrzenia. Wyłączywszy więc powyżej wspomniane ostre cierpienia (równie i tyfus z wszelkiem prawdopodobieństwem, gdyż jak wiadomo, zwykł zdradzać się poprzedzającym przez czas dłuższy lub krótszy nadwężeniem ogólnego stanu) musiałem wprowadzić sobie przyznać, że jest mi niewiadomem z jaką chorobą gorączkową mam tu do czynienia, lecz wyłączywszy zwłaszcza zapalenie płuc i nie widząc w danej chwili jakichbądź groźnych objawów, uspokoiłem chorego, żonę i siebie i odszedłem, poleciwszy użycie saturacyi i okłady na głowę ze śniegu za pomocą worka gumowego. Zaraz po 5-ej znów przychodzi służąca z zawiadomieniem, że panu gorzej; przyszedłszy na prędce do chorego, znajduję go gwałtownie co chwila zmieniającego położenie, rzucającego lub wyprężającego się w łóżku, ustawicznie ręką chwytającego za genitalia nie odpowiadającego na zapytania (raz mi na żądanie język pokazał). Gwałtowne to rzucanie się podobno niedługo po mojem odejściu nastąpiło, zrenice nie były ani rozszerzone ani zwężone i acz leniwie oddziaływały na światło (ten stan zrenic mało się zmieniał, ile razyśmy w następstwie je badali; wspomnę tu, że kolega Falko badając oczy lusterkiem na parę godzin przed śmiercią znalazł *atrophiam incipientem n. optici sinistri*). Chory w części tylko przyjął podane mu lekarstwo (*Inf. Sennae comp.*) już dla tego, że niezadługo nastąpiło ściśnienie szczęk (dano więc natomiast enemę z zimnej wody i octu, po której nastąpił cuchnący stolec). Odtąd przytomność już nie wróciła; cierpienie mózgu było widoczne. W celu uspokojenia chorego za zgodą, wkrótce przybyłego kolegi Glogowskiego, zastrzyknąłem choremu podskórnie morfinę, poczem nastąpił spokój (bezwiedny) krótko trwający, bowiem nastąpiło znowu miotanie się, które z przerwami krótkiego spokoju parę razy wracało, tak iż po pewnym czasie postanowiliśmy (ciż sami i kolega Janiszewski) powtórzyć zastrzyknięcie. Gdy niespokój, podczas którego lewa ręka była czasem konwulsyjnie wykrzywioną, przed południem minął, nastąpiło ostateczne coma. Ciepło ciągle było podniesione, tętno w początkach okresu nieprzytomności uderzało koło 100 razy na minutę, potem dopiero zwolniało, zawsze jednak było prawidłowe. Nadwieczorem przyłączyło się rżenie trachealne, a przed 7-mą chory zgasł.

Po skreśleniu przebiegu choroby w sposób rozwlekły, który młodszy jak i starsi koledzy za usprawiedliwiony uważać winni przez wzgląd już na trudność (przeze mnie przynajmniej podczas pierwszej méj bytności nie przezwycięzoną), którą początkowo cierpienie dla rozpoznania przedstawiało, obowiązkiem moim jest zapoznać szanowych czytelników ze stanem zdrowia ś. p. Surzyckiego podczas ostatnich lat jego życia.

Dwadzieścia kilka lat praktyki rozległej na prowincyi (przeważnie na bryecze) potrafią podkopać najlepsze zdrowie, zwłaszcza jeżeli lekarz z poświęceniem pełni swe obowiązki, mało myśląc o sobie a bardziej o swoich chorych, jak to właśnie czynił ś. p. Surzycki. Dodajmy różne przeciwieństwa w życiu, a pojmiemy, że zmarły podczas ostatnich lat swego życia nie był homo integer. Wszakże jeżeli z powodu nadwątłego zdrowia stosunkowo często musiał zaniechać zajęć, nie trwało to długo, gdyż po paru dniach znów dni i noce chorym poświęcał. Raz na parę lat jeździł za granicę, dawniej do Krynicy, później do Karlsbad i Franzensbad i do St. Moritz. Głównym objawem była anaemia, wszakże niezbyt posunięta; zapewne w małym stopniu istniał i niezbyt przewlekły żołądka. Czy cukier, który podobno zmarły przed 5-ciu laty pierwszy zauważył w swoim moczu, a przed rokiem kolega Glogowski powtórnie stwierdził (mocz sztucznie podczas ostatniej choroby wypuszczony okazał kol. Glogowskiemu znaczną zawartość cukru) rzuca właściwe światło na stan poprzedzający ostatnią chorobę—wątpię, bowiem pomijając, że podobne badanie moczu nie wiele razy było skuteczne i tylko wykazywało ślady cukru, a przynajmniej zbyt niski stosunek procentowy cukru w moczu, przez te lat 5 ś. p. S. nie przedstawiał żadnego z objawów to-

warzyszających cukromoczowi, jak powiększone pragnienie, zwiększony apetyt, obfitsze wydzielanie moczu lub rażące wychudnięcie, upadek sił znaczny. Skutkiem niedokrewności, a o ile takowa mogła być następstwem nieżytu żołądka, również skutkiem tegoż ś. p. S. okazywał pewną drażliwość nerwową, miał dawniej migrenę, do końca zaś od czasu do czasu bóle w kończynach dolnych, które nagle się zjawiały i również nagle znikały. W ciągu ostatniego roku wystąpiły jeszcze dwa objawy. Zeszłej zimy, wracając ze wsi do domu, będąc zgrzanym zdjął futrzaną czapkę, skutkiem czego nastąpił długo trwający reumatyzm głowy w galea aponeurotica i w okostnej umiejscowiony. Ciepłe przez dłuższy czas zachowywanie łagodziło ból, który się zwiększał przy marszczeniu skóry głowy lub przesuwaniu jej ręką, również podczas kaszlu etc. nawet gdy chodził po nierównym bruku. Jeszcze podczas trwania tego bólu zaczął doznawać zawrotów głowy, zwłaszcza gdy chciał w górę spojrzeć nagle, lub się podnieść. Wszakże ból głowy i zawroty, które ostatnie uważać należy za objaw niedokrewności (mniej prawdopodobnie jako *vertige stomacale*) nie tylko po pewnym czasie całkiem znikły, lecz co poświadcza, że powyższe tłumaczenie wspomnianych objawów było uzasadnione, ś. p. S. jak przed, tak i potem zachował siły umysłowe niezachwiane, właściwe mu usposobienie nacechowane łagodnością i wesołą dobroduszością, równie jak i wytrzymałość fizyczną w zwykłym stopniu. Niedawno np. wrócił z paru tygodniowego pobytu w Warszawie i do 8 b. m. włącznie znowu jeździł, nocie przesiadywał u chorych, pieszo liczne odbywał wizyty. 6 wieczorem dłuższy czas byłem u niego, nie zauważyłem jednak jakiejś zmiany w jego zdrowiu, ani też on sam na cokolwiek się przedemną użalał. Obok powyżej wyłuszczonego mniejszego znaczenia być może, że np. brat ś. p. S. obecnie wspomina, że podczas ostatniego pobytu w Warszawie wskazywał na głowę, mówiąc: „że ta coś jest,“ a większego zapewne, że w przeddzień śmierci znaczną przestrzeń odbył pieszo a szczególnie, że ostatnią wizytę odbył w mieszkaniu, gdzie zbyt było gorąco.

Sądzę, że anamneza ta naucza tylko, że osłabiony ustrój ś. p. S u r z y c k i e - go posiadał zmniejszoną odporność na działanie szkodliwych wpływów zewnętrznych, że prawdopodobnie nawet skutkiem zmian pozostałych po przebytych reumatyzmie, głowa stała się *locus minoris resistentiae*, przeważnie podlegająca powyższym wpływom.

Z drugiej strony nader ostry początek ostatniej choroby z silnem ziębieniem i znacznie podniesionem ciepłem dowodzi, że to była sprawa ostra, świeża, nie mająca nic wspólnego z poprzedzającym stanem, oprócz pewnego usposobienia, które ten stan wyrodził. Jednem słowem wszystko przemawia za tem, że to była *meningitis acutissima, idiopathica*, a nie dalszy ciąg lub ostre zakończenie sprawy przewlekłej w mózgu (jak np. ropnia mózgu etc). Wątpić też należy, czy w obec powyższych danych z anamnezy i z przebiegu choroby, wspomniona powyżej atrophja incipiens nerwu wzrokowego lewego jest w stanie zachwiać rozpoznanie ostrego zapalenia opon mózgowych. ■

Oddawszy nauce co do niej należy, niech mi wolno będzie ucześć kilku słowy pamięć zmarłego. Śmierć ustawicznie przerzedzająca szeregi naszych znajomych, nauczyła nas godzić się z tą twardą koniecznością, a jednak śmierć ś. p. S u r z y c k i e - go wprawiła nas w osłupienie; dotychczas jeszcze trudno nam uwierzyć, iż istotnie z pośród nas nazawsze zabranym został; czujemy, że powstałej w około nas próżni nawet kojący czas nie rychło wypełni! Bo też poznawszy jego dobre, uczciwe serce, jego zapał młodzieńczy dla wszystkiego, co piękne, wzniosłe i szlachetne, oddawna daliśmy mu miejsce w sercu naszym. Ileśmy razy go witali, ściskali jego przyjacielską dłoń, tyle razy składaliśmy hołd owym uszlachetniającym człowieka przymiotom, które ś. p. S u r z y c k i w takiej czystości posiadał. Mąż miłujący nadewszystko prawdę, mąż prawdziwego postępu, nie tylko w teoryi, lecz i w praktyce, nie tylko w słowie, ale i w czynie, lekarz z ojcowską troskliwością biorący do serca sprawę swych chorych, ś. p. S u r z y c k i musiał w wysokim stopniu pozyskać powszechne zaufanie i miłość. Taki to mąż licznój, ubóstwiającej go rodzinie, uwielbiającemu go społeczeństwu w sile wieku przez nieubłaganą śmierć wyrwanym został!

Pokój jego ceniom! cześć jego pamięci!

Dr B. Tetz.

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) ciągle 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, rozpada 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, rozesłany 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 pocztę 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 Św. Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

Dr. Ig. Baranowski