

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

TRZĘŚC: Zupelne zaciśnięcie światła kiszek cienkich w 3 miejscach, skutkiem częściowego zapalenia otrzewnej przy opadnięciu macicy i pochwy. Dr. F. Czajewicz. — Kronika: Międzynarodowa konferencya sanitarna w Konstantynopolu. — Skutki wycięcia nerwu i założenia szwu nerwowego. — Przegląd literatury chirurgicznej niemieckiej: o zastosowaniu zimna w chirurgii. Dr. Czarniecki. — Ruch chorych w szpitalach Warszawskich. — Statystyka śmiertelności w pruskiej armii w czasie wojny duńsko-niemieckiej. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

Zupelne zaciśnięcie światła kiszek cienkich w 3ch miejscach, skutkiem częściowego zapalenia otrzewnej przy opadnięciu macicy i pochwy.

Spostrzeżenie F. Czajewicza.

W miesiącu listopadzie 1864 r. przybyła do szpitala Śgo Rocha w Warszawie dziewczyna nazwiskiem T. G. 18 lat wieku, służąca, budowy ciała miernej, z gorączką, silnemi boleściami brzucha i ciągłymi wymiotami żółciowemi przy zatrzymanym od kilku dni stolcu.

Wygląd twarzy przerażający; maluje się na nią wielka obawa, niespokojność; oczy zapadłe, ciepło ciała podniesione, skóra potem okryta, puls częsty, prędki i mały.

Bliższe badanie przewodu pokarmowego wykazało: język lekko obłożony po brzegach podsycający, pragnienie znaczne, ciągłe mdłości i w odstępach półgodzinnych przychodzące wymioty, złożone z mass płynnych, zawierających resztki pokarmów, przeważnie zaś śluz i żółć. Brzuch wzdęty i mocno napięty, za uciśnięciem w dolnej połowie bardzo bolesny; przy opukiwaniu odgłos bębenny z wyjątkiem okolicy kiszki ślepej, gdzie znaczne stępienie wskazywało obecność zaległości stolcowych. Stolce od 6 dni zatrzymane; uryna koloru czerwonego, mętna, alkaliczna, opuszczająca osad złożony przeważnie ze śluzu i kryształków fosforanu amonowo-magnezyjowego.

Z przeszłości choréj tyle tylko dowiedzieć się można było, że boleści brzucha z jakimi przyszła, trwają już od paru miesięcy, że dopiero od kilku dni bardziej się powiększyły, a mdłości i wymioty od 3 dni zaczęły dokuczać. Pytana o przyczynę tych przykrych cier-

pień odpowiadała, że zupełnie nie wie, co mogło być powodem jój obecnego stanu. Bliższe jednak badanie części płciowych i kiszki stolcowej rzecz całą po części wyjaśniło.

Badanie zewnętrzne brzucha, jak widzieliśmy, nie uwydatniło takich znaków, któreby mogły naprowadzić na przyczynę choroby; nie znajdując zaś przepukliny brzusznej, na którą w podobnych wypadkach baczna uwaga lekarza powinna być zwróconą, uznaliśmy za stósowne zaraz 1go dnia przybycia chorój do szpitala, dokonać badania wewnętrznego przez pochwę i kiszkę stolcową. Z oznajmieniem przez nas tego zamiaru, chora w zupełnym zaufaniu wyjawiała, że ciesząc się dawniej najlepszym zdrowiem, *przed rokiem* w skutku silnego podźwignania się przy przenoszeniu kufra, doznała *boleści w dolnej części brzucha i uczucia, jak gdyby się coś obsunęło ku dołowi*; że wkrótce potem zaczęło się ukazywać jakieś *ciało między udami*, wtedy mianowicie, kiedy zajęta była cięższą pracą fizyczną; że zwolna wysuwanie to powiększyło się, i że przy większym zajęciu służbowym doznawała przykrego bólu w dolnej części brzucha i potrzeby *częstego oddawania uryny*. Chora przyznała również, że przed dwoma miesiącami przy nowym podźwignaniu się doznała znacznego pogorszenia, i że od tego czasu z każdym dniem czuła się słabszą. W rzeczy samej badanie uskutecznione przez pochwę i kiszkę stolcową wyjaśniło cały stan cierpienia, o którym chora dokładnie opowiadała. Przy ostrożnym wprowadzeniu palców ręki prawej złożonych w stożek do ujścia pochwy, natrafiono się zaraz za kośćmi łonowymi na mocno wypukłone ciało gąbczaste, chropawe, lekko płynem lepkiem zwilżone, dające się z trudnością ku górze odprowadzić po nad przednią wargę ust macicznych; ciało to odpowiadało przedniej ścianie pochwy. Posuwając rękę nieco wyżej, natrafić można było na same usta maciczne, gładkie, zamknięte i na część pochwową macicy mocno zgrubiałą, powiększoną, twardawą, blizką ujścia pochwy położoną; przez tylną zaś część sklepienia pochwy jak niemniej przez kiszkę stolcową wyczuć można było powiększone twardawe ciało macicy. Wszystko to przemawiało za *obsunięciem się powiększonej macicy ku dołowi i znacznym opadnięciem przedniej ściany pochwy*. Wszelkie usiłowanie odprowadzenia macicy ku górze okazało się niepodobnym.

Silne boleści w dolnej części brzucha zwiększające się za uciesnieniem, znaczne wzdęcie téj okolicy, przy niestających wymiotach żółciowych i znacznej gorączce, prowadziły do wniosku, że stan obecny odnieść wypada do zapalenia otrzewnej pokrywającej organa w dolnej części brzucha umieszczone, a będącego prawdopodobnie

w przyczynowym związku z powyższém cierpieniem części płciowych. Od dni 3 nieustające wymioty, stolce od tygodnia zatrzymane, znaczny upadek sił, wejrzenie chorój malujące ciężkie cierpienie, wszystko to budziło jeszcze podejrzenie istniejącej przeszkody w przejściu zawartości kiszkiowych przez kanał pokarmowy, a tém samém czyniło rokowanie bardzo niepomyślném.

Ze względu na mocne boleści i naprężenie dolnej połowy brzucha przy znacznej gorączce, zastosowano cięte bańki na dolną okolice brzucha, potem ciepłe okłady, a wewnątrz przepisano *kalomel* w 2ch proszkach 5cio granowych co dwie godziny jeden, aby przez powiększenie wydzieliny błony śluzowej kiszki, spowodować wypróżnienie stolcowe; opatrunku podtrzymującego odprowadzoną ku górze pochwę chora nie znosiła.

Dni następnych chora o tyle tylko miała się lepiej, że wymioty rzadziej przychodziły, a boleści brzucha zmniejszyły się znacznie. Gorączka opadła. Stolca jednak nie było, i tylko po lewatywach odeszła niewielka ilość mass stolcowych.

Powtórzono użycie upuszczenia krwi miejscowego przez postawienie 20 pijawek na dolną część brzucha, podano także *kalomel* w 4 proszkach dwugranowych co godzina jeden, stosując dalej ciepłe okładania na brzuch. Dla złagodzenia zaś dokuczliwych wymiotów, zalecono chorój użycie w małych ilościach wody lodowej.

Podczas dalszego pobytu chorój w szpitalu stan jój znacznie się zmienił; *wymioty stały się lajnistemi*, język zecerwieniał, brzuch stał się bardziej jeszcze wzdęty, stolce ciągle zatrzymane, wielki upadek sił; chora na pół nieprzytomna, oczy mocno zapadłe, rysy twarzy bardzo zmienione, skóra chłodna, potem okryta, puls mały, prawie niedomacalny. Nareszcie 12 dnia pobytu w szpitalu, chora wśród zupełnego upadku sił i ciągłej czkawki życie zakończyła.

Ogłędziny pośmiertne przedstawiły następujące zmiany: po otworeniu jamy brzusznej, dolna część kiszki cienkich przedstawiła się zwiniętą w postaci dużego kłęba, miejscami koloru czerwono-wiśniowego z mocnym nastrzyknięciem krwią naczyń błony surowiczej, i z mnóstwem rozmaitych pasemek włóknistych wiążących kiszki. Otrzewna pokrywająca macicę, jajowody, jajniki i przyległą część pęcherza mocno zecerwieniona skutkiem znacznego nastrzyknięcia jój naczyń, obrzmała, szczupłą warstwą wysięku włóknikowego pokryta, w wielu miejscach przyrośnięta do przyległych kiszki cienkich. Rozpatrując bliżej sposób poplątania i pozrastania się kiszki można było widzieć zupełne zaciśnięcie ich światła w 3 miejscach. W dwóch mia-

nowicie miejscach kiszki biodrowej, zamknięcie to nastąpiło w ten sposób, że pętla kiszki leżąca pod spodem tworzyła przez zbliżenie się i zrośnięcie jej kręzek rodzaj pasma włóknistego, obejmującego pętlę kiszki z wierzchu położoną i zaciskającą takową zupełnie. W trzecim zaś miejscu przy samej zastawce B a u h i n ' a część obejmująca kiszki cienkiej zacisnęła część kiszki objętej przez zrośnięcie się jej błony surowiczkiej. W paru innych miejscach kiszki cienkie były z sobą pozlepiane lub połączone oddzielnymi pasmami włóknistymi, jednakże się nie zaciskały.

W miejscach zaciśnięcia kiszki były blade, ścięzione, zmienione w rodzaj płaskich tasiemek. Powyżej miejsc zaciśniętych kiszki cienkie były rozdęte, pozwijane, miejscami koloru czerwono-wiśniowego, zawierały żółty płynny kał i znaczną ilość gazów. Błona śluzowa znacznie obrzmała, zaczerwieniona, miejscami zasiana plankami wynaczynień krwi, okryta warstwą łuszczącego się nabłonka.

Żołądek skurczony, zawierał resztki pokarmów płynnych, błona śluzowa również mocno obrzmała, pofałdowana, zaczerwieniona, z mnóstwem wynaczynień włosowatych krwi; kiszki grube ściągnięte, małą ilość płynnego kału zawierały.

Wątroba i śledziona jak niemniej nerki nie godnego uwagi nie przedstawiały.

Macica w otworze wyjścia małej miednicy umieszczona, powiększona w całej objętości, twardawa, okryta mocno zgrubiałą błoną surowiczą, pofałdowaną i zaczerwienioną, w kilku miejscach do kiszek cienkich przyrosła. Usta maciczne gładkie, okrągławe, zamknięte. Na rozkroju miąższ koloru blade-czerwonego z przebiegającymi białawymi prążkami. Sama jama macicy nieco powiększona, błona śluzowa lekko obrzmała.

Jajniki również powiększone, błona surowicza przyrosła do kiszek; na rozkroju naczynia ich miernie są nastrzyknięte, ku obwodowi ślady ciał żółtych (corpora lutea). Błona śluzowa jajowodów nieco zaczerwieniona i obrzmała.

Cała pochwa a szczególnie jej przednia część bardzo zgrubiała, mocno pofałdowana; błona śluzowa koloru brudno-wiśniowego, grubą warstwą łuszczącego się nabłonka i płynem lepkiem białawym okryta. Przednia ściana pochwy wysunięta między wargi sromne, na rozkroju przedstawia się przynajmniej w trójnasób grubszą.

Pęchérz zawiera niewielką ilość moczu koloru ciemno-czerwonego. W tylnej części ściągnięty nieco ku dołowi przez opadniętą pochwę, ściany jego zgrubiałe szczególnie w części przyległej pochwie,

błona śluzowa koloru brudno szarawego, obrzmiąta, pofałdowana, szczupłą warstwą śluzu i nabłonka okryta.

Organa w jamie mózgowej i piersiowej położone, nie przedstawiały nic godnego uwagi.

Przy oględzinach więc pośmiertnych znaleźliśmy: oprócz opadnienia macicy i pochwy z następczym ich rozrostem (mianowicie warstwy tkanki łącznej), zapalenie otrzewnej pokrywającej trzewia w dolnej połowie jamy brzusznej umieszczone, ztąd powstałe zaciśnięcie kiszek cienkich, nadto znaki silnego ostrego nieżytu kiszek cienkich i żołądka, a chronicznego pochwy i pęcherza.

W wypadku powyżej opisanym przedstawia nam się obraz smutnych następstw *długo-trwałego a zaniedbanego opadnienia macicy i pochwy*, jakie wywołane zostało u 17sto letniej dziewczyny przez dźwignięcie znacznego ciężaru. Wiadomo nam, że podobne opadnienia przychodzą najczęściej w skutku często przebywanych porodów i poronień; wówczas bowiem macica nie zawsze powraca do swego stanu pierwotnego, a stając się przeto cięższą i sprowadzając w następstwie zwolnienie więzów (szczególniej maciczno-pochwowego, maciczno-pęcherzowego i maciczno-odbytowego), przy wpływie gwałtów zewnętrznych lub wstrząśnięć, z łatwością obsuwa się ku dołowi. Spostrzegamy także czasami podobne opadnienia w wieku lat klimakterycznych; nie ulega przecież wątpliwości, że i u dziewic przy prawidłowym poprzednio stanie części płciowych, z przyczyn mechanicznych macica i pochwa uleż mogą opadnieniu. Dotykalny przykład na to znajdujemy w opisanym przez nas wypadku.

Chora przybyła do szpitala już z groźnemi następstwami opadnienia macicy i pochwy, mającego początek swój przed rokiem. Oddana ciągłej pracy fizycznej, nie mogła doznać ulgi w swoich cierpieniach, a względy skromności kobiecej wstrzymywały ją od zasięgnięcia pomocy lekarskiej. Nic więc dziwnego, że stan jej z wolna pogarszał się, i że w końcu smutnie się zakończył.

Czy w samym początku miało miejsce tylko opadnienie macicy lub pochwy? tego nie wiemy; jeśli one razem nie nastąpiły, to w dalszym przebiegu jedno mogło sprowadzić drugie. W każdym razie istniejące obsunięcie się rozrostłej w następstwie macicy i wypadnienie rozrostłej pochwy, przy ciągłych wstrząśnieniach, przy ciężkiej pracy fizycznej, łatwo wywoływało rozciąganie, targanie otrzewnej pokrywającej organa w małej miednicy położone. W skutku zaś tego przy-

szło do zapalenia ograniczonego otrzewnej, które zwolna przenosząc się na błonę surowiczą kiszek cienkich, wywołało zrośnięcia i śmiertelne zaciśnięcie w 3ch miejscach kanału kiszkiowego.

Według tego co chora opowiadała, silniejsze bole w dolnej części brzucha datowały się dopiero od 2ch miesięcy, t. j. od chwili podziałania nowego wpływu mechanicznego; od tego też czasu prawdopodobnie rozpoczął się szereg cierpień odnoszących się do ograniczonego zapalenia otrzewnej. Zwolna postępujące opadnienie rozrostłej skutkiem drażnienia zewnętrznych czynników macicy i pochwy, przy ciągłej pracy fizycznej, było powodem, że zapalenie to przybierało coraz większe rozmiary, i że w końcu zniewoliło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

Groźny stan w jakim chora nasza przybyła do szpitala, nasuwał myśl ważnych zaburzeń mających swój początek w organach jamy brzusznej. Bliższe zaś zbadanie wniesć pozwoliło, że objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej (trzewiowej) stoją w przyczynowym związku z rozpoznaniem cierpieniem części płciowych. Obawa o zdrowie i życie chorą była od samego początku wielka, uważaliśmy bowiem podejrzenie istniejącej przeszkody w przejściu zawartości kiszkiowych przez kanał pokarmowy, za uzasadnione; oględziny pośmiertne potwierdziły nasz sposób widzenia rzeczy.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Międzynarodowa Konferencya sanitarna w Konstantynopolu.

Początek, endemiczność, udzielanie i szerzenie się cholery.

Przy zjawieniu się obecnie grasującej cholery, Cesarz Napoleon wezwał Rządy Europy do utworzenia Kommissyi w celu obmyślenia środków położenia tamy szerzeniu się epidemii.

Konstantynopol jako najbliższe ognisko źródła choroby uznano za najstósowniejsze miejsce do obrad.

Kommissyę międzynarodową składali: hr. de Lallemand, hr. de Noidans i Ségovia dyplomaci, i DDr. Bartoletti, Bykow, Bosi, Dickson, Fauvel, Goodeve, Gomez, baron Hübseh, Lenz, Maccas, Millingen, Monlau, Müblig, Pelikan, Polak, Salem, Salvatore, Sawas, Sotto, I. Spadaro, i Van-Geuns, lekarze.

Członkowie Kommissyi obecnie po ukończeniu swego zadania, złożyli obszernie sprawozdanie z prac swoich, treść którego, pod formą ostatecznych wywodów (poddanych głosowaniu), uważamy za obowiązek podać czytelnikom naszym.

Redaktorem sprawozdania (83 str. in 4^o małego druku) był Dr. Fauvel.

1. Cholera azyatycka, ta sama która kilkakrotnie świat cały obiegła, pochodzi z Indyi, gdzie bierze swój początek i gdzie stale w stanie endemicznym panuje. (Przyjęte jednomyślnie).

2. Kommissya uznaje za rzecz dowiedzioną, iż rozszerzająca się cholera azyatycka, nigdy się nie rozwijała samodzielnie (modo spontaneo) i nigdy nie była obserwowaną w stanie endemicznym w żadnym z krajów europejskich, i że zawsze do nich dostawała się z zewnątrz. Co do krajów sąsiednich Indyan, jakkolwiek Kommissya przyjmuje prawdopodobieństwo nieistnienia cholery w tych krajach jako endemii, wszelako nie uważa się za upoważnioną do stawiania pod tym względem stanowczych wniosków. (Przyjęte przez wszystkich członków Kommissyi z wyjątkiem PP. Polak, Sawas i Van-Geuns).

3. Cholera azyatycka nie zdaje się mieć pierwotnego ogniska swego w krainie Hedjaz, dokąd jak się zdaje, dotychczas zawsze z zewnątrz była wnoszoną. (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem P. Goodeve).

4. Znajdują się w Indjach pewne miejscowości, objęte głównie doliną Gangesu, gdzie cholera jest endemiczną, choć nie można je wszystkie oznaczyć ani też twierdzić, że one mają wyłączny przywilej dawania początku chorobie. (Przyjęte jednomyślnie).

5. Nie znamy warunków specjalnych, pod wpływem których cholera powstaje w Indjach i tamże w pewnych miejscowościach grasuje w stanie endemii. (Przyjęte jednomyślnie).

6. Pielgrzymki są w Indjach najpotężniejszą ze wszystkich przyczyn, które wpływają na rozwój i rozszerzenie się epidemij cholerycznych. (Przyjęte jednomyślnie).

7. Czyż te fakta nie dowodzą najjawniej, że cholera przenoszona jest przez człowieka i to z szybkością tém większą, im większa jest szybkość i częstość własnych jego wędrówek? Kommissya nie waha się twierdząco na to odpowiedzieć. (Przyjęte jednomyślnie).

8. Udzielanie się cholery (transmissibilitas) jest prawdą nie zaprzeczoną, udowodnioną przez fakta niedopuszczające żadnego innego wytłumaczenia. (Przyjęte jednomyślnie).

9. Dotychczas żaden fakt nie dowiódł, żeby cholera mogła się przenosić na dalekie odległości przez samą tylko atmosferę w jakichkolwiek znajdującą się warunkach; owszem, jest prawem bez wyjątku, że nigdy epidemia choleryczna nie przeniosła się z jednego punktu na drugi w czasie krótszym od tego, jaki jest potrzebny człowiekowi do przebycia téj saméj odległości. (Przyjęte jednomyślnie).

10. Jakkolwiek nie wszystkie przedmioty pochodzące z krajów cholera dotkniętych są zdolne do rozkrzewiania choroby, jednakże przezorność każe, by do czasu nowych badań i odkryć, wszystkie takowe przedmioty uznawane były za podejrzane. (Przyjęte jednomyślnie).

11. Pewne fakta zdają się dowodzić: że jedna osoba (a tém bardziej kilka osób) przybywając z zarażonej miejscowości i cierpiąc na biegunkę, może wystarczyć do dania powodu do rozwoju epidemii cholerycznej, czyli, innymi słowy, biegunka zapowiednia (diarrhie dite premonitoire) może udzielić cholere. (Przyjęte jednomyślnie).

12. Prawie we wszystkich przypadkach cholery, okres wylęgania się (incubatio) tj. czas upłyniony pomiędzy chwilą, w której osoba mogła się zarazić a początkiem biegunki zapowiedniej lub wybuchem samej cholery, nie przenosi kilku dni; wszystkie podawane fakta dłuższego wylęgania się odnoszą się do tych wypadków, w których zarażenie mogło mieć miejsce po opuszczeniu miejsca zarażonego. (Przyjęte jednomyślnie).

13. Niema żadnego znanego faktu, któryby dowodził, że zwierzęta żywe przenosiły cholere; jest wszakże racjonalnym uważać je w pewnych razach za przedmioty zdolne ją przenieść (susceptibils). (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem PP. Bykow i Lenz).

14. Cholera może się udzielić przez przedmioty używane pochodzące z miejsca zarażonego, a mianowicie przez te, które służyły samym chole-rycznym; z niektórych nawet faktów wypada, że przedmioty takowe zamknięte i zabezpieczone od przystępu wolnego powietrza, mogą na daleką odległość przenieść chorobę. (Przyjęte jednomyślnie).

15. Kommissya stwierdzając jednomyślnie brak wszelkich dowodów przeważających za przenoszeniem cholery przez towary, przyjmuje (większością 16u głosów przeciw 6 ciu) możebność tego faktu w pewnych warunkach. (Przeciw temu głosowali: PP. Bykow, Goodeve, Lenz, Pélikan, Polak i Von-Geuns).

16. Jakkolwiek nie jest faktami stanowczemi dowiedzionem, aby trupy cholerycznych mogły udzielić cholere, rozroptnem jest uważać je za niebezpieczne. (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem P. Sawaś, który się wstrzymał od głosowania).

17. Komunikacye morskie są z natury swojej najniebezpieczniejsze; one to w najpewniejszy sposób cholere daleko przenoszą; po nich idą komunikacye kolejami żelaznemi, które, w czasie bardzo krótkim, mogą na dalekie odległości chorobę przenosić. (Przyjęte jednomyślnie). (*Dokończenie nastąpi*).

Skutki wycięcia nerwu i założenia szwu nerwowego.

Prof. Szymanowski podaje w czasopiśmie „*Prager Vierteljahresschrift (XXII)*“ po dłuższej rozprawie treści tytułem oznaczonej, następujące uwagi przedmiotu tego dotyczące, jako przestroge przeciwko zdaniu chirurgów francuzkich, twierdzących, że szew na przeciętym nerwie założony przywraca czynność nerwów po kilku godzinach:

1. Wycięcie nerwu, nawet znaczne przerywa czynność jego tylko w części i tylko na krótki czas (parę dni).

2. Po dokonanej neurektomii następuje w miejscach odpowiednich (rozgałęzienia nerwu przeciętego) zrazu *obniżenie*, a następnie *podwyższenie* ciepła (w skutek porażenia nerwów naczyńowych).

3. Nerw średnicy n. kulszowego może się odrodzić po wycięciu kawałka długości 3 centimetrów.

4. Odrodzenie się nerwu nastąpić może, wedle doświadczeń na ludziach czynionych, po *wycięciu kawałka 6 linii* długiego, z której to przyczyny powroty chorob (neuralgii) po neurektomii przypisać należy *odrodzeniu się nerwu*.

5. W nerwach (*czujnych i mieszanych*) świeżo przeciętych, czynność nerwowa przywróconą być może przez staranne złączenie za pomocą delikatnego szwu, co wszakże dotąd jest wątpliwem przy przecięciu nerwu *ruchowego*.

6. Czynność nerwu czujnego przywróconą być może *drogą pośrednią* także bez połączenia końców nerwowych.

7. Koniec obwodowy przeciętego nerwu nie koniecznie *uleć musi zanikowi*, jako najczęściej utrzymują.

8. Wiele dowodów przemawia za tém, że nawet po przecięciu pnia nerwowego, czynność jego przywróconą być może za pomocą *gałęzi anastomotycznych*. Dowodem tego twierdzenia są: a) preparata anatomiczne. b) ból doznawany niekiedy po przecięciu w gałęziach obwodowych. c) rzadkie tylko wypadki natychmiastowego zupełnego stłumienia czynności po przecięciu nerwów czujnych. d) stwierdzenia faktu, że *przed spojeniem końców* przeciętego nerwu, czucie w końcu obwodowym do *prawidłowej powraca siły*, wreszcie e) to doświadczenie, że u jednego chorego po przecięciu nerwu łydkowego, zimne okłady *w początku były bezskuteczne*, a następnie *uśmierzały boleści* (t. j. po przejęciu czynności nerwów głębszych a przeciętych przez gałęzie powierzchowne skórne).

9. Po przecięciu poprzeczném nerwu *wyłącznie czujnego*, powraca czucie w miejscach tym nerwem zaopatrzonych już po kilku dniach.

10. Po przecięciu nerwu mieszanego lub ruchowego, ruch powraca bardzo powoli, albo wcale nie powraca.

11. Ani przecięcie, ani założenie szwu na nerwie, nie sprowadza zazwyczaj *żadnych złych skutków*, jeżeli kończyzna po operacyi pozostawia się w zupełnym spoczynku.

12. Znaczenie odrodzenia się nitek nerwowych po neurektomii w nerwobolach jest jawne, wszakże nadmienić wypada, że może *powrócić czucie bez powrotu bólu nerwowego*.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ NIEMIECKIEJ.

W prospekcie niniejszego pisma zapowiedzieliśmy krytyczny przegląd ruchu naukowo-lekarskiego poza granicami naszego kraju. Rozpoczęliśmy już go przeglądem chirurgii angielskiej, do której i amerykańską zaliczamy. Nadal w pewnych odstępach czasu, prócz chirurgii angielskiej z amerykańską, podawać będziemy nadto przeglądy chirurgii włoskiej, francuskiej i niemieckiej. Przeglądy nasze zawierać będą treściwy, ale wyczerpujący obraz prac na polu chirurgii podejmowanych: 1) w łonie towarzystw naukowych wyłącznie chirurgii poświęconych, lub w ogóle lekarskich, o ile one chirurgią zajmować się będą, i 2) w różnych czasopismach lekarskich napotykanym. Wyborem przedmiotów do przeglądu kierować będzie doznana użyteczność ich w praktyce, będąca zarazem przyczynkiem do postępu nauki, lub przynajmniej do rozpowszechnienia zdrowych zasad naszej wiedzy. Sposób przedstawienia rzeczy obraliśmy taki, aby czytelnikom naszym, oszczędzając czasu do mozolnego ślęczenia w źródłach, przedmiot oddać jasno, zrozumiale. Pochlebiamy sobie, że na tej drodze utrzymywać będziemy czytelnika na równi z postępem nauki, i zarazem uwolnimy go od konieczności, częstokroć niemożliwej, odczytywania jednoczesnego wielu pism lekarskich. Do chirurgii włączyliśmy otyatrykę i syfilografię.

Dzisiaj rozpoczynamy przegląd chirurgii niemieckiej. Nie ulega wątpliwości, że Niemcy biorą dzisiaj najczynniejszy udział w rozwoju chirurgii, jako nauki. Po między Niemcami wylęła się anatomia patologiczna (Rokitansky, Virchow), i przez nich po raz pierwszy do patologii chirurgicznej wcielona została. Młodzieńcze to prawda jeszcze siły, ale nie możemy nie dostrzedz, że już w młodości stały się dojrzałymi. Jak to nie dawne jeszcze czasy, kiedy w całych Niemczech praktykę chirurgiczną wykonywali Francuzi; jak następnie cała literatura chirurgiczna niemiecka składała się z tłumaczeń angielskich pisarzy; pamięcią prawie sięgamy czasu, kiedy w Niemczech powstały pierwsze chirurgiczne szkoły: jedna na południu Niemiec, w Würzburgu, stworzona przez Siebolda, druga na północy (Gettynga), mająca za przedstawiciela Richtera, trzecia nareszcie w Berlinie, której twórcą był Mursinna; a już z szkół tych wyszli mężowie (Brüninghausen, Klein, Walther, Rust, Graeffe, Dieffenbach, Langenbeck), którzy chirurgię niemiecką postawili obok francuzkiej i angielskiej, liczących już po kilka wieków istnienia.

Kiedy na gruzach krazeologii zakwitła Patologia cellularna, pierwsi, którzy podług zasad tej nauki sprawy chorobowe objaśniać zaczęli, byli chirurgowie niemieccy; pod wpływem tej nauki wykształciła się młoda szkoła chirurgów, pracami których dzisiejsza chirurgia niemiecka otrzymała piętno czysto naukowe. Szkołę tę tworzą: Weber, Billroth, Volkmann, Lihart, Busch, Esmarck, Wagner i w. i. Im zawdzięczamy wprowadzenie do chirurgii mikrografii i chemii, przy pomocy których obserwacja kliniczna utraciła dawny czysto empiryczny swój charakter, a wspierana doświadczeniem (*experimentum*) nauczyła nas każdy oderwany fakt lekarski objaśniać podług ogólnych zasad fizjologii i patologii i wykazać związek jego z życiem organizmu zdrowego i chorego. To właśnie jest warunkiem użyteczności lekarskich postrzeżeń

Zarzucano niemieckim chirurgom bojaźliwość, brak samodzielności w pomysłach, naśladownictwo obcych; zarzuty te dawniej zupełnie słuszne, obecnie już na nich nie ciążyą. Śmiałość i przedsiębiorczość Dieffenbacha, Langenbecka, Wutzer'a, Brunnsa, Rosera zbliżyły chirurgów niemieckich do Anglików i Francuzów; żaden z pomiędzy nich nie cofnie się już dzisiaj przed wykonaniem najśmielszych i najdelikatniejszych operacyj.

Niemcy z natury swój skłonni do abstrakcyj chętniej zajmowali się teorią medycyny i na zasadach szkół filozoficznych potworzyli liczne doktryny lekarskie; przed chirurgią zaś, którą nazywali *negotium sordidum*, starannie aż do końca XVIII wieku zamykali podwoje uniwersytetów; ale skoro von Wuthweh'r z narażeniem swój osoby i mienia pierwszy zaczął wykład chirurgii *ex cathedra*, powoli pozbyli się tego wstrętu i jakby wynagradzając czas stracony, jęli się doń z zapałem. Obecnie we wszystkich uniwersytetach niemieckich spotykamy po kilku wykładających chirurgię; w kilkudziesięciu peryodycznych pismach lekarskich wydawanych w Niemczech spotykamy liczne artykuły chirurgicznej treści, i rzecz godna uwagi, w Niemczech wychodzą obecnie trzy pisma specjalnie chirurgii poświęcone. Materiał naukowy ogromny! Zadaniem naszym będzie zużytkować celniejsze utwory na korzyść naszych czytelników; zapewnione współpracownictwo, spodziewamy się, skutecznie nam to dozwoli. Rozpoczynamy dzisiaj przegląd chirurgii niemieckiej od streszczenia pracy Prof. Esmarcka „o zastosowaniu zimna” *na der* nauczającej pod względem praktycznym.

O zastosowaniu zimna (frigus) w chirurgii.

Przez Dr. J. Czarnieckiego.

Użycie zimna, jako środka przeciwzapalnego, nie jest dostatecznie ocenionem w naszym czasie; niektórzy lekarze twierdzą, że środek ten jest często nadużywany i może mieć skutki bardzo szkodliwe; inni zaś (Esmarch) policzają zimno między najskuteczniejszymi środkami przeciwzapalnymi i utrzymują, że bez niego nie byłiby w stanie być chirurgami.

Rozmaitość poglądu na ten przedmiot nie jest nowa. Hippokrates, Celsus, zalecają użycie wody zimnej w świeżych obrażeniach traumatycznych, gdy tymczasem Galen używał przy ranach tylko ciepłej wody i ciepłego oleju. Aëtius (550 po nar. Chr.) przeciwnie, naśladował Hippokratesa i już niekiedy używał skrapiania (irrigacyi), Rhazes (900 po nar. Chr.) uciekał się do wody zimnej przy oparzelinach, a zalecał ciepło wilgotne przy złamaniach kości. Później zapomniano o tym środku, bo w XVI wieku Marianus Sonetus Blondus zachwalał zimną wodę, jako nowy środek do leczenia ciężkich ran; inni sławni chirurgowie tego czasu, mianowicie Ambroży Paré, Fallopius (1560) i Palatius w takiż sam sposób nadmieniają o tym przedmiocie; ostatni używał nawet nieprzerywanych skrapiań zimnych (irrigatio continua) z bardzo dobrym skutkiem przy ciężkich ranach. Chirurgowie XVII wieku używali tylko plastrów i maści, bo widać, woda zimna wydawała się im jako środek zbyt prosty. W XVIII wieku Anglik Smith (1725) i Francuz Lamorier 1732 wznowili użycie zimnej wody; ostatni lubił szczególnie zalecać kąpiele miejscowe długo trwające; on obwinia publiczność o obojętność przeciw tak prostemu, a skutecznemu lekarstwu i o sprzyjanie środkom lekarskim obcym, drogim i z daleka przywożonym. Chirac¹⁾ wyleczył ranę na ręce u księcia Orleańskiego, otrzymaną przy oblężeniu Turynu, za pomocą długo używanych kąpiele miejscowych. Później znowu zapomniano we Francyi o wodzie, i dopiero w połowie XVIII w. niemieccy lekarze wojskowi znowu wprowadzili ją w użycie. Schmucker, główny chirurg armii pruskiej przy Fryderyku Wielkim, czynił postrzeżenia o działaniu zimna na obrażenia głowy podczas oblężenia Schweidnitz (1762); w dziele swoim²⁾ opowiada on o 12 wypadkach obrażeń czaszki, które bez względu na bardzo troskliwe leczenie, źle się skończyły; wpadł więc na myśl użycia zimnej wody, która takie mu usługi okazała w następnych wypadkach, że ją zalecił innym lekarzom armii pruskiej. Theden, główny chirurg tejże armii, mówi podobnie o świetnych skutkach użycia wody zimnej³⁾; oprócz ran ciężkich i zapaleń, używał ją w odmrożeniach, uwięzieniach przepuklin a nawet nie wahał się leczyć nią różę; obok tego jednak zalecał bardzo swoją wodę postrzałową (Schusswasser), gdyż powiada on, zawiść i złośliwość przeszkadzały mu leczyć środkami prostemi; ale często wodę swoją postrzałową mieszał z wielką ilością wody zimnej. W 1785 r. Percy i Lombard widzieli dobre skutki po użyciu zimnej wody przy uszkodzeniach spowodowanych probowaniem nowych karabinów w Strassburgu, z których wiele rozerwało. W tym samym czasie niejaki Müller z Elsass leczył rany wodą zimną, dodając do niej nieco ałunu

1) *Observations Chirurgie 1742.*

2) *Chirurgische Wahrnehmungen Tom 1. Str. 1 i 153.*

3) *Neue Bemerkungen zur Chirurgie 1782.*

i wzmacniając ją jakimiś zaklinaniami. L o m b a r d, który obserwował sposób jego leczenia przekonał się, że dobre skutki onego pochodziły jedynie od wody zimnej, i w następnym roku ogłosił rozprawę o jej użyciu. P e r c y miał sposobność widzieć dobre skutki po użyciu wody zimnej u dwóch chirurgów niemieckich w Saarlouis i bardzo ją zalecał. Od tego czasu środek ten zajmuje zaszczytne miejsce w chirurgii polowej i takie powagi naukowe jak: L a r r e y, G u t h r i e, B a u d e n s, S t r o m e y e r, zalecają wciąż jego użycie.

Ale w chirurgii i terapii zwyczajnej, rzecz się ma zupełnie inaczej; nietylko mało jest używany ten środek w szpitalach cywilnych i w praktyce prywatnej, ale w dziełach chirurgicznych nowszych czasów powstawano energicznie przeciw niemu i ograniczano jego zastosowanie.

Różnica zdań w tym przedmiocie pochodzi najwięcej od niestósownego i niewczesnego użycia tego energicznego środka. To samo można powiedzieć o wszystkich innych środkach lekarskich energicznych, które są silnymi truciznami, i tylko przez umiejętne użycie stają się lekarstwami; ale najwięcej można to zastosować do prostych sił natury, z których nauka lekarska coraz więcej stara się korzystać.

Wielu lekarzy już na uniwersytetach stali się wrogami zimna, jako środka lekarskiego; nauczyciele zdołali w nich wpoić i wstręt do niego i bojaźń. Z drugiej strony, wyrażenie „zimne okłady,” najpowszechniej dające się słyszeć gdy rzecz idzie o „zimno“ dowodzi, że pojęcie o tym środku bardzo jest mylne, gdyż to właśnie jest najniestósowniejsza forma, w której zimno użyć można.

Jeden z najważniejszych objawów sprawy zapalnej jest podniesienie temperatury w części chorzej, do której dołącza się zazwyczaj podobne podniesienie w całej massie krwi (*febris*). To zjawisko pochodzi z jednej strony od powiększenia zamiany materii w organie cierpiącym, z drugiej strony od przyspieszonego biegu krwi przez jego naczynia. Środek więc, któryby zniżał temperaturę, tak w części zapalnej, jako i w całym ciele, i któryby zarazem usuwał źródło nienormalnego tworzenia się ciepła, sprawiedliwie mógłby być nazwanym przeciwzapalnym. Otóż w zimnie posiadamy ten środek; dowodzą tego i bezpośrednie doświadczenia i postrzeżenia nad chorymi.

Czém dłużej oziębianą jest jakakolwiek część ciała, tém głębsze warstwy tkanin podlegają niżeniu temperatury, i tém więcej potrzeba czasu aby część oziębiona, po odjęciu środka sprawującego oziębienie, na nowo odzyskała pierwotny stopień ciepła.

Zmniejszenie ciepła jest także źródłem drażliwości, sprawia bowiem kurczenie się włókien mięsnych w skórze i w ściankach naczyń; przezco brodawki skóry mocniej występują (skóra gęsia) i światło naczyń się zmniejsza; oziębiana część blednieje, ponieważ w zwężonych naczyniach krew przepływa w mniejszej ilości i podług *Donders'a* powolniej; nakoniec, w skutek zmniejszonego przepływu krwi, ogranicza się także zamiana materii, gdyż chemiczne połączenia możliwe są tylko przy pewnym stopniu temperatury. Przy zapaleniu zatem, możemy pomocą *zimna* usunąć główne źródło nienormalnego tworzenia się ciepła.

Poszukiwania *Traube'go*, *Bergmann'a*, *Hoppe'go*, *Liebermeistera* i innych dowiodły, że zmniejszenie temperatury zewnętrzne pociąga za sobą zmniejszenie jej w całym organizmie; jednakże z drugiej strony doświadczenie pokazało, że miejscowe oziębienie zniża temperaturę całej massy krwi, ponieważ ta, przechodząc przez naczynia części oziębionej, musi tracić znaczną część swojego ciepła. Tak

więc oziębienie miejscowe może zmniejszyć gorączkę pochodzącą z uszkodzeń miejscowych.

Jeżeli oziębienie trwa długo na znacznej części powierzchni ciała, to tworzenie się ciepła nie jest już w stanie zrównoważyć jego stratę i następuje znaczne zniżenie temperatury krwi, które termometr łatwo okazać może ¹⁾).

Zastosowanie zimna w praktyce lekarskiej, daje się skutecznie rozmaitymi sposobami. Najczęściej są: zimne okłady (fomenta frigida), kąpiele miejscowe (balneum topicum) albo zanurzenie (immersio), skrapianie (irrigatio) i pęcherze z lodem (sacci glaciales). Zimno w ostatniej tylko formie działa samo przez się; w innych zaś formach dołącza się działanie wilgoci i wody, gdy tymczasem wielka jest różnica między zimnem wilgotnym a suchym.

Zimne okłady stanowią metodę najwięcej upowszechnioną, ale zarazem najmniej właściwą i pewną, ponieważ przy niej zamiast oziębienia można mieć często skutek przeciwny; jeżeli okłady nie są często odmieniane, to ich wilgotna powierzchnia przybiera temperaturę części zapalnej, promieniowanie ciepła w niej ustaje, zatem ciepło części zapalnej podwyższa się. Często znowu odnawianie okładów sprawia niejednostajność działania, a zatem od czasu do czasu ponawiające się drażnienie, które, działając dobrze w niektórych chorobach (okłady pobudzające Priesnitz'a), powiększa często zapalenie. Często niepokojenie i częste dotykanie zapalnej części sprawia także drażnienie, które pociąga za sobą te same skutki. Zamoczenie bielizny i pościeli, którego ustrzedz się także niepodobna, może sprawić oziębienie tam, gdzie ono niepotrzebne i wywołać nową chorobę. Ale najzgubniejsze skutki wywierają okłady na miejsca zabandażowane; — gdy bowiem suchy bandaż zostanie zwilżony, kureczy się mocno i przez to powoduje często nie tylko powiększenie zapalenia, ale nawet zgorzel. Pożądaną jest zatem rzeczą, aby okłady wyszły z użycia i aby wyraz "zimno" nie był używany za jedno z wyrażeniem „zimne okłady.”

Daleko praktyczniejsze jest użycie zimna przez kąpiele miejscowe, albo zanurzenie i przez skrapianie. Tu w każdym momencie nowa ilość wody oziębionej przychodzi w zetknięciu z powierzchnią części uszkodzonej, zatem w każdej chwili następuje nowe pomniejszenie ciepła. Przy zanurzeniu, ogrzanie jednej warstwy płynu wywołuje ruch w drugiej sąsiedniej tak, że gorąca warstwa wody zastąpiona bywa przez zimną; wszakże nie należy tu używać zaniadto niskiej temperatury, ponieważ przy tym sposobie wielka część ciała bywa następnie oziębiona. Takim sposobem kąpiele od 20° do 27° R, mogą działać przeciwzapalnie, ponieważ różnica między temperaturą ciała i temperaturą wody dostatecznie jest wielka, aby mogła sprawić zmniejszenie ciepła w pierwszym ²⁾. Z drugiej strony, przedłużone moczenie ciała w wodzie, pociąga za sobą przemakanie naskórka i wsiąkanie wody w części pozbawione skóry (rany), co często zły wpływ wywiera na sprawę uzdrowienia; przytem zimno, działając na otaczające zdrowe części może w nich wywołać nieznośny dla chorych reumatyzm. Nakoniec, nie zawsze sposoby te dają się zastosować bez szczególnych przyrządów. Oprócz tego, przy użyciu tych sposobów, podwyższone położenie członków cierpiących, tak pożądane przy leczeniu kończyn, często bywa niemożliwe; użycie rękawków gumo-

¹⁾ James Currie, *Medical reports on the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and other diseases.* Liverpool. 1798.

²⁾ Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 1855. S. 410.

wych dla zaradzenia téj niedogodności nie odpowiada celowi, ponieważ tamuje swobodne krążenie krwi.

Najpraktyczniejsze przy zastosowaniu zimna są nieprzemakające woreczki urządzone z wulkanizowanego kauczuku, napełnione lodem, śniegiem, lub mieszaniną zniżającą temperaturę. Są one lepsze aniżeli pęcherze zwierzęce, ponieważ te niekiedy przemakają i w tych miejscach, gdzie nie są pod ciągłym wpływem lodu, gniją. Przytem woreczki kauczukowe są stosunkowo złemi przewodnikami ciepła, przeto użycie ich wygodniejsze chcąc uniknąć zbyt silnego działania zimna i mogącego ztąd nastąpić odmrożenia części oziębianych.

Jedyny zarzut, jaki można zrobić woreczkom kauczukowym, jest ich drogosc; ale zato są one trwalsze od innych, potrzeba tylko zachować należyta ostrożność w obchodzeniu się z nimi, bo najmniejsze przerwanie ich czyni je nie użytecznymi. Najwięcej potrzeba uwagi przy nakładaniu lodu i przy zawięzywaniu worka; najlepiej jest zawiązywać go na korku szerokim i to nie sznurkiem, który go może przerznąć, ale dość szeroką tasiemką. Worki kauczukowe pochodzące ze Stanów Zjednoczonych daleko są lepsze, aniżeli worki z fabryk Europejskich; najwięcej się zalecają opatrzone firmą: „*Godyeirs Patent.*“

Jeżeli chory nie jest w stanie kupić worka kauczukowego, albo jeżeli nie ma lodu, to pęcherz zwierzęcy napełniony wodą studzienną, często zmienianą, najlepiej odpowie celowi. Ale pęcherze te, wysmarowane nawet z obu stron oliwą, lub jakąkolwiek tłustością, prędko bardzo zaczynają przeciekać i cuchnąć; można je zatem zastąpić naczyniami szklannymi, które jednak w tém są niedogodne, że, będąc dobrymi przewodnikami ciepła, z początku zanadto oziębiają, a potem bardzo prędko ogrzewają się; zaradzić temu można obwijając naczynia te płótnem i często je odmieniając. Jeżeli potrzeba oziębiać taką część ciała, na której butelki byłyby niedogodne, można przyrządzić naczynie z blachy z formą odpowiednią choréj części. Porobiwszy w tych naczyniach rurki do wlewania i wylewania wody, można z łatwością utrzymać jednakowy stopień oziębienia, i zapomocą waty ochraniać od niego miejsca, gdzie ono niepotrzebne.

Co się tyczy wskazań do użycia zimna, jest ono tém potrzebniejsze, im mocniejsze jest zapalenie i ważniejsza dla organizmu część zapalona. W naszych czasach nawet przy zapaleniu wewnętrznych organów, zastosowanie zimna staje się coraz obszerniejsze.

Użycie zimna powinno trwać dopóty, dopóki trwa nieprawidłowy stopień temperatury w części cierpiącej, ponieważ tylko do tego czasu może być ono zbawienne. Czas ten należałoby oznaczać z termometrem w rękę, jak to czynili *Traube*, *Wunderlich* i inni przy gorączkach.

Wystąpienie ropienia nie powinno być powodem do zaprzestania użycia zimna; sprawa ta lepiej się odbywa przy leczeniu chłodnem, aniżeli przy tak powszechnie ulubioném kataplazmowaniu.

Zgorzel także nie jest przeciwwskazaniem, wyjąwszy kiedy pochodzi od wzmagającego się zapalenia. Dobrze jest w tych razach powodować się czuciem chorego; jeżeli uskarża się na ziębienie w całym ciele, na ból w części choréj, należy rozważyć, czy nie pochodzi to od nienależytego zastosowania zimna, bo rzadko pochodzi to od idiosynkrazyi, t. j. przyrodzonego wstrętu do zimna, albo wstrętu zależącego od organizacyi. W takich razach należy zaprzestać oziębianie i szukać innych środków przeciwzapalnych. (Dok. nastąpi.)

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

RUCH CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

od dnia 3 - 31 Lipca (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyszło.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	567	650	607	87	523
„ Śgo Ducha	105	90	92	13	90
„ Ewangelickim	52	73	61	12	52
„ Śgo Rocha	72	205	167	22	85
„ Śgo Jana Bożego	141	23	23	—	141
„ Śgo Łazarza	347	255	268	18	316
„ Starozakonnych	385	437	444	23	355
Ogółem:	1667	1733	1662	175	1563

Na oddziale *cholerycznych* przy szpitalu św. Łazarza, przybyło od d. 27 - 31 lipca, chorych 12, z których umarło 4, pozostało w kuracji 8.

Przyrost chorych w ciągu miesiąca lipca był większy aniżeli stan w d. 2 b. m. o 66 osób, w końcu zaś miesiąca stan ogólny zmniejszył się o 104. Najmniejsze zmniejszenie miało miejsce w szpitalu Dziec. Jezus; stan zaś w szpitalu ewangelickim i św. Jana Bożego pozostał ten sam, gdy tymczasem u św. Rocha zmniejszył się o 16 chorych.

Statystyka śmiertelności w pruskiej armii w czasie wojny duńsko-niemieckiej (Schleswig-Holstein) w r. 1864.

W Nrze 2gim *Gazety Lekarskiej* podaliśmy statystykę śmiertelności po wielkich operacjach w armii Stanów-Zjednoczonych Ameryki; dzisiaj podajemy wiadomość o śmiertelności w skutku obrażeń (*vulnus*) i chorób w armii pruskiej z ostatniej duńsko-niemieckiej wojny. (General-Bericht von Dr. Loeffler).

W d. 1 lutego 1864 r. armia austriacko-pruska w 60,000 ludzi ($\frac{2}{3}$ Prusaków, $\frac{1}{3}$ Austriaków) przeszła Ejderę. W początkach lipca t. r. armia pruska wzrastając stopniowo liczyła 63,500 ludzi; potem stopniowo się zmniejszała i w dniu zawarcia pokoju (30 października 1864) miała 45,000 osób. Z tej liczby w ciągu 9ciu miesięcy straciła: w skutku ran (*vulnus*) 738 osób; w skutku wypadkowych obrażeń i chorób (280) 310, razem 1048, zatem 1, 6 pct. W liczbie rannych i umarłych było: lekarzy 2; aptekarz 1; infirmarzy 2; posługaczy 4. W tymże samym czasie zachorowało 26,717 osób (42, 2 pct.), z których umarło 280, (1, 1 pct.) a między nimi lekarzy 2; urzędników lekarskich 3; siostra miłosierdzia (Diakonissin) 1.

Ani jedna z nowszych wojen nie przedstawia tak małej stosunkowo śmiertelności czy to w skutku chorób, lub też obrażeń, jak wojna duńska odnośnie do armii pruskiej. Dla uwydatnienia zestawimy cyfry z wojny krymskiej (1854—1856) i włoskiej (1859). W wojnie włoskiej z armii francuzkiej (200,000 ludzi) zachorowało 112,476 osób, zatem 56 pct. (w armii pruskiej 42, 2 pct.); dodając do 112,476 chorych jeszcze 13,474 rannych, otrzymamy ogólną liczbę chorych i rannych Francuzów w 1859 r. 125,950, z których umarło 4698 osób, a zatem 3, 7 pct. (*Casala*). W duńskiej armii (1864) zachorowało 31,575, z których umarło 756, a za-

tém 2, 4 pct. (*Djoerup*). We francuzkiej armii w Krymie od ran umarło 20,000, od chorób zaś 70,000 ludzi! — Statystyka śmiertelności austryackiej armii tak z wojny włoskiej (r. 1859), jak i duńskiej (r. 1864) po dziś dzień trzymaną jest w tajemnicy z wielką szkodą dla nauki. G.

Wiadomości bieżące.

W *Ambulatoryum* ocznym szpitala starozakonnych, w ubiegłym miesiącu było obserwowanych wiele wypadków *dyfterytycznego zapalenia łącznicy* (*conj. dyphteritica*). Ilość niewielka pojedynczych zrazu wypadków z czasem powiększała się przez bezpośrednie zarażanie się osób otaczających chorego, tak, iż w końcu miesiąca po kilkunastu tego rodzaju chorych dziennie do *Ambulatoryum* się zgłaszało. Po zupełnym ustaniu tej już obecnie na schyłku będącej Epidemii, nie omieszkamy szczegółowie publiczność lekarską z nią obznajomić; będzie to dosyć interessujący przyczynek do *Epidemiologii* w Warszawie, bo trzeci już rok obserwują się w tymże miesiącu Epidemije oczne do obecnie grasującej podobne. W tym roku, w miesiącu lipcu zgłosiło się chorych 17, a mianowicie: mężczyzn 4, kobiet 5 i dzieci obojg płci 8; z tych 2 osoby podlegały cierpieniu jednego tylko oka, inne zaś obydwóch. Dotychczas 3 osoby zupełnie są wyleczone, 4 na wyleczeniu a z pozostałych 10, dwie straciły po jednym oku, a jednej zaś niebezpieczeństwo jeszcze nie przeszło, ale i nadzieja nie jest zupełnie straconą.

— Na cholerynę od 9 czerwca do 1 sierpnia b. r. zachorowało w Warszawie 340 osób; mianowicie mężczyzn chrześcian 91; męż. żydów 112; kobiet chrz. 61 kob. żyd. 37; dzieci chrz 7, dz. żyd 12; żołnierzy 20. Z tych umarło osób 5: mianowicie m. chr. 3, m. żyd. 1, kob. chrz. 1.

— Na cholere do 1 sierpnia zachorowało w Warszawie 31 osób, mianowicie męż. chrz. 13, męż. żyd. 2, żołnierzy 16; Z tych umarło 8, mianowicie: męż. chr. 4, męż. żyd 1, żołnierzy 3.

— W d. 27 b. m. odbędzie się w Strasburgu kongres lekarski wyłącznie naukowy; program prac jego będzie następnny: 1) Sposób szerzenia się cholery, higiena publiczna i prywatna. 2) Leczenie choroby syfilitycznej. 3) Wycięcie jajników i włóknistych guzów macicy. 4) Stosunek histologii do patologii i kliniki. 5) Anestezja w chirurgii. Kongres trwać będzie dni sześć; posiedzenia odbywać się będą codziennie; dzień szósty poświęcony będzie kwestyom po za obrębem programu.

Sprostowanie. W numerze 4 *Gazety lekarskiej* na str. 61 w pierwszym wierszu „Części statystycznej“ zamiast: „stan śmiertelności w całym kraju ma być: **w Warszawie.**

U w a g a: Z powodu napływającej coraz większej liczby artykułów, Redakcyja postanowiła przy zachowaniu dotychczasowego formatu *Gazety*, powiększyć jej kolumny o kwadrat druku na szerokość, i o 4 wiersze na długość.

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.

Expedyeya 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,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

TRZĘŚC: Zupelne zaciśnięcie światła kiszek cienkich w 3 miejscach, skutkiem częściowego zapalenia otrzewnej przy opadnięciu macicy i pochwy. Dr. F. Czajewicz. — Kronika: Międzynarodowa konferencya sanitarna w Konstantynopolu. — Skutki wycięcia nerwu i założenia szwu nerwowego. — Przegląd literatury chirurgicznej niemieckiej: o zastósowaniu zimna w chirurgii. Dr. Czarniecki. — Ruch chorych w szpitalach Warszawskich. — Statystyka śmiertelności w pruskiej armii w czasie wojny duńsko-niemieckiej. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

Zupelne zaciśnięcie światła kiszek cienkich w 3ch miejscach, skutkiem częściowego zapalenia otrzewnej przy opadnięciu macicy i pochwy.

Spostrzeżenie F. Czajewicza.

W miesiącu listopadzie 1864 r. przybyła do szpitala Śgo Rocha w Warszawie dziewczyna nazwiskiem T. G. 18 lat wieku, służąca, budowy ciała miernej, z gorączką, silnemi boleściami brzucha i ciągłymi wymiotami żółciowemi przy zatrzymanym od kilku dni stolcu.

Wygląd twarzy przerażający; maluje się na nią wielka obawa, niespokojność; oczy zapadłe, ciepło ciała podniesione, skóra potem okryta, puls częsty, prędki i mały.

Bliższe badanie przewodu pokarmowego wykazało: język lekko obłożony po brzegach podsycający, pragnienie znaczne, ciągłe mdłości i w odstępach półgodzinnych przychodzące wymioty, złożone z mass płynnych, zawierających resztki pokarmów, przeważnie zaś śluz i żółć. Brzuch wzdęty i mocno napięty, za uciśnięciem w dolnej połowie bardzo bolesny; przy opukiwaniu odgłos bębenny z wyjątkiem okolicy kiszki ślepej, gdzie znaczne stępienie wskazywało obecność zaległości stolcowych. Stolce od 6 dni zatrzymane; uryna koloru czerwonego, mętna, alkaliczna, opuszczająca osad złożony przeważnie ze śluzu i kryształków fosforanu amonowo-magnezyjowego.

Z przeszłości choréj tyle tylko dowiedzieć się można było, że boleści brzucha z jakimi przyszła, trwają już od paru miesięcy, że dopiero od kilku dni bardziej się powiększyły, a mdłości i wymioty od 3 dni zaczęły dokuczać. Pytana o przyczynę tych przykrych cier-

pień odpowiadała, że zupełnie nie wie, co mogło być powodem jój obecnego stanu. Bliższe jednak badanie części płciowych i kiszki stolcowej rzecz całą po części wyjaśniło.

Badanie zewnętrzne brzucha, jak widzieliśmy, nie uwydatniło takich znaków, któreby mogły naprowadzić na przyczynę choroby; nie znajdując zaś przepukliny brzusznej, na którą w podobnych wypadkach baczna uwaga lekarza powinna być zwróconą, uznaliśmy za stósowne zaraz 1go dnia przybycia chorój do szpitala, dokonać badania wewnętrznego przez pochwę i kiszkę stolcową. Z oznajmieniem przez nas tego zamiaru, chora w zupełnym zaufaniu wyjawiała, że ciesząc się dawniej najlepszym zdrowiem, *przed rokiem* w skutku silnego podźwignania się przy przenoszeniu kufra, doznała *boleści w dolnej części brzucha i uczucia, jak gdyby się coś obsunęło ku dołowi*; że wkrótce potem zaczęło się ukazywać jakieś *ciało między udami*, wtedy mianowicie, kiedy zajęta była cięższą pracą fizyczną; że zwolna wysuwanie to powiększyło się, i że przy większym zajęciu służbowym doznawała przykrego bólu w dolnej części brzucha i potrzeby *częstego oddawania uryny*. Chora przyznała również, że przed dwoma miesiącami przy nowym podźwignaniu się doznała znacznego pogorszenia, i że od tego czasu z każdym dniem czuła się słabszą. W rzeczy samej badanie uskutecznione przez pochwę i kiszkę stolcową wyjaśniło cały stan cierpienia, o którym chora dokładnie opowiadała. Przy ostrożnym wprowadzeniu palców ręki prawej złożonych w stożek do ujścia pochwy, natrafiono się zaraz za kośćmi łonowymi na mocno wypukłone ciało gąbczaste, chropawe, lekko płynem lepkiem zwilżone, dające się z trudnością ku górze odprowadzić po nad przednią wargę ust macicznych; ciało to odpowiadało przedniej ścianie pochwy. Posuwając rękę nieco wyżej, natrafić można było na same usta maciczne, gładkie, zamknięte i na część pochwową macicy mocno zgrubiałą, powiększoną, twardawą, bliską ujścia pochwy położoną; przez tylną zaś część sklepienia pochwy jak niemniej przez kiszkę stolcową wyczuć można było powiększone twardawe ciało macicy. Wszystko to przemawiało za *obsunięciem się powiększonej macicy ku dołowi i znacznym opadnięciem przedniej ściany pochwy*. Wszelkie usiłowanie odprowadzenia macicy ku górze okazało się niepodobnym.

Silne boleści w dolnej części brzucha zwiększające się za uciesnieniem, znaczne wzdęcie téj okolicy, przy niestających wymiotach żółciowych i znacznej gorączce, prowadziły do wniosku, że stan obecny odnieść wypada do zapalenia otrzewnej pokrywającej organa w dolnej części brzucha umieszczone, a będącego prawdopodobnie

w przyczynowym związku z powyższem cierpieniem części płciowych. Od dni 3 nieustające wymioty, stolce od tygodnia zatrzymane, znaczny upadek sił, wejrzenie chorój malujące ciężkie cierpienie, wszystko to budziło jeszcze podejrzenie istniejącej przeszkody w przejściu zawartości kiszkiowych przez kanał pokarmowy, a tém samém czyniło rokowanie bardzo niepomyślném.

Ze względu na mocne boleści i naprężenie dolnej połowy brzucha przy znacznej gorączce, zastosowano cięte bańki na dolną okolice brzucha, potem ciepłe okłady, a wewnątrz przepisano *kalomel* w 2ch proszkach 5cio granowych co dwie godziny jeden, aby przez powiększenie wydzieliny błony śluzowej kiszki, spowodować wypróżnienie stolcowe; opatrunku podtrzymującego odprowadzoną ku górze pochwę chora nie znosiła.

Dni następnych chora o tyle tylko miała się lepiej, że wymioty rzadziej przychodziły, a boleści brzucha zmniejszyły się znacznie. Gorączka opadła. Stolca jednak nie było, i tylko po lewatywach odeszła niewielka ilość mass stolcowych.

Powtórzono użycie upuszczenia krwi miejscowego przez postawienie 20 pijawek na dolną część brzucha, podano także *kalomel* w 4 proszkach dwugranowych co godzina jeden, stosując dalej ciepłe okładania na brzuch. Dla złagodzenia zaś dokuczliwych wymiotów, zalecono chorój użycie w małych ilościach wody lodowej.

Podczas dalszego pobytu chorój w szpitalu stan jój znacznie się zmienił; *wymioty stały się lajnistemi*, język zecerwieniał, brzuch stał się bardziej jeszcze wzdęty, stolce ciągle zatrzymane, wielki upadek sił; chora na pół nieprzytomna, oczy mocno zapadłe, rysy twarzy bardzo zmienione, skóra chłodna, potem okryta, puls mały, prawie niedomacalny. Nareszcie 12 dnia pobytu w szpitalu, chora wśród zupełnego upadku sił i ciągłej czkawki życie zakończyła.

Ogłędziny pośmiertne przedstawiły następujące zmiany: po otworeniu jamy brzusznej, dolna część kiszki cienkich przedstawiła się zwiniętą w postaci dużego kłęba, miejscami koloru czerwono-wiśniowego z mocnym nastrzyknięciem krwią naczyń błony surowiczej, i z mnóstwem rozmaitych pasemek włóknistych wiążących kiszki. Otrzewna pokrywająca macicę, jajowody, jajniki i przyległą część pęcherza mocno zecerwieniona skutkiem znacznego nastrzyknięcia jój naczyń, obrzmała, szczupłą warstwą wysięku włóknikowego pokryta, w wielu miejscach przyrośnięta do przyległych kiszki cienkich. Rozpatrując bliżej sposób poplątania i pozrastania się kiszki można było widzieć zupełne zaciśnięcie ich światła w 3 miejscach. W dwóch mia-

nowicie miejscach kiszki biodrowej, zamknięcie to nastąpiło w ten sposób, że pętla kiszki leżąca pod spodem tworzyła przez zbliżenie się i zrośnięcie jej kręzek rodzaj pasma włóknistego, obejmującego pętlę kiszki z wierzchu położoną i zaciskającą takową zupełnie. W trzecim zaś miejscu przy samej zastawce B a u h i n'a część obejmująca kiszki cienkiej zacisnęła część kiszki objętej przez zrośnięcie się jej błony surowiczrej. W paru innych miejscach kiszki cienkie były z sobą pozlepiane lub połączone oddzielnemi pasmami włóknistemi, jednakże się nie zaciskały.

W miejscach zaciśnięcia kiszki były blade, ścięnczone, zmienione w rodzaj płaskich tasiemek. Powyżej miejsc zaciśniętych kiszki cienkie były rozdęte, pozwijane, miejscami koloru czerwono-wiśniowego, zawierały żółty płynny kał i znaczną ilość gazów. Błona śluzowa znacznie obrzmiła, zaczerwieniona, miejscami zasiana plankami wynaczynień krwi, okryta warstwą łuszczącego się nabłonka.

Żołądek skureczony, zawierał resztki pokarmów płynnych, błona śluzowa również mocno obrzmiła, pofałdowana, zaczerwieniona, z mnóstwem wynaczynień włosowatych krwi; kiszki grube ściągnięte, małą ilość płynnego kału zawierały.

Wątroba i śledziona jak niemniej nérki nie godnego uwagi nie przedstawiały.

Macica w otworze wyjścia małej miednicy umieszczona, powiększona w całej objętości, twardawa, okryta mocno zgrubiałą błoną surowiczą, pofałdowaną i zaczerwienioną, w kilku miejscach do kiszek cienkich przyrosła. Usta maciczne gładkie, okrągławe, zamknięte. Na rozkroju miąższ koloru blade-czerwonego z przebiegającemi białawemi prążkami. Sama jama macicy nieco powiększona, błona śluzowa lekko obrzmiła.

Jajniki również powiększone, błona surowicza przyrosła do kiszek; na rozkroju naczynia ich miernie są nastrzyknięte, ku obwodowi ślady ciał żółtych (corpora lutea). Błona śluzowa jajowodów nieco zaczerwieniona i obrzmiła.

Cała pochwa a szczególnie jej przednia część bardzo zgrubiała, mocno pofałdowana; błona śluzowa koloru brudno-wiśniowego, grubą warstwą łuszczącego się nabłonka i płynem lepkiem białawym okryta. Przednia ściana pochwy wysunięta między wargi sromne, na rozkroju przedstawia się przynajmniej w trójnasób grubszą.

Pęchérz zawiera niewielką ilość moczu koloru ciemno-czerwonego. W tylnej części ściągnięty nieco ku dołowi przez opadniętą pochwę, ściany jego zgrubiałe szczególnie w części przyległej pochwie,

błona śluzowa koloru brudno szarawego, obrzmiata, pofałdowana, szczupłą warstwą śluzu i nabłonka okryta.

Organa w jamie mózgowej i piersiowej położone, nie przedstawiały nic godnego uwagi.

Przy oględzinach więc pośmiertnych znaleźliśmy: oprócz opadnienia macicy i pochwy z następczym ich rozrostem (mianowicie warstwy tkanki łącznej), zapalenie otrzewnej pokrywającej trzewia w dolnej połowie jamy brzusznej umieszczone, ztąd powstałe zaciśnięcie kiszek cienkich, nadto znaki silnego ostrego nieżytu kiszek cienkich i żołądka, a chronicznego pochwy i pęcherza.

W wypadku powyżej opisanym przedstawia nam się obraz smutnych następstw *dlugo-trwałego a zanedbanego opadnienia macicy i pochwy*, jakie wywołane zostało u 17sto letniej dziewczyny przez dźwignięcie znacznego ciężaru. Wiadomo nam, że podobne opadnienia przychodzą najczęściej w skutku często przebywanych porodów i poronień; wówczas bowiem macica nie zawsze powraca do swego stanu pierwotnego, a stając się przeto cięższą i sprowadzając w następstwie zwolnienie więzów (szczególniej maciczno-pochwowego, maciczno-pęcherzowego i maciczno-odbytowego), przy wpływie gwałtów zewnętrznych lub wstrząśnięć, z łatwością obsuwa się ku dołowi. Spostrzegamy także czasami podobne opadnienia w wieku lat klimakterycznych; nie ulega przecież wątpliwości, że i u dziewic przy prawidłowym poprzednio stanie części płciowych, z przyczyn mechanicznych macica i pochwa uleż mogą opadnięciu. Dotykalny przykład na to znajdujemy w opisanym przez nas wypadku.

Chora przybyła do szpitala już z groźnemi następstwami opadnienia macicy i pochwy, mającego początek swój przed rokiem. Oddana ciągłej pracy fizycznej, nie mogła doznać ulgi w swoich cierpieniach, a względy skromności kobiecój wstrzymywały ją od zasięgnięcia pomocy lekarskiej. Nic więc dziwnego, że stan jej z wolna pogarszał się, i że w końcu smutnie się zakończył.

Czy w samym początku miało miejsce tylko opadnienie macicy lub pochwy? tego nie wiemy; jeśli one razem nie nastąpiły, to w dalszym przebiegu jedno mogło sprowadzić drugie. W każdym razie istniejące obsunięcie się rozrostłej w następstwie macicy i wypadnienie rozrostłej pochwy, przy ciągłych wstrząśnieniach, przy ciężkiej pracy fizycznej, łatwo wywoływało rozciąganie, targanie otrzewnej pokrywającej organa w małej miednicy położone. W skutku zaś tego przy-

szło do zapalenia ograniczonego otrzewnej, które zwolna przenosząc się na błonę surowiczą kiszek cienkich, wywołało zrośnięcia i śmiertelne zaciśnięcie w 3ch miejscach kanału kiszkiowego.

Według tego co chora opowiadała, silniejsze bole w dolnej części brzucha datowały się dopiero od 2ch miesięcy, t. j. od chwili podziałania nowego wpływu mechanicznego; od tego też czasu prawdopodobnie rozpoczął się szereg cierpień odnoszących się do ograniczonego zapalenia otrzewnej. Zwolna postępujące opadnienie rozrostłej skutkiem drażnienia zewnętrznych czynników macicy i pochwy, przy ciągłej pracy fizycznej, było powodem, że zapalenie to przybierało coraz większe rozmiary, i że w końcu zniewoliło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

Groźny stan w jakim chora nasza przybyła do szpitala, nasuwał myśl ważnych zaburzeń mających swój początek w organach jamy brzusznej. Bliższe zaś zbadanie wnieść pozwoliło, że objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej (trzewiowej) stoją w przyczynowym związku z rozpoznaniem cierpieniem części płciowych. Obawa o zdrowie i życie chorą była od samego początku wielka, uważaliśmy bowiem podejrzenie istniejącej przeszkody w przejściu zawartości kiszkiowych przez kanał pokarmowy, za uzasadnione; oględziny pośmiertne potwierdziły nasz sposób widzenia rzeczy.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Międzynarodowa Konferencya sanitarna w Konstantynopolu.

Początek, endemiczność, udzielanie i szerzenie się cholery.

Przy zjawieniu się obecnie grasującej cholery, Cesarz Napoleon wezwał Rządy Europy do utworzenia Kommissyi w celu obmyślenia środków położenia tamy szerzeniu się epidemii.

Konstantynopol jako najbliższe ognisko źródła choroby uznano za najstósowniejsze miejsce do obrad.

Kommissyę międzynarodową składali: hr. de Lallemand, hr. de Noidans i Ségovia dyplomaci, i DDr. Bartoletti, Bykow, Bosi, Dickson, Fauvel, Goodeve, Gomez, baron Hübseh, Lenz, Maccas, Millingen, Monlau, Müblig, Pelikan, Polak, Salem, Salvatore, Sawas, Sotto, I. Spadaro, i Van-Geuns, lekarze.

Członkowie Kommissyi obecnie po ukończeniu swego zadania, złożyli obszernie sprawozdanie z prac swoich, treść którego, pod formą ostatecznych wywodów (poddanych głosowaniu), uważamy za obowiązek podać czytelnikom naszym.

Redaktorem sprawozdania (83 str. in 4^o małego druku) był Dr. Fauvel.

1. Cholera azyatycka, ta sama która kilkakrotnie świat cały obiegła, pochodzi z Indyi, gdzie bierze swój początek i gdzie stale w stanie endemicznym panuje. (Przyjęte jednomyślnie).

2. Kommissya uznaje za rzecz dowiedzioną, iż rozszerzająca się cholera azyatycka, nigdy się nie rozwijała samodzielnie (modo spontaneo) i nigdy nie była obserwowaną w stanie endemicznym w żadnym z krajów europejskich, i że zawsze do nich dostawała się z zewnątrz. Co do krajów sąsiednich Indyan, jakkolwiek Kommissya przyjmuje prawdopodobieństwo nieistnienia cholery w tych krajach jako endemii, wszelako nie uważa się za upoważnioną do stawiania pod tym względem stanowczych wniosków. (Przyjęte przez wszystkich członków Kommissyi z wyjątkiem PP. Polak, Sawas i Van-Geuns).

3. Cholera azyatycka nie zdaje się mieć pierwotnego ogniska swego w krainie Hedjaz, dokąd jak się zdaje, dotychczas zawsze z zewnątrz była wnoszoną. (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem P. Goodeve).

4. Znajdują się w Indjach pewne miejscowości, objęte głównie doliną Gangesu, gdzie cholera jest endemiczną, choć nie można je wszystkie oznaczyć ani też twierdzić, że one mają wyłączny przywilej dawania początku chorobie. (Przyjęte jednomyślnie).

5. Nie znamy warunków specjalnych, pod wpływem których cholera powstaje w Indjach i tamże w pewnych miejscowościach grasuje w stanie endemii. (Przyjęte jednomyślnie).

6. Pielgrzymki są w Indjach najpotężniejszą ze wszystkich przyczyn, które wpływają na rozwój i rozszerzenie się epidemij cholerycznych. (Przyjęte jednomyślnie).

7. Czyż te fakta nie dowodzą najjawniej, że cholera przenoszona jest przez człowieka i to z szybkością tém większą, im większa jest szybkość i częstość własnych jego wędrówek? Kommissya nie waha się twierdząco na to odpowiedzieć. (Przyjęte jednomyślnie).

8. Udzielanie się cholery (transmissibilitas) jest prawdą nie zaprzeczoną, udowodnioną przez fakta niedopuszczające żadnego innego wytłumaczenia. (Przyjęte jednomyślnie).

9. Dotychczas żaden fakt nie dowiódł, żeby cholera mogła się przenosić na dalekie odległości przez samą tylko atmosferę w jakichkolwiek znajdującą się warunkach; owszem, jest prawem bez wyjątku, że nigdy epidemia choleryczna nie przeniosła się z jednego punktu na drugi w czasie krótszym od tego, jaki jest potrzebny człowiekowi do przebycia téj saméj odległości. (Przyjęte jednomyślnie).

10. Jakkolwiek nie wszystkie przedmioty pochodzące z krajów cholera dotkniętych są zdolne do rozkrzewiania choroby, jednakże przezorność każe, by do czasu nowych badań i odkryć, wszystkie takowe przedmioty uznawane były za podejrzane. (Przyjęte jednomyślnie).

11. Pewne fakta zdają się dowodzić: że jedna osoba (a tém bardziej kilka osób) przybywając z zarażonej miejscowości i cierpiąc na biegunkę, może wystarczyć do dania powodu do rozwoju epidemii cholerycznej, czyli, innymi słowy, biegunka zapowiednia (diarrhie dite premonitoire) może udzielić cholere. (Przyjęte jednomyślnie).

12. Prawie we wszystkich przypadkach cholery, okres wylęgania się (incubatio) tj. czas upłyniony pomiędzy chwilą, w której osoba mogła się zarazić a początkiem biegunki zapowiedniej lub wybuchem samej cholery, nie przenosi kilku dni; wszystkie podawane fakta dłuższego wylęgania się odnoszą się do tych wypadków, w których zarażenie mogło mieć miejsce po opuszczeniu miejsca zarażonego. (Przyjęte jednomyślnie).

13. Niema żadnego znanego faktu, któryby dowodził, że zwierzęta żywe przenosiły cholere; jest wszakże racjonalnym uważać je w pewnych razach za przedmioty zdolne ją przenieść (susceptibils). (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem PP. Bykow i Lenz).

14. Cholera może się udzielić przez przedmioty używane pochodzące z miejsca zarażonego, a mianowicie przez te, które służyły samym chole-rycznym; z niektórych nawet faktów wypada, że przedmioty takowe zamknięte i zabezpieczone od przystępu wolnego powietrza, mogą na daleką odległość przenieść chorobę. (Przyjęte jednomyślnie).

15. Kommissya stwierdzając jednomyślnie brak wszelkich dowodów przeważających za przenoszeniem cholery przez towary, przyjmuje (większością 16u głosów przeciw 6 ciu) możebność tego faktu w pewnych warunkach. (Przeciw temu głosowali: PP. Bykow, Goodeve, Lenz, Pélikan, Polak i Von-Geuns).

16. Jakkolwiek nie jest faktami stanowczemi dowiedzionem, aby trupy cholerycznych mogły udzielić cholere, roztrópnem jest uważać je za niebezpieczne. (Przyjęte jednomyślnie z wyjątkiem P. Sawaś, który się wstrzymał od głosowania).

17. Komunikacye morskie są z natury swojej najniebezpieczniejsze; one to w najpewniejszy sposób cholere daleko przenoszą; po nich idą komunikacye kolejami żelaznemi, które, w czasie bardzo krótkim, mogą na dalekie odległości chorobę przenosić. (Przyjęte jednomyślnie). (*Dokończenie nastąpi*).

Skutki wycięcia nerwu i założenia szwu nerwowego.

Prof. Szymanowski podaje w czasopiśmie „*Prager Vierteljahresschrift (XXII)*“ po dłuższej rozprawie treści tytułem oznaczonej, następujące uwagi przedmiotu tego dotyczące, jako przestrożę przeciwko zdaniu chirurgów francuzkich, twierdzących, że szew na przeciętym nerwie założony przywraca czynność nerwów po kilku godzinach:

1. Wycięcie nerwu, nawet znaczne przerywa czynność jego tylko w części i tylko na krótki czas (parę dni).

2. Po dokonanej neurektomii następuje w miejscach odpowiednich (rozgałęzienia nerwu przeciętego) zrazu *obniżenie*, a następnie *podwyższenie* ciepła (w skutek porażenia nerwów naczyniowych).

3. Nerw średnicy n. kulszowego może się odrodzić po wycięciu kawałka długości 3 centimetrów.

4. Odrodzenie się nerwu nastąpić może, wedle doświadczeń na ludziach czynionych, po wycięciu kawałka 6 linii długiego, z której to przyczyny powroty chorob (neuralgii) po neurektomii przypisać należy *odrodzeniu się nerwu*.

5. W nerwach (*czujnych i mieszanych*) świeżo przeciętych, czynność nerwowa przywróconą być może przez staranne złączenie za pomocą delikatnego szwu, co wszakże dotąd jest wątpliwem przy przecięciu nerwu *ruchowego*.

6. Czynność nerwu czujnego przywróconą być może *drogą pośrednią* także bez połączenia końców nerwowych.

7. Koniec obwodowy przeciętego nerwu nie koniecznie *uledź musi zanikowi*, jakto najczęściej utrzymują.

8. Wiele dowodów przemawia za tém, że nawet po przecięciu pnia nerwowego, czynność jego przywróconą być może za pomocą *gałęzi anastomotycznych*. Dowodem tego twierdzenia są: a) preparata anatomiczne. b) ból doznawany niekiedy po przecięciu w gałęziach obwodowych. c) rzadkie tylko wypadki natychmiastowego zupełnego stłumienia czynności po przecięciu nerwów czujnych. d) stwierdzenia faktu, że *przed spojeniem końców* przeciętego nerwu, czucie w końcu obwodowym do *prawidłowej powraca siły*, wreszcie e) to doświadczenie, że u jednego chorego po przecięciu nerwu łydkowego, zimne okłady *w początku były bezskuteczne*, a następnie *uśmierzały boleści* (t. j. po przejęciu czynności nerwów głębszych a przeciętych przez gałęzie powierzchowne skórne).

9. Po przecięciu poprzeczném nerwu *wyłącznie czujnego*, powraca czucie w miejscach tym nerwem zaopatrzonych już po kilku dniach.

10. Po przecięciu nerwu mieszanego lub ruchowego, ruch powraca bardzo powoli, albo wcale nie powraca.

11. Ani przecięcie, ani założenie szwu na nerwie, nie sprowadza zazwyczaj *żadnych złych skutków*, jeżeli kończyzna po operacyi pozostawia się w zupełnym spoczynku.

12. Znaczenie odrodzenia się nitek nerwowych po neurektomii w nerwobolach jest jawne, wszakże nadmienić wypada, że *może powrócić czucie bez powrotu bólu nerwowego*.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ NIEMIECKIEJ.

W prospekcie niniejszego pisma zapowiedzieliśmy krytyczny przegląd ruchu naukowo-lekarskiego poza granicami naszego kraju. Rozpoczęliśmy już go przeglądem chirurgii angielskiej, do której i amerykańską zaliczamy. Nadal w pewnych odstępach czasu, prócz chirurgii angielskiej z amerykańską, podawać będziemy nadto przeglądy chirurgii włoskiej, francuskiej i niemieckiej. Przeglądy nasze zawierać będą treściwy, ale wyczerpujący obraz prac na polu chirurgii podejmowanych: 1) w łonie towarzystw naukowych wyłącznie chirurgii poświęconych, lub w ogóle lekarskich, o ile one chirurgią zajmować się będą, i 2) w różnych czasopismach lekarskich napotykanym. Wyborem przedmiotów do przeglądu kierować będzie doznana użyteczność ich w praktyce, będąca zarazem przyczynkiem do postępu nauki, lub przynajmniej do rozpowszechnienia zdrowych zasad naszej wiedzy. Sposób przedstawienia rzeczy obraliśmy taki, aby czytelnikom naszym, oszczędzając czasu do mozolnego ślęczenia w źródłach, przedmiot oddać jasno, zrozumiale. Pochlebiamy sobie, że na tej drodze utrzymywać będziemy czytelnika na równi z postępem nauki, i zarazem uwolnimy go od konieczności, częstokroć niemożliwej, odczytywania jednoczesnego wielu pism lekarskich. Do chirurgii włączyliśmy otyatrykę i syfilografię.

Dzisiaj rozpoczynamy przegląd chirurgii niemieckiej. Nie ulega wątpliwości, że Niemcy biorą dzisiaj najczynniejszy udział w rozwoju chirurgii, jako nauki. Po między Niemcami wylęła się anatomia patologiczna (Rokitansky, Virchow), i przez nich po raz pierwszy do patologii chirurgicznej wcielona została. Młodzieńcze to prawda jeszcze siły, ale nie możemy nie dostrzedz, że już w młodości stały się dojrzałymi. Jak to nie dawne jeszcze czasy, kiedy w całych Niemczech praktykę chirurgiczną wykonywali Francuzi; jak następnie cała literatura chirurgiczna niemiecka składała się z tłumaczeń angielskich pisarzy; pamięcią prawie sięgamy czasu, kiedy w Niemczech powstały pierwsze chirurgiczne szkoły: jedna na południu Niemiec, w Würzburgu, stworzona przez Siebolda, druga na północy (Gettynga), mająca za przedstawiciela Richtera, trzecia nareszcie w Berlinie, której twórcą był Mursinna; a już z szkół tych wyszli mężowie (Brüninghausen, Klein, Walther, Rust, Graeffe, Dieffenbach, Langenbeck), którzy chirurgię niemiecką postawili obok francuzkiej i angielskiej, liczących już po kilka wieków istnienia.

Kiedy na gruzach krazeologii zakwitła Patologia cellularna, pierwsi, którzy podług zasad téj nauki sprawy chorobowe objaśniać zaczęli, byli chirurgowie niemieccy; pod wpływem téj nauki wykształciła się młoda szkoła chirurgów, pracami których dzisiejsza chirurgia niemiecka otrzymała piętno czysto naukowe. Szkołę tę tworzą: Weber, Billroth, Volkmann, Lihart, Busch, Esmarck, Wagner i w. i. Im zawdzięczamy wprowadzenie do chirurgii mikrografii i chemii, przy pomocy których obserwacja kliniczna utraciła dawny czysto empiryczny swój charakter, a wspierana doświadczeniem (*experimentum*) nauczyła nas każdy oderwany fakt lekarski objaśniać podług ogólnych zasad fizjologii i patologii i wykazać związek jego z życiem organizmu zdrowego i chorego. To właśnie jest warunkiem użyteczności lekarskich postrzeżeń

Zarzucano niemieckim chirurgom bojaźliwość, brak samodzielności w pomysłach, naśladownictwo obcych; zarzuty te dawniej zupełnie słuszne, obecnie już na nich nie ciążyą. Śmiałość i przedsiębiorczość Dieffenbacha, Langenbecka, Wutzer'a, Brunnsa, Rosera zbliżyły chirurgów niemieckich do Anglików i Francuzów; żaden z pomiędzy nich nie cofnie się już dzisiaj przed wykonaniem najśmielszych i najdelikatniejszych operacyj.

Niemcy z natury swój skłonni do abstrakcyj chętniej zajmowali się teorią medycyny i na zasadach szkół filozoficznych potworzyli liczne doktryny lekarskie; przed chirurgią zaś, którą nazywali *negotium sordidum*, starannie aż do końca XVIII wieku zamykali podwoje uniwersytetów; ale skoro von Wuthweh'r z narażeniem swój osoby i mienia pierwszy zaczął wykład chirurgii *ex cathedra*, powoli pozbyli się tego wstrętu i jakby wynagradzając czas stracony, jęli się doń z zapałem. Obecnie we wszystkich uniwersytetach niemieckich spotykamy po kilku wykładających chirurgię; w kilkudziesięciu peryodycznych pismach lekarskich wydawanych w Niemczech spotykamy liczne artykuły chirurgicznej treści, i rzecz godna uwagi, w Niemczech wychodzą obecnie trzy pisma specjalnie chirurgii poświęcone. Materiał naukowy ogromny! Zadaniem naszym będzie zużytkować celniejsze utwory na korzyść naszych czytelników; zapewnione współpracownictwo, spodziewamy się, skutecznie nam to dozwoli. Rozpoczynamy dzisiaj przegląd chirurgii niemieckiej od streszczenia pracy Prof. Esmarcka „o zastosowaniu zimna” *na der* nauczającej pod względem praktycznym.

O zastosowaniu zimna (frigus) w chirurgii.

Przez Dr. J. Czarnieckiego.

Użycie zimna, jako środka przeciwzapalnego, nie jest dostatecznie ocenioném w naszym czasie; niektórzy lekarze twierdzą, że środek ten jest często nadużywany i może mieć skutki bardzo szkodliwe; inni zaś (Esmarch) policzają zimno między najskuteczniejszymi środkami przeciwzapalnymi i utrzymują, że bez niego nie byłiby w stanie być chirurgami.

Rozmaitość poglądu na ten przedmiot nie jest nowa. Hippokrates, Celsus, zalecają użycie wody zimnej w świeżych obrażeniach traumatycznych, gdy tymczasem Galen używał przy ranach tylko ciepłej wody i ciepłego oleju. Aëtius (550 po nar. Chr.) przeciwnie, naśladował Hippokratesa i już niekiedy używał skrapiania (irrigacyi), Rhazes (900 po nar. Chr.) uciekał się do wody zimnej przy oparzelinach, a zalecał ciepło wilgotne przy złamaniach kości. Później zapomniano o tym środku, bo w XVI wieku Marianus Snetus Blondus zachwalał zimną wodę, jako nowy środek do leczenia ciężkich ran; inni sławni chirurgowie tego czasu, mianowicie Ambroży Paré, Fallopius (1560) i Palatius w takiż sam sposób nadmieniają o tym przedmiocie; ostatni używał nawet nieprzerywanych skrapiań zimnych (irrigatio continua) z bardzo dobrym skutkiem przy ciężkich ranach. Chirurgowie XVII wieku używali tylko plastrów i maści, bo widać, woda zimna wydawała się im jako środek zbyt prosty. W XVIII wieku Anglik Smith (1725) i Francuz Lamorier 1732 wznowili użycie zimnej wody; ostatni lubił szczególnie zalecać kąpiele miejscowe długo trwające; on obwinia publiczność o obojętność przeciw tak prostemu, a skutecznemu lekarstwu i o sprzyjanie środkom lekarskim obcym, drogim i z daleka przywożonym. Chirac¹⁾ wyleczył ranę na ręce u księcia Orleańskiego, otrzymaną przy oblężeniu Turynu, za pomocą długo używanych kąpiele miejscowych. Później znowu zapomniano we Francyi o wodzie, i dopiero w połowie XVIII w. niemieccy lekarze wojskowi znowu wprowadzili ją w użycie. Schmucker, główny chirurg armii pruskiej przy Fryderyku Wielkim, czynił postrzeżenia o działaniu zimna na obrażenia głowy podczas oblężenia Schweidnitz (1762); w dziele swoim²⁾ opowiada on o 12 wypadkach obrażeń czaszki, które bez względu na bardzo troskliwe leczenie, źle się skończyły; wpadł więc na myśl użycia zimnej wody, która takie mu usługi okazała w następnych wypadkach, że ją zalecił innym lekarzom armii pruskiej. Theden, główny chirurg tejże armii, mówi podobnie o świetnych skutkach użycia wody zimnej³⁾; oprócz ran ciężkich i zapaleń, używał ją w odmrożeniach, uwięzieniach przepuklin a nawet nie wahał się leczyć nią różę; obok tego jednak zalecał bardzo swoją wodę postrzałową (Schusswasser), gdyż powiada on, zawiść i złośliwość przeszkadzały mu leczyć środkami prostemi; ale często wodę swoją postrzałową mieszał z wielką ilością wody zimnej. W 1785 r. Percy i Lombard widzieli dobre skutki po użyciu zimnej wody przy uszkodzeniach spowodowanych probowaniem nowych karabinów w Strassburgu, z których wiele rozerwało. W tym samym czasie niejaki Müller z Elsass leczył rany wodą zimną, dodając do niej nieco ałunu

1) *Observations Chirurgie 1742.*

2) *Chirurgische Wahrnehmungen Tom 1. Str. 1 i 153.*

3) *Neue Bemerkungen zur Chirurgie 1782.*

i wzmacniając ją jakimiś zaklinaniami. L o m b a r d, który obserwował sposób jego leczenia przekonał się, że dobre skutki onego pochodziły jedynie od wody zimnej, i w następnym roku ogłosił rozprawę o jej użyciu. P e r c y miał sposobność widzieć dobre skutki po użyciu wody zimnej u dwóch chirurgów niemieckich w Saarlouis i bardzo ją zalecał. Od tego czasu środek ten zajmuje zaszczytne miejsce w chirurgii polowej i takie powagi naukowe jak: L a r r e y, G u t h r i e, B a u d e n s, S t r o m e y e r, zalecają wciąż jego użycie.

Ale w chirurgii i terapii zwyczajnej, rzecz się ma zupełnie inaczej; nietylko mało jest używany ten środek w szpitalach cywilnych i w praktyce prywatnej, ale w dziełach chirurgicznych nowszych czasów powstawano energicznie przeciw niemu i ograniczano jego zastosowanie.

Różnica zdań w tym przedmiocie pochodzi najwięcej od niestósownego i niewczesnego użycia tego energicznego środka. To samo można powiedzieć o wszystkich innych środkach lekarskich energicznych, które są silnymi truciznami, i tylko przez umiejętne użycie stają się lekarstwami; ale najwięcej można to zastosować do prostych sił natury, z których nauka lekarska coraz więcej stara się korzystać.

Wielu lekarzy już na uniwersytetach stali się wrogami zimna, jako środka lekarskiego; nauczyciele zdołali w nich wpoić i wstręt do niego i bojaźń. Z drugiej strony, wyrażenie „zimne okłady,” najpowszechniej dające się słyszeć gdy rzecz idzie o „zimno“ dowodzi, że pojęcie o tym środku bardzo jest mylne, gdyż to właśnie jest najniestósowniejsza forma, w której zimno użyć można.

Jeden z najważniejszych objawów sprawy zapalnej jest podniesienie temperatury w części chorzej, do której dołącza się zazwyczaj podobne podniesienie w całej massie krwi (*febris*). To zjawisko pochodzi z jednej strony od powiększenia zamiany materii w organie cierpiącym, z drugiej strony od przyspieszonego biegu krwi przez jego naczynia. Środek więc, któryby zniżał temperaturę, tak w części zapalnej, jako i w całym ciele, i któryby zarazem usuwał źródło nienormalnego tworzenia się ciepła, sprawiedliwie mógłby być nazwanym przeciwzapalnym. Otóż w zimnie posiadamy ten środek; dowodzą tego i bezpośrednie doświadczenia i postrzeżenia nad chorymi.

Czém dłużej oziębianą jest jakakolwiek część ciała, tém głębsze warstwy tkanin podlegają niżeniu temperatury, i tém więcej potrzeba czasu aby część oziębiona, po odjęciu środka sprawującego oziębienie, na nowo odzyskała pierwotny stopień ciepła.

Zmniejszenie ciepła jest także źródłem drażliwości, sprawia bowiem kurczenie się włókien mięsnych w skórze i w ściankach naczyń; przezco brodawki skóry mocniej występują (skóra gęsia) i światło naczyń się zmniejsza; oziębiana część blednieje, ponieważ w zwężonych naczyniach krew przepływa w mniejszej ilości i podług *Donders'a* powolniej; nakoniec, w skutek zmniejszonego przepływu krwi, ogranicza się także zamiana materii, gdyż chemiczne połączenia możliwe są tylko przy pewnym stopniu temperatury. Przy zapaleniu zatem, możemy pomocą *zimna* usunąć główne źródło nienormalnego tworzenia się ciepła.

Poszukiwania *Traube'go*, *Bergmann'a*, *Hoppe'go*, *Liebermeistera* i innych dowiodły, że zmniejszenie temperatury zewnętrzne pociąga za sobą zmniejszenie jej w całym organizmie; jednakże z drugiej strony doświadczenie pokazało, że miejscowe oziębienie zniża temperaturę całej massy krwi, ponieważ ta, przechodząc przez naczynia części oziębionej, musi tracić znaczną część swojego ciepła. Tak

więc oziębienie miejscowe może zmniejszyć gorączkę pochodzącą z uszkodzeń miejscowych.

Jeżeli oziębienie trwa długo na znacznej części powierzchni ciała, to tworzenie się ciepła nie jest już w stanie zrównoważyć jego stratę i następuje znaczne zniżenie temperatury krwi, które termometr łatwo okazać może ¹⁾).

Zastosowanie zimna w praktyce lekarskiej, daje się skutecznie rozmaitymi sposobami. Najczęściej są: zimne okłady (fomenta frigida), kąpiele miejscowe (balneum topicum) albo zanurzenie (immersio), skrapianie (irrigatio) i pęcherze z lodem (sacci glaciales). Zimno w ostatniej tylko formie działa samo przez się; w innych zaś formach dołącza się działanie wilgoci i wody, gdy tymczasem wielka jest różnica między zimnem wilgotnym a suchym.

Zimne okłady stanowią metodę najwięcej upowszechnioną, ale zarazem najmniej właściwą i pewną, ponieważ przy niej zamiast oziębienia można mieć często skutek przeciwny; jeżeli okłady nie są często odmieniane, to ich wilgotna powierzchnia przybiera temperaturę części zapalnej, promieniowanie ciepła w niej ustaje, zatem ciepło części zapalnej podwyższa się. Często znowu odnawianie okładów sprawia niejednostajność działania, a zatem od czasu do czasu ponawiające się drażnienie, które, działając dobrze w niektórych chorobach (okłady pobudzające Priesnitz'a), powiększa często zapalenie. Często niepokojenie i częste dotykanie zapalnej części sprawia także drażnienie, które pociąga za sobą te same skutki. Zamoczenie bielizny i pościeli, którego ustrzedz się także niepodobna, może sprawić oziębienie tam, gdzie ono niepotrzebne i wywołać nową chorobę. Ale najzgubniejsze skutki wywierają okłady na miejsca zabandażowane; — gdy bowiem suchy bandaż zostanie zwilżony, kureczy się mocno i przez to powoduje często nie tylko powiększenie zapalenia, ale nawet zgorzel. Pożądaną jest zatem rzeczą, aby okłady wyszły z użycia i aby wyraz "zimno" nie był używany za jedno z wyrażeniem „zimne okłady.”

Daleko praktyczniejsze jest użycie zimna przez kąpiele miejscowe, albo zanurzenie i przez skrapianie. Tu w każdym momencie nowa ilość wody oziębionej przychodzi w zetknięciu z powierzchnią części uszkodzonej, zatem w każdej chwili następuje nowe pomniejszenie ciepła. Przy zanurzeniu, ogrzanie jednej warstwy płynu wywołuje ruch w drugiej sąsiedniej tak, że gorąca warstwa wody zastąpiona bywa przez zimną; wszakże nie należy tu używać zaniadto niskiej temperatury, ponieważ przy tym sposobie wielka część ciała bywa następnie oziębiona. Takim sposobem kąpiele od 20° do 27° R, mogą działać przeciwzapalnie, ponieważ różnica między temperaturą ciała i temperaturą wody dostatecznie jest wielka, aby mogła sprawić zmniejszenie ciepła w pierwszym ²⁾. Z drugiej strony, przedłużone moczenie ciała w wodzie, pociąga za sobą przemakanie naskórka i wsiąkanie wody w części pozbawione skóry (rany), co często zły wpływ wywiera na sprawę uzdrowienia; przytem zimno, działając na otaczające zdrowe części może w nich wywołać nieznośny dla chorych reumatyzm. Nakoniec, nie zawsze sposoby te dają się zastosować bez szczególnych przyrządów. Oprócz tego, przy użyciu tych sposobów, podwyższone położenie członków cierpiących, tak pożądane przy leczeniu kończyn, często bywa niemożliwe; użycie rękawków gumo-

¹⁾ James Currie, *Medical reports on the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and other diseases.* Liverpool. 1798.

²⁾ Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 1855. S. 410.

wych dla zaradzenia téj niedogodności nie odpowiada celowi, ponieważ tamuje swobodne krążenie krwi.

Najpraktyczniejsze przy zastosowaniu zimna są nieprzemakające woreczki urządzone z wulkanizowanego kauczuku, napełnione lodem, śniegiem, lub mieszaniną zniżającą temperaturę. Są one lepsze aniżeli pęcherze zwierzęce, ponieważ te niekiedy przemakają i w tych miejscach, gdzie nie są pod ciągłym wpływem lodu, gniją. Przytem woreczki kauczukowe są stosunkowo złymi przewodnikami ciepła, przeto użycie ich wygodniejsze chcąc uniknąć zbyt silnego działania zimna i mogącego ztąd nastąpić odmrożenia części oziębianych.

Jedyny zarzut, jaki można zrobić woreczkom kauczukowym, jest ich drożość; ale zato są one trwalsze od innych, potrzeba tylko zachować należytą ostrożność w obchodzeniu się z nimi, bo najmniejsze przerwanie ich czyni je nie użytecznymi. Najwięcej potrzeba uwagi przy nakładaniu lodu i przy zawięzywaniu worka; najlepiej jest zawiązywać go na korku szerokim i to nie sznurkiem, który go może przerznąć, ale dość szeroką tasiemką. Worki kauczukowe pochodzące ze Stanów Zjednoczonych daleko są lepsze, aniżeli worki z fabryk Europejskich; najwięcej się zalecają opatrzone firmą: „*Godyeirs Patent.*“

Jeżeli chory nie jest w stanie kupić worka kauczukowego, albo jeżeli nie ma lodu, to pęcherz zwierzęcy napełniony wodą studzienną, często zmienianą, najlepiej odpowie celowi. Ale pęcherze te, wysmarowane nawet z obu stron oliwą, lub jakąkolwiek tłustością, prędko bardzo zaczynają przeciekać i cuchnąć; można je zatem zastąpić naczyniami szklannymi, które jednak w tém są niedogodne, że, będąc dobrymi przewodnikami ciepła, z początku zanadto oziębiają, a potem bardzo prędko ogrzewają się; zaradzić temu można obwijając naczynia te płótnem i często je odmieniając. Jeżeli potrzeba oziębiać taką część ciała, na której butelki byłyby niedogodne, można przyrządzić naczynie z blachy z formą odpowiednią choréj części. Porobiwszy w tych naczyniach rurki do wlewania i wylewania wody, można z łatwością utrzymać jednakowy stopień oziębienia, i zapomocą waty ochraniać od niego miejsca, gdzie ono niepotrzebne.

Co się tyczy wskazań do użycia zimna, jest ono tém potrzebniejsze, im mocniejsze jest zapalenie i ważniejsza dla organizmu część zapalona. W naszych czasach nawet przy zapaleniu wewnętrznych organów, zastosowanie zimna staje się coraz obszerniejsze.

Użycie zimna powinno trwać dopóty, dopóki trwa nieprawidłowy stopień temperatury w części cierpiącej, ponieważ tylko do tego czasu może być ono zbawienne. Czas ten należałoby oznaczać z termometrem w rękę, jak to czynili *Traube*, *Wunderlich* i inni przy gorączkach.

Wystąpienie ropienia nie powinno być powodem do zaprzestania użycia zimna; sprawa ta lepiej się odbywa przy leczeniu chłodnem, aniżeli przy tak powszechnie ulubioném kataplazmowaniu.

Zgorzel także nie jest przeciwwskazaniem, wyjąwszy kiedy pochodzi od wzmagającego się zapalenia. Dobrze jest w tych razach powodować się czuciem chorego; jeżeli uskarża się na ziębienie w całym ciele, na ból w części choréj, należy rozważyć, czy nie pochodzi to od nienależytego zastosowania zimna, bo rzadko pochodzi to od idiosynkrazyi, t. j. przyrodzonego wstrętu do zimna, albo wstrętu zależącego od organizacyi. W takich razach należy zaprzestać oziębianie i szukać innych środków przeciwzapalnych. (Dok. nastąpi.)

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

RUCH CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

od dnia 3 - 31 Lipca (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyszło.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	567	650	607	87	523
„ Śgo Ducha	105	90	92	13	90
„ Ewangelickim	52	73	61	12	52
„ Śgo Rocha	72	205	167	22	85
„ Śgo Jana Bożego	141	23	23	—	141
„ Śgo Łazarza	347	255	268	18	316
„ Starozakonnych	385	437	444	23	355
Ogółem:	1667	1733	1662	175	1563

Na oddziale *cholerycznych* przy szpitalu św. Łazarza, przybyło od d. 27 - 31 lipca, chorych 12, z których umarło 4, pozostało w kuracji 8.

Przyrost chorych w ciągu miesiąca lipca był większy aniżeli stan w d. 2 b. m. o 66 osób, w końcu zaś miesiąca stan ogólny zmniejszył się o 104. Najmniejsze zmniejszenie miało miejsce w szpitalu Dziec. Jezus; stan zaś w szpitalu ewangelickim i św. Jana Bożego pozostał ten sam, gdy tymczasem u św. Rocha zmniejszył się o 16 chorych.

Statystyka śmiertelności w pruskiej armii w czasie wojny duńsko-niemieckiej (Schleswig-Holstein) w r. 1864.

W Nrze 2gim *Gazety Lekarskiej* podaliśmy statystykę śmiertelności po wielkich operacjach w armii Stanów-Zjednoczonych Ameryki; dzisiaj podajemy wiadomość o śmiertelności w skutku obrażeń (vulnus) i chorób w armii pruskiej z ostatniej duńsko-niemieckiej wojny. (General-Bericht von Dr. Loeffler).

W d. 1 lutego 1864 r. armia austriacko-pruska w 60,000 ludzi ($\frac{2}{3}$ Prusaków, $\frac{1}{3}$ Austriaków) przeszła Ejderę. W początkach lipca t. r. armia pruska wzrastając stopniowo liczyła 63,500 ludzi; potem stopniowo się zmniejszała i w dniu zawarcia pokoju (30 października 1864) miała 45,000 osób. Z tej liczby w ciągu 9ciu miesięcy straciła: w skutku ran (vulnus) 738 osób; w skutku wypadkowych obrażeń i chorób (280) 310, razem 1048, zatem 1, 6 pct. W liczbie rannych i umarłych było: lekarzy 2; aptekarz 1; infirmarzy 2; posługaczy 4. W tymże samym czasie zachorowało 26,717 osób (42, 2 pct.), z których umarło 280, (1, 1 pct.) a między nimi lekarzy 2; urzędników lekarskich 3; siostra miłosierdzia (Diakonissin) 1.

Ani jedna z nowszych wojen nie przedstawia tak małej stosunkowo śmiertelności czy to w skutku chorób, lub też obrażeń, jak wojna duńska odnośnie do armii pruskiej. Dla uwydatnienia zestawimy cyfry z wojny krymskiej (1854—1856) i włoskiej (1859). W wojnie włoskiej z armii francuzkiej (200,000 ludzi) zachorowało 112,476 osób, zatem 56 pct. (w armii pruskiej 42, 2 pct.); dodając do 112,476 chorych jeszcze 13,474 ranionych, otrzymamy ogólną liczbę chorych i ranionych Francuzów w 1859 r. 125,950, z których umarło 4698 osób, a zatem 3, 7 pct. (Casalas). W duńskiej armii (1864) zachorowało 31,575, z których umarło 756, a za-

tém 2, 4 pct. (*Djoerup*). We francuzkiej armii w Krymie od ran umarło 20,000, od chorób zaś 70,000 ludzi! — Statystyka śmiertelności austryackiej armii tak z wojny włoskiej (r. 1859), jak i duńskiej (r. 1864) po dziś dzień trzymaną jest w tajemnicy z wielką szkodą dla nauki. G.

Wiadomości bieżące.

W *Ambulatoryum* ocznym szpitala starozakonnych, w ubiegłym miesiącu było obserwowanych wiele wypadków *dyfterytycznego zapalenia łącznicy* (*conj. dyphteritica*). Ilość niewielka pojedynczych zrazu wypadków z czasem powiększała się przez bezpośrednie zarażanie się osób otaczających chorego, tak, iż w końcu miesiąca po kilkunastu tego rodzaju chorych dziennie do *Ambulatoryum* się zgłaszało. Po zupełnym ustaniu tej już obecnie na schyłku będącej Epidemii, nie omieszkamy szczegółowie publiczność lekarską z nią obznajomić; będzie to dosyć interessujący przyczynek do *Epidemiologii* w Warszawie, bo trzeci już rok obserwują się w tymże miesiącu Epidemije oczne do obecnie grasującej podobne. W tym roku, w miesiącu lipcu zgłosiło się chorych 17, a mianowicie: mężczyzn 4, kobiet 5 i dzieci obojg płci 8; z tych 2 osoby podlegały cierpieniu jednego tylko oka, inne zaś obydwóch. Dotychczas 3 osoby zupełnie są wyleczone, 4 na wyleczeniu a z pozostałych 10, dwie straciły po jednym oku, a jednej zaś niebezpieczeństwo jeszcze nie przeszło, ale i nadzieja nie jest zupełnie straconą.

— Na cholerynę od 9 czerwca do 1 sierpnia b. r. zachorowało w Warszawie 340 osób; mianowicie mężczyzn chrześcian 91; męż. żydów 112; kobiet chrz. 61 kob. żyd. 37; dzieci chrz 7, dz. żyd 12; żołnierzy 20. Z tych umarło osób 5: mianowicie m. chr. 3, m. żyd. 1, kob. chrz. 1.

— Na cholere do 1 sierpnia zachorowało w Warszawie 31 osób, mianowicie męż. chrz. 13, męż. żyd. 2, żołnierzy 16; Z tych umarło 8, mianowicie: męż. chr. 4, męż. żyd 1, żołnierzy 3.

— W d. 27 b. m. odbędzie się w Strasburgu kongres lekarski wyłącznie naukowy; program prac jego będzie następnym: 1) Sposób szerzenia się cholery, higiena publiczna i prywatna. 2) Leczenie choroby syfilitycznej. 3) Wycięcie jajników i włóknistych guzów macicy. 4) Stosunek histologii do patologii i kliniki. 5) Anestezja w chirurgii. Kongres trwać będzie dni sześć; posiedzenia odbywać się będą codziennie; dzień szósty poświęcony będzie kwestyom po za obrębem programu.

Sprostowanie. W numerze 4 *Gazety lekarskiej* na str. 61 w pierwszym wierszu „Części statystycznej“ zamiast: „stan śmiertelności w całym kraju ma być: **w Warszawie.**

U w a g a: Z powodu napływającej coraz większej liczby artykułów, Redakcyja postanowiła przy zachowaniu dotychczasowego formatu *Gazety*, powiększyć jej kolumny o kwadrat druku na szerokość, i o 4 wiersze na długość.

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.

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

W Drukarni *Gazety Polskiej*. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
