

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TRESC: O guzie białym stawów; Prof. Girsztowt. (Ciąg dalszy).—Kronika Zagraniczna: Przegląd literatury chirurgicznej angielskiej Dr. Wł. Stankiewicz.—Śmiertelność w stosunku do urodzin i ludności m. Warszawy w r. 1863, 1864, 1865.—Statystyka śmiertelności po wielkich operacjach, Wiadomości bieżące. Z Lublina. — Wypadek samnambulizmu;— Śmierć przez potłuczenie; — przez otrucie.—Przepisy egzaminacyjne Szkoły Głównej Warszawskiej.

O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcya Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie narody stojące na czele ruchu naukowego wielkie położyły zasługi w patologii stawów; Anglicy i Niemcy stworzyli i wydoskonali anatomię patologiczną tych chorób, Francuzom zawdzięczamy wiele pod względem ich leczenia. Pomiedzy Anglikami pierwsze zajmuje miejsce Brodie, który w r. 1818 wydał wyczerpujące o chorobach kości dzieło: *Pathological and surgical Observations on diseases of the joints*. (London); za nim poszli Scott (1828), Key (1833), B. Cooper (1848), Bryant (1859), R. Barwell, dzieło którego „*A treatise on diseases of the joints*.” 1861. London, pozyskało zasłużone uznanie. We Francji Bonnet (de Lyon) zaczynając od r. 1837, w ciągu 20 lat wciąż pracował nad chorobami stawów i prócz rozpraw w czasopismach lekarskich zamieszczanych wydał trzy dzieła o chorobach stawów: 1) *Traité des maladies des articulations* (2 tomy, Paris. 1845); 2) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* (1853. Paris); 3) *Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires* (1860. Paris). W szczególności zaś o białym guzie stawów pisali we Francji: Cruveilhier, Lisfranc, Velpeau, Richet, Malgaigne, Nélaton, Crocq. W Niemczech w r. 1817 Rust wydał dzieło o chorobach stawów (*Arthrokakologie*. Wien), którego wpływ w ciągu lat kilkunastu był przeważny pomiędzy jego ziomekami; wypowiedział w niem, że biały guz stawów najczęściej się zaczyna od osteitis articularis i caries centralis i był gorliwym zwo-

lennikiem użycia żegadła (*fer. candens*) przy leczeniu tego cierpienia; następnie pisali o białym guzie Jaeger, Bühring, Rüttel, Brunnerstaedt, Balassa, Busch, Wernher, Gurlt, Billroht, Weber, Volkmann, Esmarch.

Ta okoliczność, że tumor albus najczęściej bywa u dzieci przeważnie w stawie biodrowym, i że z tego względu największa część poszukiwań była poświęcona temu stawowi, była powodem, że badacze wszystkich prawie krajów, i to aż do ostatnich czasów, cierpieniu temu, wychodząc ze starych ontologicznych pojęć, przyznawali pewne, odrębne, jemu tylko właściwe przymioty, których choroby tegoż rodzaju innych stawów mieć nie mogą; ztąd to „*morbus coxarius, czyli morbus articularis*“, jako choroba *sui generis*, jako miejscowe wyrażenie ogólnych cierpień, tylko wiekowi dziecinnemu właściwa, wciąż się jeszcze opisuje.

Przeciw temu niezgodnemu z rzeczywistością pojęciu wystąpił jeszcze w r. 1837 Gädechens, a w latach 1841 i 1846 Roser, którzy dowiedli, że zmiany anatomiczne we wszystkich stawach są jednej natury, że rozwój i przebieg choroby we wszystkich stawach jest do siebie podobny, że względna częstość choroby zależy od ważności czynności stawu w naszym ustroju, że leczenie białego guza w każdym stawie opiera się na tychże samych podstawach, przez co studia nad tą chorobą znakomicie uprościli.

Zamykając pobieżny ten pogląd na dzieje białego guza stawów, nie mogę nie wspomnieć o nowém dziele Martin'a i Collineau: *De la coxalgie, de sa nature et de son traitement* (Paris. 1865), które uwieńczone zostało przez Akademią umiejętności w Paryżu nagrodą Montyon'a. Dzieło to, które powinny być wyrazem obecnego stanu nauki o chorobie w mowie będącej, pomimo zalet, nie wyczerpuje przedmiotu, anatomią zaś patologiczną téj choroby zostawia prawie zupełnie nietkniętą; kiedy tymczasem znajomość zmian anatomicznych w każdej z tkanek chorobą zajętych i umiejętność zastosowania ich do tłumaczenia objawów klinicznych cierpienia i ugruntowania na nich całego postępowania chirurgicznego przy łożu chorego, stanowi właśnie jądro postępu w nauce o białym guzie.

Przejdźmy do wykładu nauki o białym guzie w obecnym jej stanie. Określając to cierpienie powiedzieliśmy, że siedliskiem jego są wszystkie części staw tworzące i naokoło stawu leżące; zaznaczmy jednak na samym wstępie, że udział ich w téj sprawie chorobowej nie jest jednostajny; niektóre bowiem tkanki prawie zawsze służą za punkt

wyjścia (origo) cierpienia, inne zaś ulegają chorobie tylko następczo.

Stawy należą do organów w naszym ustroju najbardziej złożonych; do składu ich wchodzi tkanki różnej anatomicznej budowy i różne mające objawy żywotne. Składowe części stawu co do ważności udziału ich w sprawach chorobowych przedstawiają się nam w następnym porządku: 1) błona maziowa (m. *synovialis*), 2) chrząstki stawowe (*cartilaginee articulares*), 3) końce stawowe kości (*extremities articulares ossium*), 4) torebka stawowa (*capsula fibrosa*), 5) więzy pomocnicze czyli dodatkowe (*ligamenta auxiliaria v. accessoria*); mniejszego znaczenia pod względem patologicznym są 6) chrząstki międzystawowe (*cartilaginee interarticulares v. menisci*), 7) wargi stawowe (*labra glenoidea*). Ważny też przyjmują udział w tej chorobie, służąc jej nawet czasem za punkt wyjścia, 8) okostna (*periosteum*) i szpik (*medulla ossium*). Następczo zaś bywają wciągnięte w sprawę chorobową mięśnie, ścięgna, powięzie, tkanka łączna pomiędzy nimi się znajdującą, torebki śluzowe (*bursae mucosae*), pochwy śluzowe (*vaginae tendinum*), tkanka łączno-tłuszczowa podskórna i sama skóra. Części te po za obrębem torebki stawowej leżące, samodzielnie mogą uleść chronicznemu zapaleniu bez zajęcia jamy stawowej (*periarthritus v. tumor albus externus*), albo być następstwem, lub też współcześnie rozwinąć się z zapaleniem części w jamie stawowej zawartych.

Chociaż zapalenie chroniczne we wszystkich połączeniach kości, ruchomych lub nieruchomych, jeżeli tylko pomiędzy brzegami ich są chrząstki (*synchondroses*), a nawet w połączeniach więzowych (*syndesmosis*), otrzymuje nazwę białego guza, jednakowoż wyrazem tym oznaczają zwykle zapalenie połączeń ruchomych czyli stawów bez względu na stopnie ruchów przez nie wykonywanych; my też kreśląc ogólny obraz tego cierpienia, opis nasz stosować będziemy do stawów kończyn.

Wierni przyjętemu przez nas porządkowi w wykładzie, skoro zrobiliśmy już określenie choroby, poznaliśmy różne nazwy oraz jej dzieje, rozbierzmy teraz nasamprzód zmiany anatomiczno-patologiczne w chorym stawie, a następnie poznamy rozwój i przebieg choroby z jej objawami, przyczyny i leczenie.

Najczęstszym punktem wyjścia choroby są: błona maziowa i końce kości; przytém współcześnie lub następczo ulegają cierpieniu i chrząstki stawowe.

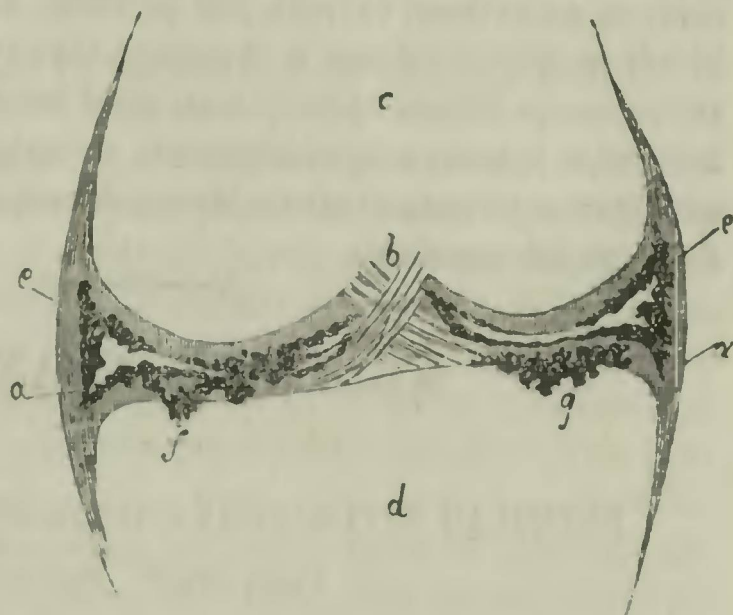
Błona maziowa (m. *synovialis*) jest błona surowicza, chociaż różni się od błon tego rodzaju własnością swoich wydzielin (*synovia*)

i t \acute{e} m, że nie tworzy zamkniętego worka, w którym możnaby rozróżnić dwie błony wewnętrzną i zewnętrzną; powleka ona wewnętrzną powierzchnię włóknist \acute{e} j torebki stawow \acute{e} j; wysłana jest nabłonkiem (Pflasterepithelium), bogata w nerwy i naczynia, w które szczególniej obfitują kosmkowate j \acute{e} j przedłużenia (villi synoviales). W wielu stawach na miejscu przyczepu błony włóknist \acute{e} j do kości, błona maziowa tworzy fałdy czyli marszczki (duplicaturae, plicae adiposae, glandulae Haversianae, s. ligamenta mucosa), obfitujące w tłuszcz.

Błona maziowa w sprawach chorobowych odgrywa w \acute{a} żną rol \acute{e} , mianowicie w białym guzie stawów. Zmiany anatomiczne przy ostr \acute{e} m j \acute{e} j zapaleniu surowicz \acute{e} m lub ropiast \acute{e} m (synovitis acuta serosa et purulenta) charakteryzujące si \acute{e} przekrwieniem błony, gwałtown \acute{e} m bujaniem j \acute{e} j kom \acute{o} rek z utworzeniem ropy w jamie stawow \acute{e} j, poznaliśmy na inn \acute{e} m miejscu, jak równie \acute{z} i wodną puchlin \acute{e} stawów (hydrops articuli chronicus), który do białego guza stawów prawie nigdy nie prowadzi. Przy białym guzie stawu pi \acute{e} rwsze zmiany postrzegamy w nabłonku, w tkance łączn \acute{e} j i w naczyniach błony maziow \acute{e} j. Ciałka tkanki łączn \acute{e} j błony maziow \acute{e} j s \acute{a} punktem wyjścia zmian patologicznych; ciałka te powiększają si \acute{e} w sw \acute{e} j obj \acute{e} tości, m \acute{e} tnieją; następuje podział ich j \acute{a} der (nucleatio), a nast \acute{e} pnie i kom \acute{o} rek (cellulatio); przez to powstają całe gromady okrągłych młodych kom \acute{o} rek, któremi nasiana jest cała błona maziowa (infiltratio plastica), a obok tego substancja zasadnicza traci włókienkowate swe wejrzenie, staje si \acute{e} drobnoziarnist \acute{a} , mi \acute{e} kka, śluzow \acute{a} ; bujanie to kom \acute{o} rek postępuje wci \acute{a} ż dalej, przez co błona maziowa traci uprzedni \acute{a} sw \acute{a} budow \acute{e} , staje si \acute{e} jednolit \acute{a} , a przy ci \acute{a} gl \acute{e} m rozszerzaniu si \acute{e} , przedłużaniu i pomnażaniu si \acute{e} j \acute{e} j naczyń (vascularisatio) przeistacza si \acute{e} ona na ziarnin \acute{e} (tela granulationis), która pod form \acute{a} g \acute{a} bczastych wyrośli (fungositates) w \acute{z} łabia si \acute{e} do jamy stawow \acute{e} j. Obok tego w kom \acute{o} rkach nabłonkowych następuje t \acute{e} ż podział j \acute{a} der, w skutku czego powstają nowe kom \acute{o} rki, z których jedne odpadają od powierzchni do próżni stawu mieszając si \acute{e} cum synovia, inne zaś pozostają na miejscu i zlewają si \acute{e} z kom \acute{o} rkami błony maziow \acute{e} j bujając \acute{e} j. Przerost i rozrost ten tkanki łączn \acute{e} j (luxuries cellularum) przedewszystkiem rozwija si \acute{e} na kosmkowatych przedłużeniach (villi) i fałdach błony maziow \acute{e} j (glandulae Haversianae), które tak co do długości, jak grubości przybierają nadzwyczajne rozmiary, i zapełniając sob \acute{a} jamy stawowe stają si \acute{e} powodem do zniszczenia tkanek do nich przylegających. Ziarnina (granulationes) st \acute{o} sownie do ilośc*i* rozwini \acute{e} t*ych* w ni \acute{e} j naczyń przybiera rozmaite wejrzenia; raz wygl \acute{a} da jak massa czerwona, mi \acute{e} sista,

gąbczasta, na dotykanie miękka jak aksamit, soczysta, szerząca się na chrząstki i torebkę stawową; w innych razach ma kolor żółty, sadelkowaty, przechodzi w stłuszczenie i rozpad, albo też wygląda blado jakby naciekła (oedema). Przy objawach przekrwienia (hyperaemia) i bujania (hyperplasia), w skutku których rozwija się ocieklina (infiltratio serosa) i pomnożenie elementów komórkowych (infiltratio plastica), występuje na błonie maziowej ropienie, które jednak nigdy nie jest tak obfite, jak przy zapaleniu ostrym błony maziowej (catarrhus purulentus articularum). Źródłem dla powstania ropy są komórki nabłonka i tkanki łącznej błony maziowej; ropa ta w części nasiąka błonę (infiltratio purulenta), w części zaś zbiera się na jej powierzchni i miesza się z mazią stawową, od czego ona robi się mętną, podobną do mieszaniny ropy ze szluzem; są jednak wypadki, gdzie ropa zupełnie się nie rozwija (synovitis fungosa sicca). Budowę ziarniny (fungositates) znamy z nauki

o ranach i wrzodach gąbczastych, przypominamy obecnie tylko, że ona składa się z nowo utworzonych naczyń i komórek tkanki łącznej; dla uwydatnienia zaś stosunków zmienionej błony maziowej przy chronicznym jej zapaleniu (synovitis fungosa, granulans) do części przylegających, przed-



stawimy (podług Billrotha) staw kolanowy w przecięciu; dołączony rysunek (fig. 1.) wykazuje nie tylko rozciągłość przeistoczenia błony maziowej, ale zarazem i zniszczenie w sąsiednich częściach przez nią wywołane; *c* wyobraża femur, *d* tibiam, *a, a*, capsulam fibrosam, *b* ligamenta cruciata, *e, e*, membranam synovialem fungosam, która przy *f* zniszczyła już chrząstkę i zagłębia się w kość. Ziarnina w rozwoju swoim dosięga częstokroć takich rozmiarów, że wypełnia sobą jamy stawowe i spowodowawszy zniszczenie okrażających części wydaje się na zewnątrz pod formą grzyba (fungus), gąbki. To właśnie gąbczaste przeistoczenie błony maziowej jest charakterystyczną cechą guza białego stawów. Ta nowo utworzona tkanka (ziarnina), wywołując zaburzenia w czynnościach stawu, długie lata pozostawać może in statu

quo bez żadnej zmiany; albo, po zniszczeniu chrząstek stawowych, lub torebki stawowej, zlewa się z podobną tkanką z końców stawowych kości, lub z tkanki łącznej pozastawowej biorącą początek; lub też ulega włóknistemu przeistoczeniu (*degeneratio fibrosa*) i staje się powodem tak zwaną rzekomą sztywności stawów (*ankylosis fibrosa*); w innych razach przechodzi w stłuszczenie lub w rozpad, wywołując spoczenie (*sepsis*) stawu ostre, albo małemi częstkami przechodząc w zgorzel bywa zawiązkiem tak zwanych ruchomych ciałek stawów (*corpuscula mobilia*); albo nareszcie, co rzadko się zdarza, ulega zwapnieniu i skostnieniu, i w takim razie wywołuje prawdziwą sztywność stawu (*ankylosis vera, completa, ossea*).

Co się tyczy zmian mazi stawowej (*synovia*), wiemy tylko, że ona znakomicie zmniejsza się w swojej ilości; co do składu chemicznego tego płynu nic z pewnością nie wiemy, bo badania uczonych wręcz sobie są przeciwne; to tylko jest pewnem, że teoria chemiczna, podług której wszystkie zmiany w tkankach stawowych przy guzie białym od zmienionego składu chemicznego mazi zależeć miały, niema podstawy; zamieniła ją teoria morfologiczna, czerpiąca źródło zbroceń ze zmienionego odżywiania (*nutritio laesa*) tkanek stawowych w skutku chronicznego ich zapalenia. (*D. c. n.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ ANGIELSKIEJ.

Przez Dra *W. Stankiewicza*.

Lekarskie angielskie piśmiennictwo o tyle tylko jest nam znane, o ile pisma francuzkie lub niemieckie podają w przekładzie celniejsze jego utwory; a jednak medycyna angielska, której genialni przedstawiciele zapełniają karty dziejów nauki lekarskiej, strzeże i dziś usilnie swego naukowego posłannictwa, przodkując wespół z francuzką i niemiecką postępowi naszej wiedzy. Jeśli teoria medycyny stoi dziś na najwyższym szczeblu w Niemczech, jej sztuka we Francyi, to medycyna angielska nie tracąc nic ze swój samodzielności, łączy umiejętnie obadwa te kierunki, wyciągając z nich możliwą praktyczną korzyść. Ta to dążność praktyczna, cechująca prace Anglików przedsiębrane na naukowem jak i na każdym innem polu, słuszną zyskała uznanie w najbardziej ucywilizowanych krajach, a najznakomitsze powagi lekarskie tak w dawnych jak i obecnych czasach, wydoskonalenie swe

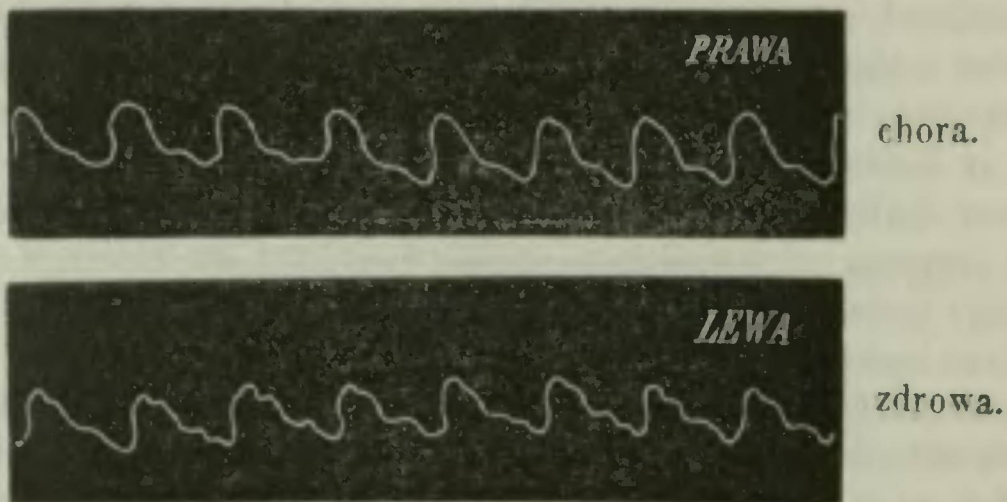
w znacznej części medycynie angielskiej zawdzięczają. Chirurgia angielska podziela dziś wspólnie z francuską palmę pierwszeństwa; pomysłowością zaś swoją i śmiałością dokonywanych operacji, niewątpliwie przewyższa ją w niektórych razach. Zbytecznym więc byłoby rozwodzić się nad wykazaniem ważności poznania przynajmniej głównych jej zarysów; korzyść dającą się osiągnąć na tej drodze, każdy lekarz dobrze pojmuje. W tym przekonaniu podjęliśmy się dawać periodyczne sprawozdania z ruchu angielskiej literatury chirurgicznej, pochlebając sobie, iż chętną pracą przyczynimy się do zwiększenia interesu naukowego w obecnym piśmie. Usilnym naszym staraniem będzie dać wierny obraz rozpraw ożywiających posiedzenia uczonych ciał lekarskich, jak również sprawozdania z prac, które cechując się oryginalnością myśli, głębokim poglądem lub trafnością zastosowania, służą do uwydatnienia postępu w teorii i praktyce chirurgicznej.

Zastosowanie sfigmografu do rozpoznania siedliska tętniaków.

Znanym jest z Fizjologii użycie sfigmografu do przedstawienia graficznego fali tętnicznej, dającej nam obraz działania serca na poruszanie krwi w organizmie; w ostatnich latach umiano w Anglii skorzystać z tego narzędzia w celu dyagnostycznym. Dla łatwiejszego zrozumienia w jaki sposób osiągnięciem to zostaje, przypomnijmy sobie, iż każda skończona fala tętnicza przedstawia na rysunku trzy główne chwile: *a)* chwilę wznoszenia się, wyobrażoną przez linię prostą i pionową, odpowiadającą przyplwowi krwi do tętnicy w czasie skurczu serca; *b)* chwilę utrzymania się fali na szczycie, gdzie ciśnienie krwi boczne równoważy się ze sprężystością ścian tętnicy, i *c)* chwilę spadku fali wyobrażoną przez linię ukośną i nierówną, podczas odpływu krwi do naczyń włoskowatych. Otóż zmiana pojedynczych części fali na rysunku, może nam dać w pewnych razach ważne wskazówki co do stanu tętnicy powyżej punktu badanego przez sfigmograf. Jeśli na przebiegu tętnicy znajduje się tętniak, wówczas rysunek fali otrzymanej z tętnicy chorój, pokaże nam znaczną różnicę w porównaniu z falą tętnicy jednoimienną strony przeciwnej, będącej w stanie prawidłowym. Różnica polega na tym, że fala tętnicy chorój tracąc charakter ostry, kątowaty, staje się więcej równą i zaokrągloną; przy tętniakach położonych w bliskości serca na wielkich naczyniach, w których prąd krwi zanim dojdzie do kończyn, rozdziela się na liczne boczne gałęzie, różnica ta będzie zaledwie dostrzegalną; przeciwnie zaś, skoro tętniak znajduje się w bliskości sfigmografu, fala przybie-

ra kształt łukowaty, a nawet zamienia się w linię falistą, jak tego załączony poniżej rysunek dowodzi. Skrócony opis następnych dwóch wypadków najlepiej nam wykaże praktyczne znaczenie rzeczonyj metody:

Do kliniki prof. W. Fergusson'a w King's College hospital w Londynie przybył majtek, u którego w skutek upadku i złamania obojczyka przed rokiem, rozwinął się na szyi guz pulsujący. Guz ten, posiadający wszelkie objawy tętniaka, zajmował całą okolicę nadobojczykową prawą, od stawu mostko-obojczykowego aż do wyrostka barkowego, naciskiem swym sprawiał nabrzmienie części okolicznych i przykre bole w ręce prawej. Ze względu na leczenie, szło o ścisłe oznaczenie siedliska tętniaka; lecz tu właśnie zdania były podzielone. Powstanie traumatyczne i położenie tętniaka przemawiało za rozwinięciem się takowego z tętnicy podobojczykowej; prof. Fergusson jednak był zdania, iż punktem wyjścia tegoż jest tętnica bezimienna lub sam łuk aorty, a dla upewnienia się w tej mierze użył sfigmografu Dra Marey'a, który po zastosowaniu go przez Dra Anstie na tętnice sprychowe obu rąk, dał następny rysunek:

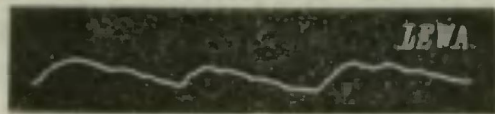


Różnica w rysunku obu fal jest widoczną; na zasadzie jednak poprzednich doświadczeń przekonano się, iż tętniak rozwinięty na tętnicy podobojczykowej, nierównie mocniej wpływa na zmianę kształtu ogólnego fali, że zatem w obecnym wypadku musi być bliżej serca położony, najprawdopodobniej na przebiegu tętnicy bezimiennój. Chory umarł w kilka dni potem skutkiem pęknięcia worka, a przy badaniu okazało się: iż tętniak, do utworzenia ścian którego składały się niemal wszystkie warstwy i organa okoliczne, łączył się za pomocą otworu szerokości palca wskazującego ze światłem tętnicy bezimiennój tuż przy jej odejściu z łuku aorty (The Lancet s. 65).

W drugim wypadku opisanym przez Dra Lynch, mężczyzna lat 42, upadłszy z wozu przed dwoma i pół laty doznał silnego stłuczenia barku prawego i od téj chwili zaczął narzekać na ciągły ból i drętwienie w okolicach barku i łopatki. Wkrótce ukazał się pod pachą guz pulsujący, który powoli zwiększając się wypełnił cały przegub pachowy, a silne bole i drętwienie rozciągające się od łokcia aż do palców, zniewoliły chorego do szukania pomocy lekarskiej. Dr Haynes Walton chirurg St Mary's hospital uznawszy, iż guz rzeczony był tętniakiem, powstałym z tętnicy pachowej, radził choremu podwiązanie tętnicy podobojczykowej, na co tenże nie zgodził się i opuścił szpital. Dr Lynch korzystając ze sposobności zastosował sfigmograf do tętnic sprychowych obu rąk i otrzymał niniejszy rysunek:



(chora).



(zdrowa).

W tym razie widzimy w kształcie fal różnicę uderzającą; fala tętnicy chorój ulega zupełnej zmianie, krzywizny zaś jej są tak słabe, iż pra-

wie kształt linii falistej przybiera (Tamże s. 176).

Przekonywamy się z powyższych przykładów, iż zastosowanie sfigmografu ogranicza się dotąd do oznaczenia siedliska tętniaków rozwiniętych na naczyniach rozgałęziających się w kończynach górnych; dalsze jednak prace niewątpliwie rozszerzą ten zakres i do innych okolic ciała, a Dr Anstie, zajmujący się szczególnie tym przedmiotem, zapowiada ogłoszenie ciekawych spostrzeżeń dokonanych za pomocą tego przyrządu w chorobach ostrych.

W sprawozdaniu Dra Bryant mamy opis treściwy 4-ch wypitowań wykonanych u osób różnego wieku, z powodu długotrwałego cierpienia końców stawowych kości. Znajdujemy tu wypitowania główki kości ramieniowej, główki kości udowej, stawu łokciowego i barkowego. We wszystkich tych wypadkach badano operowanych najmniej w lat dwa po wykonaniu operacji; stan zdrowia ich był zupełnie zadowalniający, a użyteczność zachowanych członków pozwalała im pracować na zaspokojenie potrzeb swego utrzymania. Na szczególną uwagę zasługuje wypitowanie główki kości udowej, wykonane przez p. Bryant w 1861 r. u pięcioletniego chłopczyka, z powodu obszerne-
go cierpienia (zapewne skrofulicznego) kości i zniszczenia stawu biodrowego. Obecnie chłopczyk ten chodzi i biega z łatwością, może stać wygodnie na operowanej kończynie, podnosi ją równie wysoko jak

zdrową i wykonywa wszystkie ruchy obrotowe. Skrócenie wynosi 2 cale, lecz odpowiednia wysokość podeszwy obuwia zapobiega zupełnie téj niedogodności.

Leczenie Elephantiasis cruris przez podwiązanie głównej tętnicy kończyny dolnej.

Przykra ta i długotrwała choroba, pociągająca za sobą niemożność dalszego użycia kończyny dolnej, jest tém dotkliwszą, iż trafia się najczęściej pomiędzy ludnością biedną, narażając chorych na utratę możności zarobkowania. Dla lekarza jest ona równie niewdzięczną, gdyż opierając się wszelkim dotąd używanym środkom, stawia go w konieczności odjęcia chorego członka, aby tym sposobem uwolnić chorych od przykrego ciężaru, jaki przykuwa ich do łoża niemocy.

Obok niepodobnego ruchu w skutek ogromnego rozrostu członka, cierpią jeszcze chorzy z powodu licznych wrzodów, których wydzielinę zjadliwe drażniąc okoliczną skórę, potęgują niejako chorobliwy przerost téj tkanki. Bezowocność użytych przeciwko téj chorobie środków, natchnęła lekarza amerykańskiego Carnochan myślą podwiązania głównej tętnicy kończyny, w celu leczenia radykalnego, i w New York Journal of Medicine z r. 1852, ogłosił pięć wypadków rzezonéj choroby, które tym sposobem zostały z najlepszym skutkiem uleczone. W parę lat później Dr Statham w Londynie naśladowując ten przykład, podwiązał tętnicę goleniową przednią z powodu przerostu części miękkich stopy połączonego z przewlekłym obrzmieniem. Zmniejszenie stopy nastąpiło szybko i chory opuścił szpital, lecz o następnym jego stanie nie ma wzmianki. Dr Butcher w niedawno przez siebie wydanej Chirurgii operacyjnej, przytacza wypadek podwiązania tętnicy udowej z powodu Elephantiasis cruris, trwającej od lat 18-stu. W sześć miesięcy po operacji chora chodziła z łatwością, a następnie w zupełnym zdrowiu zajmowała się ciężką pracą. W ostatnich czasach zwrócono znów w Anglii uwagę na tę operację, o wykonaniu której znajdujemy opisy dwóch wypadków następujących:

Kobieta 25 letnia dotkniętą została rzezoném cierpieniem lewéj nogi, przed ośmiu laty. Zgrubienie nogi stale powiększało się od kostek do kolana, a przed 4-ma laty z otwartego nagle ropnia wypłynęła znaczna ilość płynu ropiastego. Leżenie kilkomiesięczne w łóżku doprowadziło nogę chorą prawie do wymiarów normalnych, lecz wkrótce po opuszczeniu łóżka stan dawny powrócił i pomimo spożyciu kilkotygodniowego nie znaleziono żadnej poprawy. Wyczer-

pawszy wszelkie znane środki, Dr Bryant uciekł się do podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, z powodu, iż cała część dolna uda także w cierpieniu wzięła udział. Rana po podwiązaniu nie przedstawiała żadnych niebezpiecznych przypadłości, a po odejściu nitki, szybko się zagoiła. We dwa tygodnie po podwiązaniu obwód łydki zmniejszył się o 2 $\frac{1}{2}$, a kolana o 2 cale; w końcu zaś drugiego miesiąca obwód łydki zmniejszył się o 5 cali, a skóra stała się miękką i przesuwalną. Chorąg dozwolono wstawać, lecz z powodu wracającego jeszcze obrzmienia zmuszoną była pozostać w łóżku. W trzy miesiące po operacyi (w chwili ogłoszenia niniejszego artykułu) obwód kolan obu dwu kończyn był jednakowy, łydki zaś chorąg był większy tylko o 1 $\frac{1}{2}$ cala; chora jednak pozostawała nadal w szpitalu, a o użyteczności operowanego członka artykuł nie wspomina. (The Lancet s. 146).

W drugim wypadku mężczyzna w wieku lat 33, silnej budowy, cierpiał od lat 10 Elephantiasis lewóg goleni połączoną z obszernymi owrzodzeniami i spękaniem skóry, które zmuszały go kilkakrotnie do leczenia się w szpitalu przez czas mniej lub więcej długi. Wreszcie zwiększający się ciężar członka i ból skutkiem powstałych owrzodzeń, zmusiły go do zaniechania swych zajęć i szukania trwałóg ulgi w szpitalu. Skóra goleni była nadzwyczaj zgrubiała, twarda i zlna z głębszymi warstwami. Dr Alcock używał nacisku, bandażowania plastrem lepkiem, wcierań jodowych; lecz gdy wszystkie te środki pozostały bez skutku, podwizał tętnicę udową w jég części środkowóg. Operacya nie miała żadnych niezwykłych następstw; stan ogólny chorego był zadowalniający, temperatura niższa w kończynie choróg po operacyi, w kilku dniach zrównała się zupełnie z ciepłem nogi zdrowóg i rana wkrótce zagoiła się. Dziewiątego dnia po operacyi obwód goleni na wysokości guza kości goleniowóg i łydki zmniejszył się o jeden cal przeszło; oczyszczenie się zaś brudnóg powierzchni wrzodu i pokrycie jég różowemi ziarnistościami wskazało korzystną zmianę, jaka nastąpiła w warunkach odżywiania członka. Na tém kończy się sprawozdanie. (Tamże s. 314).

Jako środek bardzo skuteczny do gojenia owrzodzeń i spękania skóry przy Elephantiasis, zwłaszcza jeśli takowe połączone są z obfitym gryzącym odpływem, Dr Holmes zaleca opatrywanie kończyny lekkim roztworem sublimatu.

Opis powyższych dwóch wypadków daje nam tylko miarę szybkości, z jaką polepsza się w mowie będąca choroba; lecz nie możemy z nich mieć pojęcia o trwałości jég uleczenia, ani nie znajdujemy tłumaczenia, co do sposobu jég działania na zmienione chorobliwie tka-

niny. Czy zmniejszony chwilowo przyływ krwi tętniczéj do tkanki w nieprawidłowym przeroście będącéj, jest głównym czynnikiem w zbawiennym jéj powrocie do stanu normalnego? Przypuszczenie to mimowoli się nasuwa, jakkolwiek nie jest tu miejsce do rozbioru, o ile może być prawdopodobném. Co zaś do wartości leczniczéj opisanéj metody, polegając na sprawozdaniu Drów Carnochan i Butcher, uważamy za stósowne zalecić zastosowanie jéj w tych wypadkach, gdzie inne środki nie przynosząc żadnéj poprawy, zmuszały chirurga do odjęcia chorego członka.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Podajemy tym razem cokolwiek obszerniejszy wykaz porównawczy śmiertelności w Warszawie, jako niezbędną podstawę do dalszych wykazów, odnoszących się do tego samego przedmiotu, lub téż zostających z nim w bezpośrednim związku. Wiadomo, iż przeciętna śmiertelności w daném miejscu jest ostatecznym wynikiem działania wszystkich czynników na zdrowie człowieka tejże miejscowości: czynników tak fizycznych, jako téż społecznych i umysłowych. Mając zamiar podawania w dalszym ciągu tego pisma naszych uwag nad stosunkami higienicznymi naszego kraju, o ile urzędowe statystyczne dane to umożliwią, przedewszystkiem zaś naszej stolicy, powyższy wykaz porównawczy śmiertelności Warszawy ma posłużyć niejako za wstęp do obszerniejszéj pracy: o śmiertelności w Warszawie i jéj przyczynach, którą wkrótce w gazecie umieścimy. Mamy nadzieję, iż po zebraniu odpowiednich urzędowych danych, będziemy w stanie dać pogląd w tenże sam sposób na stan i przyczyny śmiertelności całego kraju. Prof. Dr. Wisłocki.

Śmiertelność w m. Warszawie względnie do urodzin i ludności
w latach 1863, 1864, 1865.

Rok 1863.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	65,303	}	Razem 143,695.
„ kobiet	78,392		
Żydów mężczyzn	32,850	}	„ 67,701.
„ kobiet	34,851		
Ogółem			211,396.

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	3,850	}	Razem 7,487.
„ kobiet	3,637		
Żydów mężczyzn	1,279	}	„ 2,443.
„ kobiet	1,164		
Ogółem urodziło się			9,930.

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn	3,741	}	Razem	7,188.
„ kobiet	3,447			
Żydów mężczyzn	1,214	}	„	2,340.
„ kobiet	1,126			
Ogółem umarło				<u>9,528</u> , to jest po 45 z 1,000.

R o k 1864.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	63,176	}	Razem	150,130.
„ kobiet	80,954			
Żydów mężczyzn	35,798	}	„	72,776.
„ kobiet	36,978			
Ogółem ludności				<u>222,906.</u>

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	4,430	}	Razem	8,633.
„ kobiet	4,203			
Żydów mężczyzn	2,032	}	„	4,234.
„ kobiet	2,202			
Ogółem urodzonych				<u>12,867.</u>

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn	3,189	}	Razem	6,161.
„ kobiet	2,972			
Żydów mężczyzn	1,170	}	„	2,127.
„ kobiet	957			
Ogółem umarło				<u>8,288</u> , to jest po 39 z 1,000.

R o k 1865.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	77,677	}	Razem	166,293.
„ kobiet	88,616			
Żydów mężczyzn	37,888	}	„	77,219
„ kobiet	39,331			
Ogółem ludności				<u>243,512.</u>

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	5,012	}	Razem	9,013.
„ kobiet	4,001			
Żydów mężczyzn	1,520	}	„	2,967.
„ kobiet	1,447			
Ogółem urodzonych				<u>11,980.</u>

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn . . .	3,649	} Razem	6,883.
„ kobiet . . .	3,234		
Żydów mężczyzn	1,270	} „	2,305.
„ kobiet	1,035		
Ogółem umarło			<u>9,188</u> , to jest po 40 z 1,000.

Statystyka śmiertelności po wielkich operacjach wykonanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki w czasie ostatniej wojny.

przez Prof. Girsztowta.

Krwawa ostatnia wojna Amerykańska przedstawia obszerne pole do badań pod względem lekarskim. Zastrzegając sobie w przyszłych numerach „Gazety Lekarskiej” opisanie urzędzenia służby zdrowia w armii Stanów Zjednoczonych Ameryki, dzisiaj podamy tylko wykaz statystyczny śmiertelności w skutku wielkich operacyi, jaki spotykamy w Richmond medical Journal, za Styczeń 1866 r. Ogólna liczba wielkich operacyi, włączając w to odejmowanie członków (amputatio) i wyłuszczenia ich (exarticulatio), oraz wypilowania kości (resectio) wynosi 1,814, z których 632 skończyły się śmiercią operowanych, zatem stosunek śmiertelności jest 34 na 100. Wszystkie operacye co do czasu wykonania ich podzielone są na dwie kategorie, mianowicie na bezpośrednie czyli pierwotne (op. primariae) i następne czyli pośrednie (secundariae).

Amputacyą uda (femur) wykonano 507 razy: bezpośrednio 345; wyzdrowiało 213, umarło 132, czyli 38 na 100; następczo 162; wyzdrowiało 43, umarło 119, zatem 73 na 100.

Amputacyą goleni (crus) zrobiono 464 razy; bezpośrednio 314; wyzdrowiało 219, umarło 95; zatem 30 na 100; następczo—150; wyzdrowiało 76, umarło 74, zatem 49 na 100.

Amputacyą ramienia (humerus) robiono 434 razy: bezpośrednio 294; wyzdrowiało 252, umarło 42, zatem 14 na 100; następczo 140; wyzdrowiało 87, umarło 53, zatem 37 na 100.

Amputacyi przedramienia (antibrachium) było 114, bezpośrednio 69; wyzdr. 61, umarło 8, zatem 12 na 100; następczo 45; wyzdr. 35, umarło 10, zatem 22 na 100.

Wyłuszczeń stawów (exarticulatio) w ogóle zrobiono 135. W stawie barkowym (artic. humeri) bezpośrednio 79; wyzdrowiało 54, umarło 25, zatem 31 na 100; następczo 28; wyzdrowiało 8, umarło 20, zatem 71 na 100. W stawie łokciowym (art. cubiti) bezpośrednio 4; wyzdr. 3, umarło 1; następczo 3; wyzdrowiało 2, umarł 1. W stawie napięstkowym (art. carpi) bezpośrednio 7; wyzdr: 5, umarło 2. W stawie biodrowym (art. coxae) bezpośrednio 3; wyzdrowiał 1, umarło 2. W stawie kolanowym (art. genu) bezpośrednio 5; wyzdr. 2, umarło 3; następczo 6; umarło 6. W stawach stopy (art. pedis) wykonano operacye: Choparta, bezpośrednio 16; wyzdrowiało 13, umarło 3; następczo 8; wyzdr. 7, umarło 1. Symc'a:

bezpośrednio 2; wyzdr. 2; następczo 4; wyzdr. 4, chociaż po jednej w skutku zgorzeli płatu musiano zrobić odjęcie nogi w dolnej trzeciej części (*amputatio supramalleolaris*); Pirogowa: bezpośrednio 4; wyzdr. 2, umarło 2.

Wypilowań końców stawowych kości (*ressectio*) wykonano w ogóle 130; mianowicie: w stawie barkowym bezpośrednio 41; wyzdr. 28, umarło 13, zatem 27 na 100; następczo 26; wyzdr. 19, um. 7, zatem 21 na 100. W stawie łokciowym: bezpośrednio 25; wyzdr. 22, um. 3; następczo 29; wyzdr. 23, um. 6. W stawie ręki (*articulatio carpalis*): bezpośrednio 2, wyzdr. 2; następczo 1, wyzdr. 1. W stawie kolana bezpośrednio 2; umarło 2. W stawie biodrowym: następczo 2; wyzdr. 1, um. 1.

Cyfry te, dla uwydatnienia różnic, w jednym z przyszłych numerów *Gazety* zestawimy z rezultatami tychże operacji w wojnach Europejskich otrzymanymi.

Wiadomości bieżące.

Z Lublina. Zamierzone przez oddział chirurgii Tow. Lek. Warsz. utworzenie statystyki chorób chirurgicznych i spowodowanych przez nie operacyj, wciąż się uzupełnia. Ze sprawozdań nadsyłanych z prowincyi okazuje się, że większe miasta nasze posiadają zdolnych i zręcznych operatorów, będących na wysokości dzisiejszego stanu nauki. W tych dniach Dr. Śniadkowski (uczeń Warsz. Szkoły) nadesłał wykaz statystyczny chorób i operacyj przez siebie wykonanych w 4ch szpitalach lubelskich: ŚŚ. Wincentego a Paulo, Józefa, Jana Bożego i Starozakonnych od 1 października 1865 do 1 lipca b.r. Nateraz przytoczymy z wykazu główne tylko cyfry, szczegóły znajdują miejsce w ogólnej statystyce lekarskiej kraju. Ogólna liczba chorych chirurgicznych wynosi 200; operacyj na nich wykonano 119; główniejsze między niemi są: urethrotomia interna; tracheotomia (6 razy, 3 wyzdr. 3 um.); operacja przetoki pęcherzo-pochwowej; *exstirpatio bulbi oculi*; iridectomia, cataracta, *cheiloplastica*, *excisio linguae*, *amputatio femoris* (4 razy, wyzdr. 3). Opisanie bardziej nauuczających wypadków podamy w przyszłych numerach *Gazety Lekarskiej*.

Wypadek samnambulizmu. Koll. Belke, lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Łazarza, przesłał nam łaskawie krótki spis objawów lunatyzmu postrzeganych w ostatnim czasie na *Kamilli Wardzińskiej* lezonej w tymże szpitalu na wtórzną syfilis. Obszerną i dokładną historją téj choroby wraz z uwagami właściwemi przyrzeka autor nadesłać później; przed otrzymaniem więc przyrzeczonego artykułu, zamieszczamy dziś króciutką o tem wzmiankę.

K. W. 24 l. budowy dosyć wątłej, przedstawiająca obok symptomatów syfilitycznych także krostki swierzbowe, poddana właściwemu leczeniu (*Jodek rtęci*, metoda Hardego), usnąwszy wieczorem d. 27 Czerwca, poczęła zrazu mówić przez sen, potem śpiewać (pieśni kościelne łacińskie), następnie wyszedłszy z łóżka, przystąpiła do okna, wdrapała się nań i długo tak pozostawała wpatrując się z rodzajem zachwycenia w jasne światło księżyca w pełni świecącego; później odstąpiwszy od okna, jeła się robót posługaczki szpitalnej jako to: zamiatała, czyściła, słała łóżka ect., zwracając się od czasu do czasu do okna, a po dwugodzinném tem majaczeniu ułożywszy się spokojnie zasnęła. Nazajutrz W. czuła ból głowy, niesmak, brak apetytu, nie mając wszakże żadnej wiadomości o przeszłym stanie; zeznała jednak, że takie napady lunatyzmu pojawiają się u niej od 5 lat zawsze w czasie pełni księżyca, i równocześnie z czyszczeniami miesięcznymi.

Napady takie powtarzały się co noc do 5go lipca.

W chwili napadu, oczy były mocno zwarte; przy chodzeniu kierowała się zmysłem dotykania; za zbliżeniem do oczu świecy, powstawał rodzaj spazmu, przyczem chora rzucała się na wszystkie strony, uderzając sobą o najbliższe przedmioty; szczypanie, kłucie, przystawienie pod nos Ammonii, a nawet dotykanie ciała jój rozpaloném żelazem, nie wywoływało żadnego na chorą wpływu; tak samo bezskuteczném było wołanie, krzyk, i hałas wszelki; jedynie wymienienie jój imienia, przebudzało chorą ze snu i powracało zupełną przytomność. Oprócz autora tego doniesienia, obecni byli kilku tym napadom inni lekarze, a mianowicie PP. Drowie Podowski, Pawlikowski, Karwowski.

Rada szczegółowa szpitala Starozakonnych w dniu 15 b. m. doniosła, że Zelman Bitterfeld, cierpiący oddawna obłąkanie, w dniu owym został znalezionym na ulicy pod gmachem szpitalnym, mocno potłuczony. Prawdopodobnie udało się mu wymknąć się niespostrzeżenie z oddziału obłąkanych i wydostać się na dach, z którego spadł i potłukłszy się mocno, w parę godzin umarł.

W dniu 2 czerwca r. b. Pelagia Iwonicka, córka stolarza pod Nro 276 zamieszkałego, otruła się farbą zieloną, do kwiatów używaną. Rodzaj trucizny w tej farbie ukrytej oznaczyć będzie można dopiero po dopełnieniu rozbioru chemicznego. Jest to dowód nowy, jak ostrożnymi powinni być wszyscy rękodzielnicy mający do czynienia w swém zatrudnieniu z jakimikolwiek bądź substancjami, których skład jest im nieznany, mianowicie z farbami, zawierającymi w swym składzie często najzgubniejsze trucizny.

Wydział lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej. Pod d. 17 (29) maja b. r. zatwierdzone zostały przez Radę administracyjną Królestwa, w rozwinięciu ustawy o wychowaniu publiczném w Królestwie Polskiem z d. 20 maja 1862 r. „Przepisy egzaminacyjne”, na mocy których studenci szkoły głównej egzamina tak środkowe (po wysłuchaniu IIgo kursu) jako i ostateczne na stopnie naukowe, składać mają w końcu roku naukowego t. j. od 1go. do 15 lipca. Stósownie do tychże przepisów, w tym roku już wszystkie egzamina uskutecznione zostaną w terminie oznaczonym. Wykłady na wszystkich kursach wszystkich wydziałów Szkoły Głównej ukończyły się z końcem miesiąca czerwca.

Na wydziale lekarskim stanęło do egzaminu środkowego (philosophicum) studentów 35, do egzaminu ostatecznego na stopień lekarza kandydatów 11. Rada wydziału lekarskiego na posiedzeniu z dnia 28 czerwca, przyznała stopień lekarza: Rybickiemu Stanisławowi, Rzadkowskiemu Michałowi, Czajczyńskiemu Franciszkowi, Szancerowi Władysławowi, Stanczykiewiczowi Godzisławowi, Matuszkiewiczowi Izidorowi; — na témże posiedzeniu przyznany został stopień prowizora farmacyj: Stefańskiemu Karolowi, i Nerlewskiemu Władysławowi. W ubiegłym roku szkolnym uczęszczało na wydział lekarski Szkoły Głównej studentów 150, na kursa farmaceutyczne studentów 47. Ogółem: 197.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TRESC: O guzie białym stawów; Prof. Girsztowt. (Ciąg dalszy).—Kronika Zagraniczna: Przegląd literatury chirurgicznej angielskiej Dr. Wł. Stankiewicz.—Śmiertelność w stosunku do urodzin i ludności m. Warszawy w r. 1863, 1864, 1865.—Statystyka śmiertelności po wielkich operacjach, Wiadomości bieżące. Z Lublina. — Wypadek samnambulizmu;— Śmierć przez potłuczenie; — przez otrucie.—Przepisy egzaminacyjne Szkoły Głównej Warszawskiej.

O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcya Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie narody stojące na czele ruchu naukowego wielkie położyły zasługi w patologii stawów; Anglicy i Niemcy stworzyli i wydoskonali anatomię patologiczną tych chorób, Francuzom zawdzięczamy wiele pod względem ich leczenia. Pomiedzy Anglikami pierwsze zajmuje miejsce Brodie, który w r. 1818 wydał wyczerpujące o chorobach kości dzieło: *Pathological and surgical Observations on diseases of the joints*. (London); za nim poszli Scott (1828), Key (1833), B. Cooper (1848), Bryant (1859), R. Barwell, dzieło którego „*A treatise on diseases of the joints*.” 1861. London, pozyskało zasłużone uznanie. We Francji Bonnet (de Lyon) zaczynając od r. 1837, w ciągu 20 lat wciąż pracował nad chorobami stawów i prócz rozpraw w czasopismach lekarskich zamieszczanych wydał trzy dzieła o chorobach stawów: 1) *Traité des maladies des articulations* (2 tomy, Paris. 1845); 2) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* (1853. Paris); 3) *Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires* (1860. Paris). W szczególności zaś o białym guzie stawów pisali we Francji: Cruveilhier, Lisfranc, Velpeau, Richet, Malgaigne, Nélaton, Crocq. W Niemczech w r. 1817 Rust wydał dzieło o chorobach stawów (*Arthrokakologie*. Wien), którego wpływ w ciągu lat kilkunastu był przeważny pomiędzy jego ziomkami; wypowiedział w niem, że biały guz stawów najczęściej się zaczyna od osteitis articularis i caries centralis i był gorliwym zwo-

lennikiem użycia żegadła (*fer. candens*) przy leczeniu tego cierpienia; następnie pisali o białym guzie Jaeger, Bühring, Rüttel, Brunnerstaedt, Balassa, Busch, Wernher, Gurlt, Billroht, Weber, Volkmann, Esmarch.

Ta okoliczność, że tumor albus najczęściej bywa u dzieci przeważnie w stawie biodrowym, i że z tego względu największa część poszukiwań była poświęcona temu stawowi, była powodem, że badacze wszystkich prawie krajów, i to aż do ostatnich czasów, cierpieniu temu, wychodząc ze starych ontologicznych pojęć, przyznawali pewne, odrębne, jemu tylko właściwe przymioty, których choroby tegoż rodzaju innych stawów mieć nie mogą; ztąd to „*morbus coxarius, czyli morbus articularis*“, jako choroba *sui generis*, jako miejscowe wyrażenie ogólnych cierpień, tylko wiekowi dziecinnemu właściwa, wciąż się jeszcze opisuje.

Przeciw temu niezgodnemu z rzeczywistością pojęciu wystąpił jeszcze w r. 1837 Gädechens, a w latach 1841 i 1846 Roser, którzy dowiedli, że zmiany anatomiczne we wszystkich stawach są jednej natury, że rozwój i przebieg choroby we wszystkich stawach jest do siebie podobny, że względna częstość choroby zależy od ważności czynności stawu w naszym ustroju, że leczenie białego guza w każdym stawie opiera się na tychże samych podstawach, przez co studia nad tą chorobą znakomicie uprościli.

Zamykając pobieżny ten pogląd na dzieje białego guza stawów, nie mogę nie wspomnieć o nowém dziele Martin'a i Collineau: *De la coxalgie, de sa nature et de son traitement* (Paris. 1865), które uwieńczone zostało przez Akademią umiejętności w Paryżu nagrodą Montyon'a. Dzieło to, które powinny być wyrazem obecnego stanu nauki o chorobie w mowie będącej, pomimo zalet, nie wyczerpuje przedmiotu, anatomią zaś patologiczną téj choroby zostawia prawie zupełnie nietkniętą; kiedy tymczasem znajomość zmian anatomicznych w każdej z tkanek chorobą zajętych i umiejętność zastosowania ich do tłumaczenia objawów klinicznych cierpienia i ugruntowania na nich całego postępowania chirurgicznego przy łożu chorego, stanowi właśnie jądro postępu w nauce o białym guzie.

Przejdźmy do wykładu nauki o białym guzie w obecnym jej stanie. Określając to cierpienie powiedzieliśmy, że siedliskiem jego są wszystkie części staw tworzące i naokoło stawu leżące; zaznaczmy jednak na samym wstępie, że udział ich w téj sprawie chorobowej nie jest jednostajny; niektóre bowiem tkanki prawie zawsze służą za punkt

wyjścia (origo) cierpienia, inne zaś ulegają chorobie tylko następczo.

Stawy należą do organów w naszym ustroju najbardziej złożonych; do składu ich wchodzi tkanki różnej anatomicznej budowy i różne mające objawy żywotne. Składowe części stawu co do ważności udziału ich w sprawach chorobowych przedstawiają się nam w następnym porządku: 1) błona maziowa (m. *synovialis*), 2) chrząstki stawowe (*cartilaginee articulares*), 3) końce stawowe kości (*extremities articulares ossium*), 4) torebka stawowa (*capsula fibrosa*), 5) więzy pomocnicze czyli dodatkowe (*ligamenta auxiliaria v. accessoria*); mniejszego znaczenia pod względem patologicznym są 6) chrząstki międzystawowe (*cartilaginee interarticulares v. menisci*), 7) wargi stawowe (*labra glenoidea*). Ważny też przyjmują udział w tej chorobie, służąc jej nawet czasem za punkt wyjścia, 8) okostna (*periosteum*) i szpik (*medulla ossium*). Następczo zaś bywają wciągnięte w sprawę chorobową mięśnie, ścięgna, powięzie, tkanka łączna pomiędzy nimi się znajdująca, torebki śluzowe (*bursae mucosae*), pochwy śluzowe (*vaginae tendinum*), tkanka łączno-tłuszczowa podskórna i sama skóra. Części te po za obrębem torebki stawowej leżące, samodzielnie mogą uleść chronicznemu zapaleniu bez zajęcia jamy stawowej (*periarthritus v. tumor albus externus*), albo być następstwem, lub też współcześnie rozwinąć się z zapaleniem części w jamie stawowej zawartych.

Chociaż zapalenie chroniczne we wszystkich połączeniach kości, ruchomych lub nieruchomych, jeżeli tylko pomiędzy brzegami ich są chrząstki (*synchondroses*), a nawet w połączeniach więzowych (*syndesmosis*), otrzymuje nazwę białego guza, jednakowoż wyrazem tym oznaczają zwykle zapalenie połączeń ruchomych czyli stawów bez względu na stopnie ruchów przez nie wykonywanych; my też kreśląc ogólny obraz tego cierpienia, opis nasz stosować będziemy do stawów kończyn.

Wierni przyjętemu przez nas porządkowi w wykładzie, skoro zrobiliśmy już określenie choroby, poznaliśmy różne nazwy oraz jej dzieje, rozbierzmy teraz nasamprzód zmiany anatomiczno-patologiczne w chorym stawie, a następnie poznamy rozwój i przebieg choroby z jej objawami, przyczyny i leczenie.

Najczęstszym punktem wyjścia choroby są: błona maziowa i końce kości; przytém współcześnie lub następczo ulegają cierpieniu i chrząstki stawowe.

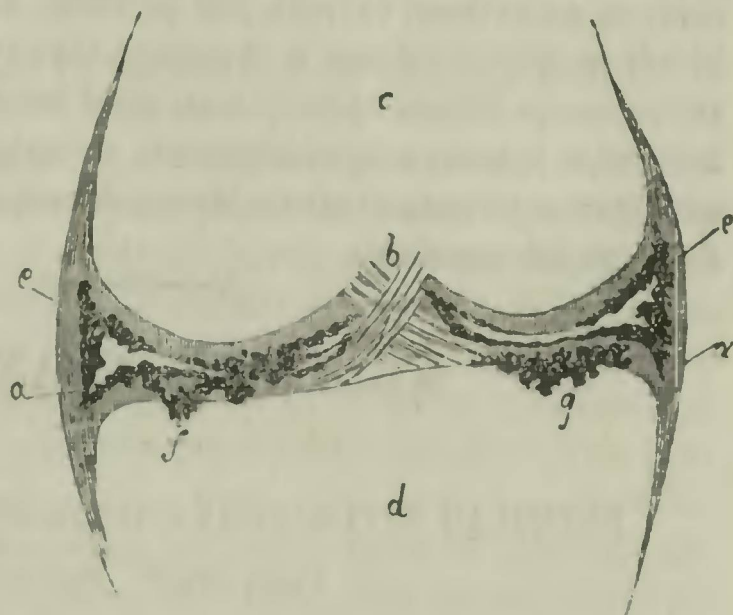
Błona maziowa (m. *synovialis*) jest błona surowicza, chociaż różni się od błon tego rodzaju własnością swoich wydzielin (*synovia*)

i t \acute{e} m, że nie tworzy zamkniętego worka, w którym możnaby rozróżnić dwie błony wewnętrzną i zewnętrzną; powleka ona wewnętrzną powierzchnię włóknist \acute{e} j torebki stawow \acute{e} j; wysłana jest nabłonkiem (Pflasterepithelium), bogata w nerwy i naczynia, w które szczególniej obfitują kosmkowate j \acute{e} j przedł \acute{z} żenia (villi synoviales). W wielu stawach na miejscu przyczepu błony włóknist \acute{e} j do kości, błona maziowa tworzy fałdy czyli marszczki (duplicaturae, plicae adiposae, glandulae Haversianae, s. ligamenta mucosa), obfitujące w tłuszcz.

Błona maziowa w sprawach chorobowych odgrywa w \acute{a} żną rol \acute{e} , mianowicie w białym guzie stawów. Zmiany anatomiczne przy ostr \acute{e} m j \acute{e} j zapaleniu surowicz \acute{e} m lub ropiast \acute{e} m (synovitis acuta serosa et purulenta) charakteryzujące si \acute{e} przekrwieniem błony, gwałtown \acute{e} m bujaniem j \acute{e} j kom \acute{o} rek z utworzeniem ropy w jamie stawow \acute{e} j, poznaliśmy na inn \acute{e} m miejscu, jak równie \acute{z} i wodną puchlin \acute{e} stawów (hydrops articuli chronicus), który do białego guza stawów prawie nigdy nie prowadzi. Przy białym guzie stawu pi \acute{e} rwsze zmiany postrzegamy w nabłonku, w tkance łączn \acute{e} j i w naczyniach błony maziow \acute{e} j. Ciałka tkanki łączn \acute{e} j błony maziow \acute{e} j są punktem wyjścia zmian patologicznych; ciałka te powiększają si \acute{e} w sw \acute{e} j obj \acute{e} tości, mętnieją; następuje podział ich j \acute{a} der (nucleatio), a nast \acute{e} pnie i kom \acute{o} rek (cellulatio); przez to powstają całe gromady okrągłych młodych kom \acute{o} rek, któremi nasiana jest cała błona maziowa (infiltratio plastica), a obok tego substancja zasadnicza traci włókienkowate swe wejrzenie, staje si \acute{e} drobnoziarnist \acute{a} , mi \acute{e} kka, śluzow \acute{a} ; bujanie to kom \acute{o} rek postępuje wci \acute{a} ż dalej, przez co błona maziowa traci uprzedni \acute{a} sw \acute{a} budow \acute{e} , staje si \acute{e} jednolit \acute{a} , a przy ci \acute{a} gl \acute{e} m rozszerzaniu si \acute{e} , przedł \acute{z} żaniu i pomnażaniu si \acute{e} j \acute{e} j naczyń (vascularisatio) przeistacza si \acute{e} ona na ziarnin \acute{e} (tela granulationis), która pod form \acute{a} g \acute{a} bczastych wyrośli (fungositates) w \acute{z} łabia si \acute{e} do jamy stawow \acute{e} j. Obok tego w kom \acute{o} rkach nabłonkowych następuje t \acute{e} ż podział j \acute{a} der, w skutku czego powstają nowe kom \acute{o} rki, z których jedne odpadają od powierzchni do próżni stawu mieszając si \acute{e} cum synovia, inne zaś pozostają na miejscu i zlewają si \acute{e} z kom \acute{o} rkami błony maziow \acute{e} j bujając \acute{e} j. Przerost i rozrost ten tkanki łączn \acute{e} j (luxuries cellularum) przedewszystkiem rozwija si \acute{e} na kosmkowatych przedł \acute{z} żeniach (villi) i fałdach błony maziow \acute{e} j (glandulae Haversianae), które tak co do długości, jak grubości przybierają nadzwyczajne rozmiary, i zapełniając sob \acute{a} jamy stawowe stają si \acute{e} powodem do zniszczenia tkanek do nich przylegających. Ziarnina (granulationes) st \acute{o} sownie do ilośc *i* rozwini \acute{e} t*ych* w ni \acute{e} j naczyń przybiera rozmaite wejrzenia; raz wygl \acute{a} da jak masa czerwona, mi \acute{e} sista,

gąbczasta, na dotykanie miękka jak aksamit, soczysta, szerząca się na chrząstki i torebkę stawową; w innych razach ma kolor żółty, sadelkowaty, przechodzi w stłuszczenie i rozpad, albo też wygląda blado jakby naciekła (oedema). Przy objawach przekrwienia (hyperaemia) i bujania (hyperplasia), w skutku których rozwija się ocieklina (infiltratio serosa) i pomnożenie elementów komórkowych (infiltratio plastica), występuje na błonie maziowej ropienie, które jednak nigdy nie jest tak obfite, jak przy zapaleniu ostrym błony maziowej (catarrhus purulentus articularum). Źródłem dla powstania ropy są komórki nabłonka i tkanki łącznej błony maziowej; ropa ta w części nasiąka błonę (infiltratio purulenta), w części zaś zbiera się na jej powierzchni i miesza się z mazią stawową, od czego ona robi się mętną, podobną do mieszaniny ropy ze szluzem; są jednak wypadki, gdzie ropa zupełnie się nie rozwija (synovitis fungosa sicca). Budowę ziarniny (fungositates) znamy z nauki

o ranach i wrzodach gąbczastych, przypominamy obecnie tylko, że ona składa się z nowo utworzonych naczyń i komórek tkanki łącznej; dla uwydatnienia zaś stosunków zmienionej błony maziowej przy chronicznym jej zapaleniu (synovitis fungosa, granulans) do części przylegających, przed-



stawimy (podług Billrotha) staw kolanowy w przecięciu; dołączony rysunek (fig. 1.) wykazuje nie tylko rozciągłość przeistoczenia błony maziowej, ale zarazem i zniszczenie w sąsiednich częściach przez nią wywołane; *c* wyobraża femur, *d* tibiam, *a, a*, capsulam fibrosam, *b* ligamenta cruciata, *e, e*, membranam synovialem fungosam, która przy *f* zniszczyła już chrząstkę i zagłębia się w kość. Ziarnina w rozwoju swoim dosięga częstokroć takich rozmiarów, że wypełnia sobą jamy stawowe i spowodowawszy zniszczenie okrażających części wydaje się na zewnątrz pod formą grzyba (fungus), gąbki. To właśnie gąbczaste przeistoczenie błony maziowej jest charakterystyczną cechą guza białego stawów. Ta nowo utworzona tkanka (ziarnina), wywołując zaburzenia w czynnościach stawu, długie lata pozostawać może in statu

quo bez żadnej zmiany; albo, po zniszczeniu chrząstek stawowych, lub torebki stawowej, zlewa się z podobną tkanką z końców stawowych kości, lub z tkanki łącznej pozastawowej biorącą początek; lub też ulega włóknistemu przeistoczeniu (*degeneratio fibrosa*) i staje się powodem tak zwaną rzekomą sztywności stawów (*ankylosis fibrosa*); w innych razach przechodzi w stłuszczenie lub w rozpad, wywołując spoczenie (*sepsis*) stawu ostre, albo małemi częstkami przechodząc w zgorzel bywa zawiązkiem tak zwanych ruchomych ciałek stawów (*corpuscula mobilia*); albo nareszcie, co rzadko się zdarza, ulega zwapnieniu i skostnieniu, i w takim razie wywołuje prawdziwą sztywność stawu (*ankylosis vera, completa, ossea*).

Co się tyczy zmian mazi stawowej (*synovia*), wiemy tylko, że ona znakomicie zmniejsza się w swojej ilości; co do składu chemicznego tego płynu nic z pewnością nie wiemy, bo badania uczonych wręcz sobie są przeciwne; to tylko jest pewnym, że teoria chemiczna, podług której wszystkie zmiany w tkankach stawowych przy guzie białym od zmienionego składu chemicznego mazi zależeć miały, niema podstawy; zamieniła ją teoria morfologiczna, czerpiąca źródło zbroceń ze zmienionego odżywiania (*nutritio laesa*) tkanek stawowych w skutku chronicznego ich zapalenia. (*D. c. n.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ ANGIELSKIEJ.

Przez Dra *W. Stankiewicza*.

Lekarskie angielskie piśmiennictwo o tyle tylko jest nam znane, o ile pisma francuzkie lub niemieckie podają w przekładzie celniejsze jego utwory; a jednak medycyna angielska, której genialni przedstawiciele zapełniają karty dziejów nauki lekarskiej, strzeże i dziś usilnie swego naukowego posłannictwa, przodkując wespół z francuzką i niemiecką postępowi naszej wiedzy. Jeśli teoria medycyny stoi dziś na najwyższym szczeblu w Niemczech, jej sztuka we Francyi, to medycyna angielska nie tracąc nic ze swój samodzielności, łączy umiejętnie obadwa te kierunki, wyciągając z nich możliwą praktyczną korzyść. Ta to dążność praktyczna, cechująca prace Anglików przedsiębrane na naukowym jak i na każdym innym polu, słuszną zyskała uznanie w najbardziej ucywilizowanych krajach, a najznakomitsze powagi lekarskie tak w dawnych jak i obecnych czasach, wydoskonalenie swe

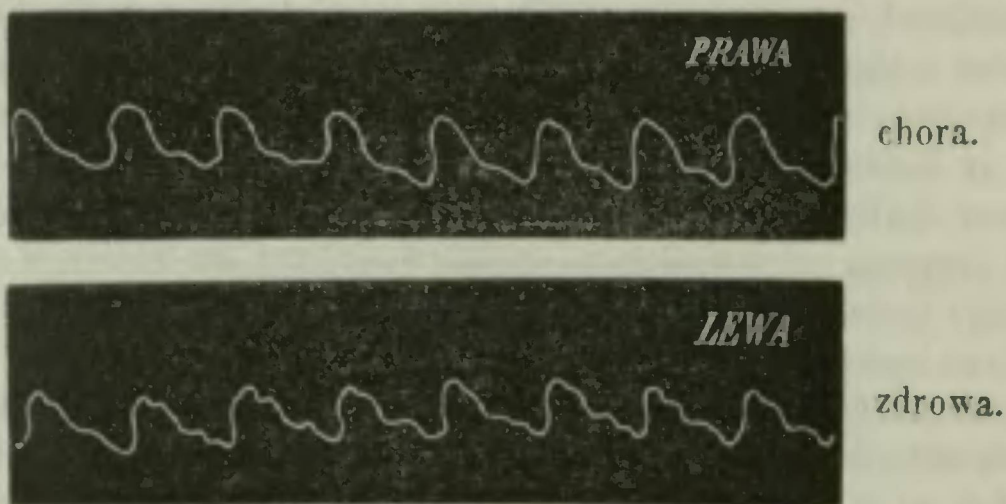
w znacznej części medycynie angielskiej zawdzięczają. Chirurgia angielska podziela dziś wspólnie z francuską palmę pierwszeństwa; pomysłowością zaś swoją i śmiałością dokonywanych operacji, niewątpliwie przewyższa ją w niektórych razach. Zbytecznym więc byłoby rozwodzić się nad wykazaniem ważności poznania przynajmniej głównych jej zarysów; korzyść dającą się osiągnąć na tej drodze, każdy lekarz dobrze pojmuje. W tym przekonaniu podjęliśmy się dawać periodyczne sprawozdania z ruchu angielskiej literatury chirurgicznej, pochlebając sobie, iż chętną pracą przyczynimy się do zwiększenia interesu naukowego w obecnym piśmie. Usilnym naszym staraniem będzie dać wierny obraz rozpraw ożywiających posiedzenia uczonych ciał lekarskich, jak również sprawozdania z prac, które cechując się oryginalnością myśli, głębokim poglądem lub trafnością zastosowania, służą do uwydatnienia postępu w teorii i praktyce chirurgicznej.

Zastosowanie sfigmografu do rozpoznania siedliska tętniaków.

Znanym jest z Fیزیologii użycie sfigmografu do przedstawienia graficznego fali tętniczej, dającej nam obraz działania serca na poruszanie krwi w organizmie; w ostatnich latach umiano w Anglii skorzystać z tego narzędzia w celu dyagnostycznym. Dla łatwiejszego zrozumienia w jaki sposób osiągnięciem to zostaje, przypomnijmy sobie, iż każda skończona fala tętnicza przedstawia na rysunku trzy główne chwile: *a)* chwilę wznoszenia się, wyobrażoną przez linię prostą i pionową, odpowiadającą przyplwowi krwi do tętnicy w czasie skurczu serca; *b)* chwilę utrzymania się fali na szczycie, gdzie ciśnienie krwi boczne równoważy się ze sprężystością ścian tętnicy, i *c)* chwilę spadku fali wyobrażoną przez linię ukośną i nierówną, podczas odpływu krwi do naczyń włoskowatych. Otóż zmiana pojedynczych części fali na rysunku, może nam dać w pewnych razach ważne wskazówki co do stanu tętnicy powyżej punktu badanego przez sfigmograf. Jeśli na przebiegu tętnicy znajduje się tętniak, wówczas rysunek fali otrzymanej z tętnicy chorój, pokaże nam znaczną różnicę w porównaniu z falą tętnicy jednoimienną strony przeciwnej, będącej w stanie prawidłowym. Różnica polega na tym, że fala tętnicy chorój tracąc charakter ostry, kątowny, staje się więcej równą i zaokrągloną; przy tętniakach położonych w bliskości serca na wielkich naczyniach, w których prąd krwi zanim dojdzie do kończyn, rozdziela się na liczne boczne gałęzie, różnica ta będzie zaledwie dostrzegalną; przeciwnie zaś, skoro tętniak znajduje się w bliskości sfigmografu, fala przybie-

ra kształt łukowaty, a nawet zamienia się w linię falistą, jak tego załączony poniżej rysunek dowodzi. Skrócony opis następnych dwóch wypadków najlepiej nam wykaże praktyczne znaczenie rzeczonyj metody:

Do kliniki prof. W. Fergusson'a w King's College hospital w Londynie przybył majtek, u którego w skutek upadku i złamania obojczyka przed rokiem, rozwinął się na szyi guz pulsujący. Guz ten, posiadający wszelkie objawy tętniaka, zajmował całą okolicę nadobojczykową prawą, od stawu mostko-obojczykowego aż do wyrostka barkowego, naciskiem swym sprawiał nabrzmienie części okolicznych i przykre bole w ręce prawej. Ze względu na leczenie, szło o ścisłe oznaczenie siedliska tętniaka; lecz tu właśnie zdania były podzielone. Powstanie traumatyczne i położenie tętniaka przemawiało za rozwinięciem się takowego z tętnicy podobojczykowej; prof. Fergusson jednak był zdania, iż punktem wyjścia tegoż jest tętnica bezimienna lub sam łuk aorty, a dla upewnienia się w tej mierze użył sfigmografu Dra Marey'a, który po zastosowaniu go przez Dra Anstie na tętnice sprychowe obu rąk, dał następny rysunek:

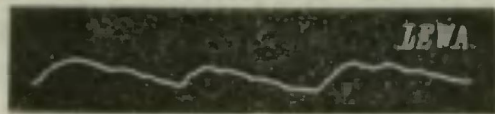


Różnica w rysunku obu fal jest widoczną; na zasadzie jednak poprzednich doświadczeń przekonano się, iż tętniak rozwinięty na tętnicy podobojczykowej, nierównie mocniej wpływa na zmianę kształtu ogólnego fali, że zatem w obecnym wypadku musi być bliżej serca położony, najprawdopodobniej na przebiegu tętnicy bezimiennój. Chory umarł w kilka dni potem skutkiem pęknięcia worka, a przy badaniu okazało się: iż tętniak, do utworzenia ścian którego składały się niemal wszystkie warstwy i organa okoliczne, łączył się za pomocą otworu szerokości palca wskazującego ze światłem tętnicy bezimiennój tuż przy jej odejściu z łuku aorty (The Lancet s. 65).

W drugim wypadku opisanym przez Dra Lynch, mężczyzna lat 42, upadłszy z wozu przed dwoma i pół laty doznał silnego stłuczenia barku prawego i od téj chwili zaczął narzekać na ciągły ból i drętwienie w okolicach barku i łopatki. Wkrótce ukazał się pod pachą guz pulsujący, który powoli zwiększając się wypełnił cały przegub pachowy, a silne bole i drętwienie rozciągające się od łokcia aż do palców, zniewoliły chorego do szukania pomocy lekarskiej. Dr Haynes Walton chirurg St Mary's hospital uznawszy, iż guz rzeczony był tętniakiem, powstałym z tętnicy pachowej, radził choremu podwiązanie tętnicy podobojczykowej, na co tenże nie zgodził się i opuścił szpital. Dr Lynch korzystając ze sposobności zastosował sfigmograf do tętnic sprychowych obu rąk i otrzymał niniejszy rysunek:



(chora).



(zdrowa).

W tym razie widzimy w kształcie fal różnicę uderzającą; fala tętnicy chorój ulega zupełnej zmianie, krzywizny zaś jej są tak słabe, iż pra-

wie kształt linii falistej przybiera (Tamże s. 176).

Przekonywamy się z powyższych przykładów, iż zastosowanie sfigmografu ogranicza się dotąd do oznaczenia siedliska tętniaków rozwiniętych na naczyniach rozgałęziających się w kończynach górnych; dalsze jednak prace niewątpliwie rozszerzą ten zakres i do innych okolic ciała, a Dr Anstie, zajmujący się szczególnie tym przedmiotem, zapowiada ogłoszenie ciekawych spostrzeżeń dokonanych za pomocą tego przyrządu w chorobach ostrych.

W sprawozdaniu Dra Bryant mamy opis treściwy 4-ch wypitowań wykonanych u osób różnego wieku, z powodu długotrwałego cierpienia końców stawowych kości. Znajdujemy tu wypitowania główki kości ramieniowej, główki kości udowej, stawu łokciowego i barkowego. We wszystkich tych wypadkach badano operowanych najmniej w lat dwa po wykonaniu operacji; stan zdrowia ich był zupełnie zadowalniający, a użyteczność zachowanych członków pozwalała im pracować na zaspokojenie potrzeb swego utrzymania. Na szczególną uwagę zasługuje wypitowanie główki kości udowej, wykonane przez p. Bryant w 1861 r. u pięcioletniego chłopczyka, z powodu obszerne- go cierpienia (zapewne skrofulicznego) kości i zniszczenia stawu biodrowego. Obecnie chłopczyk ten chodzi i biega z łatwością, może stać wygodnie na operowanej kończynie, podnosi ją równie wysoko jak

zdrową i wykonywa wszystkie ruchy obrotowe. Skrócenie wynosi 2 cale, lecz odpowiednia wysokość podeszwy obuwia zapobiega zupełnie téj niedogodności.

Leczenie Elephantiasis cruris przez podwiązanie głównej tętnicy kończyny dolnej.

Przykra ta i długotrwała choroba, pociągająca za sobą niemożność dalszego użycia kończyny dolnej, jest tém dotkliwszą, iż trafia się najczęściej pomiędzy ludnością biedną, narażając chorych na utratę możności zarobkowania. Dla lekarza jest ona równie niewdzięczną, gdyż opierając się wszelkim dotąd używanym środkom, stawia go w konieczności odjęcia chorego członka, aby tym sposobem uwolnić chorych od przykrego ciężaru, jaki przykuwa ich do łoża niemocy.

Obok niepodobnego ruchu w skutek ogromnego rozrostu członka, cierpią jeszcze chorzy z powodu licznych wrzodów, których wydzielinę zjadliwe drażniąc okoliczną skórę, potęgują niejako chorobliwy przerost téj tkanki. Bezowocność użytych przeciwko téj chorobie środków, natchnęła lekarza amerykańskiego Carnochan myślą podwiązania głównej tętnicy kończyny, w celu leczenia radykalnego, i w New York Journal of Medicine z r. 1852, ogłosił pięć wypadków rzezonéj choroby, które tym sposobem zostały z najlepszym skutkiem uleczone. W parę lat później Dr Statham w Londynie naśladowując ten przykład, podwiązał tętnicę goleniową przednią z powodu przerostu części miękkich stopy połączonego z przewlekłym obrzmieniem. Zmniejszenie stopy nastąpiło szybko i chory opuścił szpital, lecz o następnym jego stanie nie ma wzmianki. Dr Butcher w niedawno przez siebie wydanej Chirurgii operacyjnej, przytacza wypadek podwiązania tętnicy udowej z powodu Elephantiasis cruris, trwającej od lat 18-stu. W sześć miesięcy po operacji chora chodziła z łatwością, a następnie w zupełnym zdrowiu zajmowała się ciężką pracą. W ostatnich czasach zwrócono znów w Anglii uwagę na tę operację, o wykonaniu której znajdujemy opisy dwóch wypadków następujących:

Kobieta 25 letnia dotkniętą została rzezoném cierpieniem lewéj nogi, przed ósmią laty. Zgrubienie nogi stale powiększało się od kostek do kolana, a przed 4-ma laty z otwartego nagle ropnia wypłynęła znaczna ilość płynu ropiastego. Leżenie kilkomiesięczne w łóżku doprowadziło nogę chorą prawie do wymiarów normalnych, lecz wkrótce po opuszczeniu łóżka stan dawny powrócił i pomimo spożyciu kilkotygodniowego nie znaleziono żadnej poprawy. Wyczer-

pawszy wszelkie znane środki, Dr Bryant uciekł się do podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, z powodu, iż cała część dolna uda także w cierpieniu wzięła udział. Rana po podwiązaniu nie przedstawiała żadnych niebezpiecznych przypadłości, a po odejściu nitki, szybko się zagoiła. We dwa tygodnie po podwiązaniu obwód łydki zmniejszył się o 2 $\frac{1}{2}$, a kolana o 2 cale; w końcu zaś drugiego miesiąca obwód łydki zmniejszył się o 5 cali, a skóra stała się miękką i przesuwalną. Chorąg dozwolono wstawać, lecz z powodu wracającego jeszcze obrzmienia zmuszoną była pozostać w łóżku. W trzy miesiące po operacyi (w chwili ogłoszenia niniejszego artykułu) obwód kolan obu dwu kończyn był jednakowy, łydki zaś chorąg był większy tylko o 1 $\frac{1}{2}$ cala; chora jednak pozostawała nadal w szpitalu, a o użyteczności operowanego członka artykuł nie wspomina. (The Lancet s. 146).

W drugim wypadku mężczyzna w wieku lat 33, silnej budowy, cierpiał od lat 10 Elephantiasis lewąg goleni połączoną z obszernymi owrzodzeniami i spękaniem skóry, które zmuszały go kilkakrotnie do leczenia się w szpitalu przez czas mniej lub więcej długi. Wreszcie zwiększający się ciężar członka i ból skutkiem powstałych owrzodzeń, zmusiły go do zaniechania swych zajęć i szukania trwałeg ulgi w szpitalu. Skóra goleni była nadzwyczaj zgrubiała, twarda i zlna z głębszymi warstwami. Dr Alcock używał nacisku, bandażowania plastrem lepkiem, wcierań jodowych; lecz gdy wszystkie te środki pozostały bez skutku, podwizał tętnicę udową w jej części środkoweg. Operacya nie miała żadnych niezwykłych następstw; stan ogólny chorego był zadowalniający, temperatura niższa w kończynie chorąg po operacyi, w kilku dniach zrównała się zupełnie z ciepłem nogi zdroweg i rana wkrótce zagoiła się. Dziewiątego dnia po operacyi obwód goleni na wysokości guza kości golenioweg i łydki zmniejszył się o jeden cal przeszło; oczyszczenie się zaś brudneg powierzchni wrzodu i pokrycie jej różowemi ziarnistościami wskazało korzystną zmianę, jaka nastąpiła w warunkach odżywiania członka. Na tém kończy się sprawozdanie. (Tamże s. 314).

Jako środek bardzo skuteczny do gojenia owrzodzeń i spęknięć skóry przy Elephantiasis, zwłaszcza jeśli takowe połączone są z obfitym gryzącym odpływem, Dr Holmes zaleca opatrywanie kończyny lekkim roztworem sublimatu.

Opis powyższych dwóch wypadków daje nam tylko miarę szybkości, z jaką polepsza się w mowie będąca choroba; lecz nie możemy z nich mieć pojęcia o trwałości jej uleczenia, ani nie znajdujemy tłumaczenia, co do sposobu jej działania na zmienione chorobliwie tka-

niny. Czy zmniejszony chwilowo przyływ krwi tętniczéj do tkanki w nieprawidłowym przeroście będącéj, jest głównym czynnikiem w zbawiennym jéj powrocie do stanu normalnego? Przypuszczenie to mimowoli się nasuwa, jakkolwiek nie jest tu miejsce do rozbioru, o ile może być prawdopodobném. Co zaś do wartości leczniczéj opisanéj metody, polegając na sprawozdaniu Drów Carnochan i Butcher, uważamy za stósowne zalecić zastosowanie jéj w tych wypadkach, gdzie inne środki nie przynosząc żadnéj poprawy, zmuszały chirurga do odjęcia chorego członka.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Podajemy tym razem cokolwiek obszerniejszy wykaz porównawczy śmiertelności w Warszawie, jako niezbędną podstawę do dalszych wykazów, odnoszących się do tego samego przedmiotu, lub téż zostających z nim w bezpośrednim związku. Wiadomo, iż przeciętna śmiertelności w daném miejscu jest ostatecznym wynikiem działania wszystkich czynników na zdrowie człowieka tejże miejscowości: czynników tak fizycznych, jako téż społecznych i umysłowych. Mając zamiar podawania w dalszym ciągu tego pisma naszych uwag nad stosunkami higienicznymi naszego kraju, o ile urzędowe statystyczne dane to umożliwią, przedewszystkiem zaś naszej stolicy, powyższy wykaz porównawczy śmiertelności Warszawy ma posłużyć niejako za wstęp do obszerniejszéj pracy: o śmiertelności w Warszawie i jéj przyczynach, którą wkrótce w gazecie umieścimy. Mamy nadzieję, iż po zebraniu odpowiednich urzędowych danych, będziemy w stanie dać pogląd w tenże sam sposób na stan i przyczyny śmiertelności całego kraju. Prof. Dr. Wisłocki.

Śmiertelność w m. Warszawie względnie do urodzin i ludności
w latach 1863, 1864, 1865.

Rok 1863.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	65,303	}	Razem 143,695.
„ kobiet	78,392		
Żydów mężczyzn	32,850	}	„ 67,701.
„ kobiet	34,851		
Ogółem			211,396.

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	3,850	}	Razem 7,487.
„ kobiet	3,637		
Żydów mężczyzn	1,279	}	„ 2,443.
„ kobiet	1,164		
Ogółem urodziło się			9,930.

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn	3,741	}	Razem	7,188.
„ kobiet	3,447			
Żydów mężczyzn	1,214	}	„	2,340.
„ kobiet	1,126			
Ogółem umarło				<u>9,528</u> , to jest po 45 z 1,000.

R o k 1864.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	63,176	}	Razem	150,130.
„ kobiet	80,954			
Żydów mężczyzn	35,798	}	„	72,776.
„ kobiet	36,978			
Ogółem ludności				<u>222,906.</u>

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	4,430	}	Razem	8,633.
„ kobiet	4,203			
Żydów mężczyzn	2,032	}	„	4,234.
„ kobiet	2,202			
Ogółem urodzonych				<u>12,867.</u>

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn	3,189	}	Razem	6,161.
„ kobiet	2,972			
Żydów mężczyzn	1,170	}	„	2,127.
„ kobiet	957			
Ogółem umarło				<u>8,288</u> , to jest po 39 z 1,000.

R o k 1865.

1. Ludność miasta Warszawy:

Chrześcian mężczyzn	77,677	}	Razem	166,293.
„ kobiet	88,616			
Żydów mężczyzn	37,888	}	„	77,219
„ kobiet	39,331			
Ogółem ludności				<u>243,512.</u>

2. Urodzeni:

Chrześcian mężczyzn	5,012	}	Razem	9,013.
„ kobiet	4,001			
Żydów mężczyzn	1,520	}	„	2,967.
„ kobiet	1,447			
Ogółem urodzonych				<u>11,980.</u>

3. Zmarli:

Chrześcian mężczyzn . . .	3,649	} Razem	6,883.
„ kobiet . . .	3,234		
Żydów mężczyzn	1,270	} „	2,305.
„ kobiet	1,035		
Ogółem umarło			<u>9,188</u> , to jest po 40 z 1,000.

Statystyka śmiertelności po wielkich operacjach wykonanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki w czasie ostatniej wojny.

przez Prof. Girsztowta.

Krwawa ostatnia wojna Amerykańska przedstawia obszerne pole do badań pod względem lekarskim. Zastrzegając sobie w przyszłych numerach „Gazety Lekarskiej” opisanie urzędzenia służby zdrowia w armii Stanów Zjednoczonych Ameryki, dzisiaj podamy tylko wykaz statystyczny śmiertelności w skutku wielkich operacyi, jaki spotykamy w Richmond medical Journal, za Styczeń 1866 r. Ogólna liczba wielkich operacyi, włączając w to odejmowanie członków (amputatio) i wyłuszczenia ich (exarticulatio), oraz wypiłowania kości (resectio) wynosi 1,814, z których 632 skończyły się śmiercią operowanych, zatem stosunek śmiertelności jest 34 na 100. Wszystkie operacye co do czasu wykonania ich podzielone są na dwie kategorie, mianowicie na bezpośrednie czyli pierwotne (op. primariae) i następne czyli pośrednie (secundariae).

Amputacyą uda (femur) wykonano 507 razy: bezpośrednio 345; wyzdrowiało 213, umarło 132, czyli 38 na 100; następczo 162; wyzdrowiało 43, umarło 119, zatem 73 na 100.

Amputacyą goleni (crus) zrobiono 464 razy; bezpośrednio 314; wyzdrowiało 219, umarło 95; zatem 30 na 100; następczo—150; wyzdrowiało 76, umarło 74, zatem 49 na 100.

Amputacyą ramienia (humerus) robiono 434 razy: bezpośrednio 294; wyzdrowiało 252, umarło 42, zatem 14 na 100; następczo 140; wyzdrowiało 87, umarło 53, zatem 37 na 100.

Amputacyi przedramienia (antibrachium) było 114, bezpośrednio 69; wyzdr. 61, umarło 8, zatem 12 na 100; następczo 45; wyzdr. 35, umarło 10, zatem 22 na 100.

Wyłuszczeń stawów (exarticulatio) w ogóle zrobiono 135. W stawie barkowym (artic. humeri) bezpośrednio 79; wyzdrowiało 54, umarło 25, zatem 31 na 100; następczo 28; wyzdrowiało 8, umarło 20, zatem 71 na 100. W stawie łokciowym (art. cubiti) bezpośrednio 4; wyzdr. 3, umarło 1; następczo 3; wyzdrowiało 2, umarł 1. W stawie napięstkowym (art. carpi) bezpośrednio 7; wyzdr: 5, umarło 2. W stawie biodrowym (art. coxae) bezpośrednio 3; wyzdrowiał 1, umarło 2. W stawie kolanowym (art. genu) bezpośrednio 5; wyzdr. 2, umarło 3; następczo 6; umarło 6. W stawach stopy (art. pedis) wykonano operacye: Choparta, bezpośrednio 16; wyzdrowiało 13, umarło 3; następczo 8; wyzdr. 7, umarło 1. Syme'a:

bezpośrednio 2; wyzdr. 2; następczo 4; wyzdr. 4, chociaż po jednej w skutku zgorzeli płatu musiano zrobić odjęcie nogi w dolnej trzeciej części (*amputatio supramalleolaris*); Pirogowa: bezpośrednio 4; wyzdr. 2, umarło 2.

Wypilowań końców stawowych kości (*ressectio*) wykonano w ogóle 130; mianowicie: w stawie barkowym bezpośrednio 41; wyzdr. 28, umarło 13, zatem 27 na 100; następczo 26; wyzdr. 19, um. 7, zatem 21 na 100. W stawie łokciowym: bezpośrednio 25; wyzdr. 22, um. 3; następczo 29; wyzdr. 23, um. 6. W stawie ręki (*articulatio carpalis*): bezpośrednio 2, wyzdr. 2; następczo 1, wyzdr. 1. W stawie kolana bezpośrednio 2; umarło 2. W stawie biodrowym: następczo 2; wyzdr. 1, um. 1.

Cyfry te, dla uwydatnienia różnic, w jednym z przyszłych numerów *Gazety* zestawimy z rezultatami tychże operacji w wojnach Europejskich otrzymanymi.

Wiadomości bieżące.

Z Lublina. Zamierzone przez oddział chirurgii Tow. Lek. Warsz. utworzenie statystyki chorób chirurgicznych i spowodowanych przez nie operacyj, wciąż się uzupełnia. Ze sprawozdań nadsyłanych z prowincyi okazuje się, że większe miasta nasze posiadają zdolnych i zręcznych operatorów, będących na wysokości dzisiejszego stanu nauki. W tych dniach Dr. Śniadkowski (uczeń Warsz. Szkoły) nadesłał wykaz statystyczny chorób i operacyj przez siebie wykonanych w 4ch szpitalach lubelskich: ŚŚ. Wincentego a Paulo, Józefa, Jana Bożego i Starozakonnych od 1 października 1865 do 1 lipca b.r. Nateraz przytoczymy z wykazu główne tylko cyfry, szczegóły znajdują miejsce w ogólnej statystyce lekarskiej kraju. Ogólna liczba chorych chirurgicznych wynosi 200; operacyj na nich wykonano 119; główniejsze między niemi są: urethrotomia interna; tracheotomia (6 razy, 3 wyzdr. 3 um.); operacja przetoki pęcherzo-pochwowej; *exstirpatio bulbi oculi*; iridectomia, cataracta, *cheiloplastica*, *excisio linguae*, *amputatio femoris* (4 razy, wyzdr. 3). Opisanie bardziej nauuczających wypadków podamy w przyszłych numerach *Gazety Lekarskiej*.

Wypadek samnambulizmu. Koll. Belke, lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Łazarza, przesłał nam łaskawie krótki spis objawów lunatyzmu postrzeganych w ostatnim czasie na *Kamilli Wardzińskiej* lezonej w tymże szpitalu na wtórzną syfilis. Obszerną i dokładną historją téj choroby wraz z uwagami właściwemi przyrzeka autor nadesłać później; przed otrzymaniem więc przyrzeczonego artykułu, zamieszczamy dziś króciutką o tem wzmiankę.

K. W. 24 l. budowy dosyć wątłej, przedstawiająca obok symptomatów syfilitycznych także krostki swierzbowe, poddana właściwemu leczeniu (*Jodek rtęci*, metoda Hardego), usnąwszy wieczorem d. 27 Czerwca, poczęła zrazu mówić przez sen, potem śpiewać (pieśni kościelne łacińskie), następnie wyszedłszy z łóżka, przystąpiła do okna, wdrapała się nań i długo tak pozostawała wpatrując się z rodzajem zachwycenia w jasne światło księżyca w pełni świecącego; później odstąpiwszy od okna, jeła się robót posługaczki szpitalnej jako to: zamiatała, czyściła, słała łóżka ect., zwracając się od czasu do czasu do okna, a po dwugodzinném tem majaczeniu ułożywszy się spokojnie zasnęła. Nazajutrz W. czuła ból głowy, niesmak, brak apetytu, nie mając wszakże żadnej wiadomości o przeszłym stanie; zeznała jednak, że takie napady lunatyzmu pojawiają się u niej od 5 lat zawsze w czasie pełni księżyca, i równocześnie z czyszczeniami miesięcznymi.

Napady takie powtarzały się co noc do 5go lipca.

W chwili napadu, oczy były mocno zwarte; przy chodzeniu kierowała się zmysłem dotykania; za zbliżeniem do oczu świecy, powstawał rodzaj spazmu, przyczem chora rzucała się na wszystkie strony, uderzając sobą o najbliższe przedmioty; szczypanie, kłucie, przystawienie pod nos Ammonii, a nawet dotykanie ciała jęj rozpaloném żelazem, nie wywoływało żadnego na chorą wpływu; tak samo bezskuteczném było wołanie, krzyk, i hałas wszelki; jedynie wymienienie jęj imienia, przebudzało chorą ze snu i powracało zupełną przytomność. Oprócz autora tego doniesienia, obecni byli kilku tym napadom inni lekarze, a mianowicie PP. Drowie Podowski, Pawlikowski, Karwowski.

Rada szczegółowa szpitala Starozakonnych w dniu 15 b. m. doniosła, że Zelman Bitterfeld, cierpiący oddawna obłąkanie, w dniu owym został znalezionym na ulicy pod gmachem szpitalnym, mocno potłuczony. Prawdopodobnie udało się mu wymknąć się niespostrzeżenie z oddziału obłąkanych i wydostać się na dach, z którego spadł i potłukłszy się mocno, w parę godzin umarł.

W dniu 2 czerwca r. b. Pelagia Iwonicka, córka stolarza pod Nro 276 zamieszkałego, otruła się farbą zieloną, do kwiatów używaną. Rodzaj trucizny w tęg farbie ukrytęj oznaczyć będzie można dopiero po dopełnieniu rozbioru chemicznego. Jest to dowód nowy, jak ostrożnymi powinni być wszyscy rękodzielnicy mający do czynienia w swém zatrudnieniu z jakimikolwiek bądź substancjami, których skład jest im nieznany, mianowicie z farbami, zawierającemi w swym składzie często najzgubniejsze trucizny.

Wydział lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej. Pod d. 17 (29) maja b. r. zatwierdzone zostały przez Radę administracyjną Królestwa, w rozwinięciu ustawy o wychowaniu publiczném w Królestwie Polskiem z d. 20 maja 1862 r. „Przepisy egzaminacyjne”, na mocy których studenci szkoły głównej egzamina tak środkowe (po wysłuchaniu IIgo kursu) jako i ostateczne na stopnie naukowe, składać mają w końcu roku naukowego t. j. od 1go. do 15 lipca. Stósownie do tychże przepisów, w tym roku już wszystkie egzamina uskutecznione zostaną w terminie oznaczonym. Wykłady na wszystkich kursach wszystkich wydziałów Szkoły Głównej ukończyły się z końcem miesiąca czerwca.

Na wydziale lekarskim stanęło do egzaminu środkowego (philosophicum) studentów 35, do egzaminu ostatecznego na stopień lekarza kandydatów 11. Rada wydziału lekarskiego na posiedzeniu z dnia 28 czerwca, przyznała stopień lekarza: Rybickiemu Stanisławowi, Rzadkowskiemu Michałowi, Czajczyńskiemu Franciszkowi, Szancerowi Władysławowi, Stanczykiewiczowi Godzisławowi, Matuszkiewiczowi Izidorowi; — na témże posiedzeniu przyznany został stopień prowizora farmacyj: Stefańskiemu Karolowi, i Nerlewskiemu Władysławowi. W ubiegłym roku szkolnym uczęszczało na wydział lekarski Szkoły Głównej studentów 150, na kursa farmaceutyczne studentów 47. Ogółem: 197.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
