

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 półrocznie „ 2 „ 50
 kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ Przypadek habitualnego stawiania się płodu do porodu w położeniu poprzeczném, spowodowanego nieprawidłową budową macicy. Dr. *L. Neugebauer*. — O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii. *Br. Taczanowski*. — Kronika Zagraniczna. Guz powietrzny czaszki. Leczenie węglika. Dr. *Witkowski*. — Kazyistyka — Wiadomości bieżące.

Przypadek habitualnego stawiania się płodu do porodu w położeniu poprzeczném, spowodowanego nieprawidłową budową macicy.

Postrzegal i opisał Dr. Ludwik A. Neugebauer,

Docent akuszerji i ginekologii w Szkole Głównej Warszawskiej.

Sora G., żona kupca starozakonnego na prowincyi zamieszkała, lat wieku trzydzieści dwa licząca, kobieta wzrostu średniego, silnie zbudowana, prawidłowej postaci ciała, szatynka, przez czas od 21 do 31 roku życia po czterech poronieniach w czwartym i trzecim miesiącu ciąży, odbyła później sześć porodów czasowych. Przy każdym z tych porodów czasowych płód znajdował się w położeniu poprzeczném i wydobyty został przez akuszerkę w drodze obrotu na nóżki. Z dzieci tak wydobytych, dwoje tylko, a mianowicie 3 i 4 przyszło na świat żywe; pozostałe zaś cztery urodziły się nieżywymi. Śmierć zawsze następowała podczas wydobywania ich. Zresztą sama rodząca tak podczas każdej z onych ciąży, jak i podczas samych porodów czuła się zdrową i nie doświadczała żadnych przypadków chorobnych, żadnych uszkodzeń, żadnych nawet wstrząśnień lub jakichbądź gwałtownych poruszeń ciała.

W pierwszych dniach listopada roku zeszłego zaszła po raz jedenasty w ciążę. Ta w ogólności przebiegła szczęśliwie. W ósmym miesiącu ciążarna wprawdzie dotknięta została lekkim krwawieniem z części rodnych, krwawienie to atoli po upływie dwóch tygodni samo ustało i więcej już się nie powtórzyło. Ciążarna wszelako tym przypadkiem tyle została zrażoną, że na tydzień po ustaniu krwawienia udała się do Warszawy, aby tu wyczekać poród i ubezpieczyć sobie stósowną przy tymże porodzie pomoc.

Poród rozpoczął się dnia 31 lipca; o godzinie 11 wieczór, objawiły się pierwsze bole. Nazajutrz w samo południe rodząca wezwała mnie do siebie, pragnąc poród przy mojej pomocy dokończyć.

Przybywszy niebawem do niej, znalazłem przy śledzeniu usta maciczne mniej więcej na cal w średnicy otwarte. Sam ich otwór był niekolisty, lecz wyraźnie w poprzek eliptyczny. Ani przez formujący się pęcherz płodowy, ani przez dolny odcinek macicy, żadnej części płodu wysledzić nie można było. Zresztą same usta maciczne i dolny odcinek macicy, pochwa i części płciowe zewnętrzne nic nieprawidłowego nie przedstawiały. Sama także miednica okazywała się być dobrze zbudowaną.

Tyle co do śledzenia wewnętrznego.

Przy śledzeniu zaś zewnętrzném znalazłem macicę w niezwykły sposób skonfigurowaną, była ona bowiem znacznie niższą i szerszą, niż na początku czasowego porodu być powinna. Zarazem okazywało się jęj dno w środkowej części tak głęboko od góry ku dołowi wgniecione, iż przez to sama macica zdawała się być niby rozdzieloną w téjże części na dwa boczne oddziały, czyli rogi, z których jeden odpowiadał prawej, drugi lewej połowie brzucha. Dwa te oddziały czyli rogi były w końcowych swych częściach zaokrąglone i mniej więcej równej wielkości. Lewy mieścił w sobie dużą część płodu, która będąc okrągłą i twardą, niczem inném być nie mogła, jak jego głowę; w prawym zaś czuć się dawała część nieco mniejsza od głowy i wraz z nią części jeszcze drobniejsze a łatwo poruszalne, była to wyraźnie miednica płodu z nogami. Tony serca płodu w dolnej części brzucha matki słyszeć się dawały, a szczególniej najmocniej w miejscu położoném mniej więcej trzy cale poniżej pępka, a nieco na lewo od smugi białej. Ztąd rozlegały się one, słabnąc stopniowo coraz bardziej, ku stronie prawej wzdłuż linii łukowatej, zwróconej wypukłą swoją stroną ku dołowi a wklęsłą ku górze, która przecinając smugę białą pod prostym kątem kończyła się w miejscu odpowiedniém temu, w którém na stronie przeciwniej brzucha brała swój początek. Objętość macicy była zwykła. Bole były słabe i rzadkie, stan ogólny rodzącej dobry.

Z wyżej podanych objawów wynikało: że w macicy mieścił się *plód żywy* i to *w pojedynczej* tylko *liczbie*, a *powtóre*: że plód znajdował się *w położeniu poprzeczném główką ku prawej, a miednicą ku lewej stronie matki zwrócony*.

Gdy tak się rzeczy miały, potrzebném okazywało się sprostowanie wymienionego nieprawidłowego położenia płodu, czyli innemi słowy potrzebnym okazywał się *obrót*. Wykonaniu jednak téj operacyi w chwili, w którój mnie do rodzącej wezwano, stała na przeszkodzie ta okoliczność, że usta maciczne nie były jeszcze dostatecznie otwarte. Szło więc przedewszystkiem o to, aby formujący się pęcherz błon płodowych przez czas jak najdłuższy utrzymać, i po zupełném dopiero sformowaniu się jego i należytem otwarciu się ust macicznych do obrotu przystąpić. W tym celu ograniczyłem się nasamprzód na udzieleniu rodzącej rady, ażeby aż do dalszych rozporządzeń moich pozostała spokojnie w łóżku w położeniu poziomém.

Ku wieczorowi tegoż dnia odwiedzając ją powtórnie, znalazłem bole ciągle jeszcze rzadkie i słabe, usta maciczne zaś do półtora cala otwarte. Odchodząc do domu poleciłem akuszerce rodzącą pielęgnującej, aby kazała wezwać mię skoro usta maciczne okażą się zbliżonemi do zupełnego otwarcia.

Akuszerka czyniąc zadosyć temu poleceniu, przysłała po mnie w nocy następnej o godzinie czwartej nad ranem.

Pospieszyłem niebawem do rodzącej. Przybywszy tam znalazłem usta maciczne w zupełności już otwarte i pęcherz błon płodowych na pęknięciu; gdy zaś w położeniu płodu, jak to było do przewidzenia, nic przez ten czas się nie zmieniło, bezzwłocznie wziętem się do *obrotu*. Przedewszystkiem chciałem się przekonać, czy nie było możliwem obrócenie płodu na główkę sposobem Wigan-*da*, czyli w drodze rękoczynów zewnętrznych? Usiłowania moje jednak w tym celu zrobione najmniejszego nie odniosły skutku i to z powodu, że płód nader uporczywie w swém poprzeczném położeniu pozostawał. Z tój przyczyny, nie tracąc czasu na dalsze podobne usiłowania, kazałem przyrzadzić łożę poprzeczne chcąc jak najspieszniej przystąpić do obrotu na nóżki. Tymczasem w samą chwilę, gdy rodząca toż łożę zająć już miała, odeszły wody płodowe; w którymto stanie nadałem natychmiast rodzącej stosowne położenie i przystąpiłem do *operacji*.

Wprowadziwszy rękę lewą do ust macicznych, napotkałem ramię prawe dziecięcia. Przdowanie to rzonego ramienia, zestawione z okolicznością, że płód głowę położoną miał w lewej a miednicę w prawej połowie macicy, pokazywało, iż płód grzbietem zwrócony był ku przodowi, a stroną brzuszną ku tyłowi matki. Podczas, gdy celem samego wyszukania i ujęcia nóg dziecięcia rękę przesuwalem po piersiach i brzuchu płodu ku dnie macicy, wpadła mi w nią duża pętla pepowiny. Zostawiłem też pętlę na boku, a doszedłszy szczęśliwie ręką do nóg płodu, ująłem najprzód niżej leżącą prawą, a potem i wyżej leżącą lewą nogę i obie razem sprowadziłem na dół do kanału miednicy. To sprowadzenie nóg było wprawdzie łatwe, ale następne wyciągnięcie ich na zewnątrz uskutecznić się dało z pewną trudnością. Jawnie bowiem przy témże wyciągnięciu nożek, ciało płodu pociągającej sile podobny stawiało opór, jak kiedy macica mocno jest obciążona około płodu, co tu przecież miejsca nie miało.

Po wydobyciu zaś nóg płodu na świat bez wszelkiej już trudności, płód do reszty na zewnątrz wydobyć podołałem.

Dziecię przyszło na świat w stanie apoplektycznym. Kilkakrotném jednak natryśnięciem za pomocą strzykawki enemowej, na piersi i grzbiet jego wody zimnej, dosyć szybko do życia je przyprowadziłem, i wkrótce stan dziecięcia nic nie pozostawiał do życzenia.

Dziecię (dziewczynka) było sporęj wielkości i prawidłowo zbudowane.

Ponieważ po upływie dziesięciu mniej więcej minut po urodzeniu się dziecięcia łożysko jeszcze nie odeszło, użyłem więc do wyprowadzenia go rękoczynu wytłaczającego *Cre dé'go*. Po jednominutowém zastosowaniu tegoż, łożysko odeszło.

Tak przed odejściem, jak i po odejściu łożyska macica zachowywała postać podobną do téj, którą miała jeszcze na początku porodu, to jest postać jakoby ku górze rozdwojoną na dwa boczne oddziały czyli rogi, dającą się porównać niejako z postacią serca, które na kartach do gry się postrzega.

Pępowina, 23 cale długa, skrecona była umiarkowanie i przyczepiała się do brzegu łożyska, które także było umiarkowanej wielkości i okazywało postać wszérz rozciągniętego serca kartowego. Koniec serca odpowiadał przyczepowi pępowiny. Osobliwa ta postać łożyska czyniła prawdopodobném przypuszczenie, iż łożysko w macicy tak było osadzone, że brzeg jego wgięty czyli przeciwległy przyczepowi pępowiny odpowiadał wgiętemu dnu macicy.

Matka po porodzie miała się dobrze i również jak dziecko pozostała zdrową.

E p i k r y z a.

W powyższym przypadku skombinowane są *dwie* szczególniejsze okoliczności, to jest, najprzód: że *w każdym z porodów przez kobietę w mowie będącą odbytych, płód ułożony był w poprzek*, a powtóre, że *macica miała postać, jak to powiedziałem, serca kartowego, czyli dwurożną*. Czy przy téj dwurożnej postaci macicy rozdzielenie téjże było nietylko zewnętrzne, ale zarazem rzeczonemu wyżej wgnieceniu środka jój dna odpowiedniém, i czy była wewnętrzna, chociażby tylko nizka przegroda dwie połowy jamy macicy rozgraniczająca? innemi słowy, czy macica była nietylko dwurożna, ale i chociażby tylko niezupełnie, dwukomorkowa? o tém trudno twierdzić stanowczo. W każdym jednak razie macica była krótsza i szersza niż w stanie prawidłowym.

Gdy zaś rodząca nie miała ani miednicy ścieśnionej, ani téż podczas żadnej ze swych ciąż do prawidłowego końca doszłych, nie doznała jakiegobądź mocniejszego wstrząśnienia ciała, gdy ogólny stan jój zdrowia we wszystkich jój ciążach, jak i w chwili samych porodów był jak najlepszy, gdy płód każdy był prawidłowo zbudowany i gdy nakoniec żaden z płodów nie umarł przed porodem, lecz przeciwnie te cztery płody, które urodziły się nieżywe, zmarły dopiero podczas porodu, gdy, jedném słowém, położenie poprzeczne płodu przy wszystkich siedmiu czasowych porodach téj kobiety spostrzegane żadną z wymienionych co dopiero okoliczności tłumaczyć się nie da, wypada więc przyczynę tegoż habitualnego stawiania się płodów do porodu w położeniu poprzeczném szukać gdzieindziej, a mianowicie w wyżej wyszczególnionej wadliwej postaci, w *postaci sercowatej macicy*. Sercowata macica jój bowiem będąc stosunkowo znacznie krótszą i szerszą niż w stanie prawidłowym, nie podołała pomieścić w swojej jamie wadliwie ukształceniéj, płodu podłużnie leżącego, lecz zmuszała płód do ułożenia się w niej w poprzek, i w tém to położeniu każde z dzieci téj kobiety ostatecznie ukazało się przy porodzie.

Tak wnioskując, rozumiemy dopiero, dlaczego wszystkie jój dzieci bez wyjątku przedstawiały toż położenie, dlaczego w ostatnim porodzie usiłowania moje obrócenia płodu przed odejściem wód na głowę przez rękoczynny zewnętrzny naj-

mniejszego nie miały skutku, i dlatego w końcu wyprowadzenie nóg dziecięcia z kanału miednicy na zewnątrz po sprowadzeniu ich do tegoż kanału, i tém samém samo obrócenie ciała jego z położenia poprzecznego na nogowe odbyło się z pewną tylko trudnością. Wprawdzie z drugiej strony wynika z tego wniosku, dosyć nieprzyjemne dla osoby, o której mowa, co do przyszłych jój porodów, rokowanie, mianowicie takie, że prawdopodobnie przy wszystkich jój przyszłych ciążach położenie poprzeczne płodu będzie się powtarzało. Wyjątek od tego mogłaby mojem zdaniem stanowić jedynie ciąża bliźniętami, i to pod warunkiem, gdyby jedno z bliźniąt w jednej połowie macicy, a drugie w drugiej się mieściło. W tym bowiem razie prawdopodobnie każde z bliźniąt stanowiąłoby się do porodu w położeniu podłużnym. Ponieważ ta kobieta z własnego doświadczenia już wie, że dotknięta jest usposobieniem do stawiania się jój płodów do porodu w położeniu poprzeczném, jest zatem w możności zapobieżenia złemu, szukając przy każdym w przyszłości wydarzyć się mającym porodzie zawczasu stosownej pomocy akuszeryjnej.

O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii.

Skreślił Br. Taczanowski, lekarz wolnopraktykujący w Warszawie.

Jakkolwiek w dziełach dawniejszych lekarzy, jak Riolanus, Willis, Valsalwa, Portal, Sabatier napotyamy liczne i trafne badania odnoszące się do chorób przyrzędu słuchowego, nie udało się jednak w dawniejszych czasach zdobyć podstawy stałej, na którejby nauka dalej rozwijać się mogła. Genialny As. Cooper zwrócił uwagę na naszą naukę; zniechęcony jednak bezskutecznością swych usiłowań, porzucił wkrótce tę gałąź chirurgii, a odmawiając zupełnie rady chorym na słuch, wpoił na długo przekonanie w świat lekarski o niewyleczalności chorób przyrzędu słuchowego. Nic więc dziwnego, że mało znalazło się pracowników na téj niwie; dopiero w ostatnich czasach, przy szybkim rozwoju nauk lekarskich, zwrócono uwagę i na Otiatrię, a prace PP. Wilde, Tynbee, Kramer, Rau, Bonnafont, Tröltch i Politzer oparte na nowych zdobyczach na polu anatomii drobnowidzowej i fizjologii słuchu, liczne obserwacje kliniczne sprawdzane badaniami pośmiertnymi, zapewniły naszej nauce, tak w dziedzinie umiejętności ścisłych, jako téż i w życiu praktycznym to stanowisko, na które ze wszech miar zasługuje. Zapatrując się na wysoki stopień rozwoju okulistyki, na znaczną liczbę lekarzy zajmujących się specjalnie tą gałęzią medycyny, trudno pojąć dlaczego nauka o chorobach słuchu, tak późno uzyskała prawo obywatelstwa, dlaczego tak mało jest jeszcze rozpowszechnioną?

Codziennie doświadczenie uczy nas, że liczba chorych na słuch nie jest małą; u dzieci: zołzy, odra, szkarlatyna wywierają wpływ szkodliwy na ucho, i dostarczają liczny kontyngens chorych, a u ludzi starych słuch prawidłowy jest prawie

wyjątkiem, i w średnim wieku daleko częściej spotkać się można z chorobami słu-
chu, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło; mało wprawdzie zupełnie
głuchych, ale często zato napotyka się przytępienie słuchu, co jednak przy obo-
jętności na przyszłość, przy małych wymaganiach na jakie pod względem słuchu
jesteśmy wystawieni, wcale chorego nic niepokoi i nie powoduje do zasięgnięcia
rady lekarskiej; dodajmy do tego wypadki, gdzie choroba ogranicza się do jedne-
go ucha, wypadki które prawie zawsze uchodzą uwagi, a przekonamy się, że cho-
roby słuchu nie są pewno mniej rozprzestrzenione jak choroby przyrzędu wzroku.
Znaczne przytępienie słuchu należy do przypadłości przykrych, wpływ ważny na
przyszłość i stanowisko socyalne indywiduum wywierających, nie mówiąc już
o głuchoniemych, którzy pomimo najtroskliwszego wychowania, zawsze pozosta-
ną ciężarem społeczeństwa: dziecko np. dotknięte chorobą słuchu, traci sposo-
bność wykształcenia się; brak wrażeń pobudzających, wywiera zgubny wpływ na
rozwój umysłu i charakteru, i u ludzi dojrzałych przytępienie słuchu może przy-
prawić o utratę stanowiska socyalnego, a przynajmniej ograniczyć możność dalsze-
go poprawienia swojego losu. Niektóre z chorób słuchu zagrażają wprost życiu
indywiduum: tak np. ropienie z wnętrza ucha pozostawiane zwykle bez żadnej
lekarskiej pomocy, bardzo często sprowadza zapalenie opon mózgowych, ropnie
w mózgu, ropnicę, — widzimy więc, jak zgubny wpływ choroby słuchu na życie
i rozwój indywiduum wyrzucić mogą, jak potrzebną jest znajomość przedmiotu
i bliższe zajęcie się Otiatrią.

Nie możemy też potwierdzić zdania, prawie ogólnie przyjętego, że w choro-
bach ucha interwencya lekarska nie prowadzi do pożądanego celu; wszakże tkan-
ki w skład ucha wchodzące, jako to: skórę, kości, tkankę łączną, błonę śluzową,
naczynia krwionośne, nerwy, znajdujemy i w innych organach; nasze więc środki
lecnicze mogą i muszą wywierać wpływ odpowiedni, a doświadczenie kliniczne
przekonywa, że w chorobach słuchu niegorsze otrzymujemy rezultaty, jak w cho-
robach innych organów. Zbierając sprawozdania zasługujących na wiarę lekarzy
francuzkich i niemieckich, przekonamy się o prawdzie tego twierdzenia; i tak
z ogólnej liczby 845 chorych na słuch leczonych przez Dra T r i q u e t w Pa-
ryżu, tylko 107 zostało nieuleczonych, w 600 wypadkach nastąpił zupełny po-
wrót do zdrowia, a w 136 znaczne polepszenie.

Zogłoszonych przez Prof. F r ö l t s c h w Würzburgu i Dra S c h w a r-
c e w Halli wykazów statystycznych, przekonujemy się, że na 100 osób wyle-
czonych zupełnie lub częściowo, za ledwie przypada 12 osób, gdzie leczenie pozos-
tało bezskuteczne. Co do mnie nie mogę dotychczas pochwalić się tak świetnym
rezultatem; zbierając jednak moje notatki, przekonałem się, że w $\frac{1}{3}$ wypadków
leczenie nie przyniosło spodziewanych skutków, w $\frac{1}{3}$ nastąpiło polepszenie i w $\frac{1}{3}$
zupełny powrót do zdrowia; wspomnieć jednak muszę, że miałem głównie do czy-
nienia z wypadkami chronicznymi, gdzie choroba datowała się od lat kilkunastu,
a nawet i kilkudziesięciu.

Z pomiędzy chronicznych cierpień przyrzędu słuchowego, najczęściej wy-
padało walczyć z zadawniałym katarzem jamy bębenkowej, który rzeczywiście
w naszym klimacie zasługuje na szczególną uwagę lekarza, tak z powodu swój

częstości, jako też i zgubnego wpływu na funkcją słuchu. Błona śluzowa wyściełająca jamę bębenkową ulega powolnemu przerostowi i zgrubieniu, co utrudnia drganie kosteczek słuchowych i przeszkadza przenoszeniu się fal dźwięcznych do błędnika i przyrzędu końcowego nerwu słuchowego. Proces chorobny rozwija się zwolna, objawy subiektywne są tak nieznaczne, że chory nie widzi wcale potrzeby zasięgnięcia rady lekarskiej; uczucie pełności i ciśnienia w uchu, szmery powolne, przytępienie słuchu, albo wcale nie zwracają uwagi chorego, lub też od razu zaliczone zostają do cierpień nerwu słuchowego, nie przedstawiających żadnej nadziei i wyleczenia. Bliższe jednak badanie pozwoliłoby odkryć źródło choroby i zastosować odpowiednie środki, listek bowiem wewnętrzny błony bębenkowej jest przedłużeniem błony śluzowej jamy bębenkowej wyściełającej, ulega tymże samym zmianom patologicznym, co i błona śluzowa jamy, zmianom, które wpływają na wygląd całej błony bębenkowej i przy pomocy wziernika z dokładnością zbadane być mogą.

Błona bębenkowa rzadko przedstawia przy chronicznym katarze jamy naczyniaki naczyń krwionośnych, i to tylko chyba wiązki koło trzonka młotka przebiegającej; za to kolor jej zmienia się, przyjmuje odcień szary, a nawet żółtawo lub ołowiano-szary. Trzonek młotka leży przed częścią zmętniałą, przy badaniu więc wziernikiem łatwo odkryty być może; wyłączyć jednak musimy wypadki, gdzie process rozwinął się na wielką skalę i w warstwie właściwej błony bębenkowej, a powstałe tam zmętnienie zakryło trzonek młotka przed naszym wzrokiem; również przy zgrubieniu i następczém skurczeniu błony śluzowej pokrywającej ścięgno mięśnia nateżacza błony bębenkowej, koniec rękojeści młotka zostaje silnie pociągnięty ku wewnątrz tak, że go tylko z trudnością dojrzeć można. Głównie jednak należy zwrócić uwagę na część obwodową błony bębenkowej, błona bowiem śluzowa jamy bębenkowej przechodzi zewsząd na obwód, w tém więc miejscu jest najwięcej rozwiniętą, a zgrubienie jej zaraz przy badaniu wpada w oko jako ciemno-szarawy pierścień.

Dokładny rozbiór stosunków błony bębenkowej za pomocą wziernika, ważną gra rolę pod względem rozpoznawczym, tém więcéj, że badanie za pomocą kateteru, prowadzi w takim razie do rezultatów negatywnych, powietrze przechodzi przez trąbkę Eustachiusza pełnym strumieniem, a przy auskultacyi nie słycać rżenia; można więc łatwo wpaść w błąd i nie odnieść spodziewanych skutków, od niestosownie wybranych środków leczniczych. W ogóle jednak chorzy dotknięci chronicznym katarzem jamy bębenkowej, bardzo rzadko szukają w początkach pomocy lekarskiej, a pozostawiona sama sobie choroba sprowadza dalsze zmiany, stawiające potém niezwyceżony opór naszym terapeutycznym działaczom. Jama bębenkowa przedstawia bardzo małe rozmiary, wzajemna odległość organów w niej pomieszczonych wynosi zaledwie po kilka milimetrów; jeżeli więc jeszcze błona śluzowa wyściełająca te przyrzady ulegnie obrzmieniu, to odległości jeszcze się znacznie zmniejszają tak, że odpowiednie części błony śluzowej stykają się z sobą. Im mniejsza jest odległość jednych części od drugich, tém łatwiej następuje zrośnięcie za pomocą tkanki łącznej, która potém kurcząc się tworzy niepodatne więzy, utrudniające drganie kosteczek słu-

chowych. Więzy takie przedstawiają się w sposób najrozmaitszy: raz biegną między błoną bębenkową a ścianami jamy; drugi raz łączą części kosteczek słuchowych z błoną bębenkową lub ścianami jamy, lub też biegną od kostek do ścięgna mięśnia nateżacza błony bębenkowej. Niektóre z tych zrosnięć nie dadzą się wcale rozpoznać za życia, inne wywierają wpływ na błonę bębenkową, a badanie wziernikiem może nas naprowadzić na właściwą drogę. Wpuklenie całej błony bębenkowej, lub też zapadnięcie pojedynczych jej części ku wewnątrz, wskazuje nam, że mamy przed sobą podobny proces, badanie zaś błony bębenkowej przy jednoczesnym wpędzaniu powietrza przez trąbkę Eustachiusza, pozwoli nieraz rozstrzygnąć sporną kwestyą. Wielką też w podobnych wypadkach oddaje usługę narzędzie przez Dra Siegle w Stutgardzie odkryte i opisane pod nazwiskiem pneumatycznego lejka: mały cylinder metalowy łączy się z jednej strony za pomocą śruby z zwykłym lejkiem Wildeg'o, w drugi zaś koniec cylindra jest wprawiona gruba tafelka szklanna, od bocznej ściany cylindra odchodzi mała rurka, do której się zastosowuje dłuższa rurka kauczukowa.

Po zbadaniu błony bębenkowej zwykłym wziernikiem Trölscha, wkłada się lejek pneumatyczny Siegle'go w przewód słuchowy zewnętrzny, oświeca go za pomocą zwierciadła wklęsłego, wyciągając jednocześnie ustami przez rurkę kauczukową znajdujące się tamże powietrze. W miarę rozrzedzenia powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym udaje się błona bębenkowa ku zewnątrz, z wyjątkiem części przyrosłych do ścian jamy bębenkowej lub organów w niej się znajdujących.

Z dalszych zmian przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej, na szczególną zasługują uwagę zmiany w stawach kosteczek słuchowych i w okienkach błędnika.

Zgrubienie błony śluzowej kostki słuchowej powlekającej ogranicza ruchliwość powierzchni stawowych, a tém samym i możność dokładnego przenoszenia fal dźwięcznych do błędnika; daleko jeszcze szkodliwiej wpływają na słuch zmiany w okienku okrągłym lub owalnym.

Zgrubienie błony okienka okrągłego (tympanum secundarium) wpływa na zmniejszenie sprężystości, a jeżeli cały kanał kostny, na końcu którego błona jest rozpięta, zarośnie i zakryty zostanie masą nowo utworzonej tkanki łącznej, to musi nastąpić zupełna głuchota, gdyż płyn w błędniku zawarty nie może być wprawiony w falowanie dla braku ściany sprężystej. Równie szkodliwy wpływ na słuch wywierają zmiany w okienku owalnym; jeżeli wybudowała tkanka łączna otoczy podstawę strzemięcia, jeżeli kostka zostanie unieruchomiona przez więzy w tym lub drugim kierunku przebiegające, jeżeli więz obrączkowy ulegnie zgrubieniu lub zwapnieniu: to przeprowadzenie fal dźwięcznych do błędnika stanie się niemożliwym lub przynajmniej bardzo trudnym. Rozpoznanie za życia zmian patologicznych na okienkach błędnika było dotąd zadaniem trudnym, a co się tyczy okienka okrągłego to i w obecnym stanie nauki nie posiadamy stałych danych, i musimy poprzestać na mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeniach. Ostatnie prace p. Politzer rozświeciły zawikłaną tę kwestyą, a nowa przezeń podana metoda badania ucha pozwala nam utworzyć sobie zdanie o stanie okienka owalnego i strzemięcia, a tém samym w praktyce ważne oddaje usługi.

Dotychczas mogliśmy rozpoznać katar chroniczny w jamie bębenkowej za pomocą wziernika, o dalszych zaś zmianach można było wnioskować dopiero po kilkutygodniowém leczeniu *ex juvantibus et nocentibus*; obecnie odkrywszy oprócz objawów kataru i sztywność strzemięcia, możemy zaraz zwrócić uwagę chorego, że niepodobna myśleć o zupełném wyleczeniu a trzeba poprzestać na polepszeniu i utrzymaniu słuchu.

Pierwsze zasady nowój metody badania ucha rzucił p. Mach professor fizyki w Wiedniu, rozbierając fakt dawniej już znany w fizjologii, mianowicie, że zegarek lub drgający kamerton przyłożony do kości czaszki słyhać daleko głośniej, jeżeli założymy lekko przewód słuchowy zewnętrzny palcem lub korkiem; przeciwnie zaś, jeżeli wywrzemy silny nacisk, to zaraz nastąpi znaczne osłabienie i przytępienie tonu. Fakt ten już od niejakiego czasu był znany i wywołał różne tłumaczenia. Rinn starał go się objaśnić na prawach rozdzźwięku, tego samego zdania był i znakomity Tynbee przypuszczając, że fale dźwięczne odbite od przeszkody uderzają powtórnie o błonę bębenkową i powodują wzmocnienie tonu. Zdanie p. Tynbee nie zostało przyjęte przez Macha; zgadza się on, że wzmocnienie tonu pochodzi od przeszkód, jakie stawiamy odpływowi fal dźwięcznych z ucha; różni się w tém, że gdy pierwszy zwracał tylko uwagę na fale przeniesione z kości głowy na powietrze w przewodzie słuchowym i tamże od przeszkody odbite, Mach kładzie główny nacisk na fale, które się przenoszą z kości głowy na błędnik, i z tamtąd mają się oddalić na zewnątrz za pośrednictwem kostek słuchowych i błony bębenkowej. Twierdzenie swoje poparł p. Mach dwoma następującymi doświadczeniami: 1) dwie osoby stoją w dwóch pokojach rozdzielonych przez drzwi zamknięte i komunikują się tylko za pośrednictwem rurki kauczukowej; jeden koniec rurki trzyma się w ręku, drugi zaś wkłada się w ucho osoby stojącej w drugim pokoju. Śpiewając jaki ton, lecz tak cicho, aby druga osoba mogła go tylko słyszeć za pośrednictwem rurki kauczukowej, też może objaśnić, kiedy zbliżam koniec rurki do mojego czoła lub ucha, gdyż wtenczas słyszy ton silniej.

2. Włożywszy w obydwie uszy końce rurki kauczukowej dłuższej na stopę, nie słyszemy tonu silniej, lecz przeciwnie słabiej, wzmocnienie jednak zaraz wystąpi, skoro zacisnę światło rurki w jakimkolwiek bądź punkcie. Fakt ten objaśniamy w ten sposób: obiedwie błony bębenkowe leżą symetrycznie do strun głosowych, drgają więc w równych, lecz przeciwnych kierunkach, a fale znoszą się podług praw interferencyi. Wyżej podane doświadczenia p. Mach, skierowały na ten punkt badania Politzer'a w Wiedniu: robił on liczne doświadczenia na preparatach ucha psów i ludzi, a otrzymane rezultaty sprawdzał na ludziach żywych, jako też i na przyrządzie sztucznym przedstawiającym ucho w wielkich rozmiarach. Rura mosiężna z rozpiętą na końcu błoną zwierzęcą przedstawia przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębenkową; przez mały otwór w błonie przeciąga się sznurek na końcu pęczkiem opatrzonej, a mający naśladować działanie mięśnia natężacza błony bębenkowej. Druga rurka mosiężna długa na dwa cale i nieco szersza zakłada się na pierwszą i przedstawia jamę bębenkową; na dole znajduje się otwór zatkany korkiem, przez który przechodzi mała rurka

szklanna mająca grać rolę trąbki Eustachiusza. Do wydobycia tonu służy zwykły kamerton, do badania zaś objawów rozdźwięku w jamie bębenkowej i różnicy tonu wkłada się do jamy przez osobny szczelnie potem obkitowany otwór rurkę kauczukową. Za pomocą licznych doświadczeń, urządzonych tak na wyżej opisanym przyrządzie sztucznym, jako też na preparatach i na żywych, przyszedł p. Politzer do przekonania, że wzmocnienie tonu przy zamknięciu przewodu słuchowego zewnętrznego, pochodzi tak od odbicia fal dźwięcznych przechodzących z kości głowy na powietrze w przewodzie słuchowym znajdujące się, jako też i od przeszkód jakie spotykają fale odpływające z błędnika. Osłabienie zaś tonu przy silnym wciśnięciu palca w przewód słuchowy pochodzi od napięcia błony bębenkowej, jako też od silnego przylegania palca do ścian przewodu słuchowego, przez co palec tworzy z jego ścianami jakby jedną całość, część więc fal dźwięcznych odpływa tą drogą.

Fizyologiczne te doświadczenia znalazły zastosowanie i w patologii słuchu; zmienione stosunki ciśnienia, zmiany napięcia i rozdźwięku muszą wywierać wpływ znakomity na przyływ i odpływ, jako też i percepcją fal dźwięcznych przechodzących z części stałych głowy na przyrząd słuchowy. Doświadczenia kliniczne potwierdziły to zdanie; pomimo trudności jakie stawiają skomplikowane przez process chorobny stosunki i niepewność objawów subiektywnych, badanie przewodnictwa fal dźwięcznych przez kości dostarcza nam ważnych znaków diagnostycznych.

(Dok. nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ FRANCUSKIÉJ.

Przez Dra. S. Witkowskiego.

Rozpoczynając szereg artykułów, w których mamy zamiar dawać przegląd ważniejszych prac na polu chirurgii we Francyi, zwrócić musimy uwagę na kierunek, jaki się głównie przebija w chirurgii francuskiej. Chirurgia ta, której działalność ześrodkowuje się głównie w szkołach Paryżkiej, Montpelierskiej, Lyonńskiej i Strasburskiej, do których zaliczyć wypada i pobratymczą szkołę Belgijską, przedstawia, zdaniem naszym, kierunek głównie praktyczny. Gdy w Niemczech więcej mamy prac nad rozwiązaniem kwestyj teoretycznych, nad rozwikłaniem patogenezy chorób i rozwoju spraw chorobnych w organizmie, we Francyi usiłowania głównie zwrócone są do ułatwienia rozpoznania chorób i udzielania pomocy operacyjnej. Słowem, jak teoria, uogólnienie jest cechą chirurgii niemieckiej, tak praktyka i obrabianie szczegółów cechują przeważnie chirurgią francuską. W przeglądach więc niniejszych częściej spotykać się będziemy z rozprawami o symptomatologii chorób chirurgicznych, z opisami wykonanych operacji, lub ulepszeń i modyfikacyj w dotychczasowych metodach operacyjnych, z obserwacjami ważniejszych wypadków chorobnych, niż z badaniami ogólniejszej treści. Znakomita ilość prac tego rodzaju, jaką nam literatura chirurgiczna francuska przedstawia, jest dowodem, z jak wielką usilnością chirurgowie francuscy gromadzą fakta, mogące mieć jakiegokolwiek znaczenie pod względem patologii lub terapii. Na posiedzeniach Towarzystwa Chirurgicznego, Akademii Umiejętności i Akademii Lekarskiej, oraz Towarzystw Lekarskich w stolicy i na prowincyi, niemniej też w pismach peryodycznych rozstrząsane bywają liczne kwestye chirurgiczne, będące wyrazem obecnego kierunku naszej nauki we Francyi. Przedstawienie całego obrazu tych prac byłoby za obszernie na rozmiary naszych przeglądów; jednakże starać się w nich będziemy niepominać niczego, co mogłoby mieć rzeczywistą wartość, bądź pod względem naukowym, bądź też pod względem praktycznym.

Guz powietrzny czaszki (Pneumatocele cranii).

Do rzadkich i mało dotąd jeszcze poznanych chorób należą bezwątpienia tak nazwane guzy powietrzne czaszki (pneumatocele cranii), zależące na zebraniu się gazów pod jej okostną i unoszące powłoki miękkie czaszki na mniejszej lub większej przestrzeni, na podobieństwo Cephalhaematoma. Pierwszy wypadek tego rodzaju obserwował *Le cat* w roku 1741, dalej *Lloyd* z *Wuxham* w roku 1779, *Pinet* w 1833, *Jarjavy* w 1849 i *Balassa* z *Pesztu* w 1853, który pierwszy zwrócił uwagę, na naturę zebranych w guzie gazów i sposób ich wejścia pod okostną. Te pięć wypadków zebrane i ogłoszone były razem przez p. *Coste* profesora z *Bordeaux* w artykule jego: *Tumeurs emphisemateuse du crâne, article omis dans les traités de pathologie chirurgicale*, z krytycznym poglądem na ich patogenezę. Poźniej, obserwowali jeszcze takie wypadki: *Chevance de Vassy* jeden, *Voisin* z *Aubrain* jeden, *Ribiro de Vianna* z *Lizbony* jeden, *Brunsa* dwa, *Denonvilliers* jeden. Ogółem więc mamy dotąd tego rodzaju obserwacji 11. Wypadek p. *Denonvilliers* dał powód *Drowi Thomas* do napisania niedawno ogłoszonej (*Arch. gen. de med. Jan. 1866*) pracy, w której zestawia 9 z cytowanych obserwacyj, dwie bowiem podane przez *Brunsa* zdaje się, nie były mu znane.

Dr. Thomas opierając się na rozbiornie chemicznym gazów w guzie zawartych, zgodne ze zdaniem *Balassy* i p. *Coste*, przyjmuje *Pneumatocele cranii* za guz powstający skutkiem wejścia pod okostną czaszki powietrza atmosferycznego, które przy dłuższem tu pozostawaniu, ulega pewnej zmianie, mianowicie zmniejszenia ilości kwasorodu i powiększenia ilości kwasu węglowego. Jakim sposobem powietrze atmosferyczne wejść może pod okostną czaszki, bez naruszenia części miękkich głowy, — tłumaczy p. *Thomas*, iż to może nastąpić za pośrednictwem jam w kościach czaszki zawartych, które komunikują z powietrzem atmosferycznym. Kości czaszki przedstawiają dwie pary takich jam, mianowicie zatoki czołowe które komunikują z powietrzem zewnętrznym przez nozdrza, oraz komórki sutkowe (*cellulae pr. mastoidei*) komunikujące z tém powietrzem przez trąbę *Eustachego*. Jeśli więc ściany zewnętrzne której z tych jam, z jakiegobądź powodu ulegną processowi zaniku, tak dalece, że zostaną przedziurawione, w takim razie powietrze w nich znajdujące się, parte od zewnątrz unosi okostną i wchodzi pod nią. Czy przyczyną takiego zaniku jest wpływ traumatyczny, czy téż miejscowe zaburzenie w nutricyi tkanki kostnej z innych powodów wynikłe, trudno jest wyrzec stanowczo; jakkolwiek bowiem w większej części wypadków, wysledzone zostało podziałanie wpływu traumatycznego na czaszki, wszakże w niektórych nie miało to miejsca, a i w tych wypadkach, w których wpływy traumatyczne zachodziły, bardzo znaczny odstęp czasu jaki upłynął do wystąpienia guza nie pozwala wnosić nie pozwala. Stosownie do tego, czy przedziurawienie następuje w wyrostku sutkowym, czy w zatoce czołowej, guz powstaje pierwotnie albo na tylnej części w okolicy ucha, albo na przedniej w okolicy czoła. Częściej ma miejsce wypadek pierwszy, na 11 bowiem obserwowanych guzów powietrznych, 8 poczęło się koło wyrostka sutkowego, a 5 tylko w okolicy czoła. Częściej także tworzą się z prawej strony niż z lewej, na pierwszej bowiem obserwowano ich 9 razy a na drugiej tylko 2. Guz zwykle z początku mały, powiększa się następnie i rozszerza, zajmując całą połowę czaszki jak w wypadku p. *Denonvilliers*, a czasem przechodzi i na drugą stronę, co miało miejsce w wypadku *Pinet'a*, gdzie guz otaczał w postaci turbanu całą głowę, której obwód był znacznie powiększony.

Sam guz jest zwykle niebolesny, za dotknięciem sprężysty, niefluktujący, przy opukiwaniu daje odgłos jasny i pełny, co jest znakiem patognomicznym, przy silniejszym przez jakiś czas naciskaniu zmniejsza się, przyczem chory czuje rodzaj świstu w uchu lub w nosie stosownie do miejsca początku guza. Guzy poczynające się w okolicy usznej przy nadymaniu się chorego z zamkniętym nosem powiększają się; brzeg guza ograniczony jest wałem twardym tak jak przy *cephalhaematoma*. Po wypróżnieniu takiego guza za pomocą punkcyi, kości czaszki przedstawiają zwykle na powierzchni rowki i wyniosłości różnego kształtu: okrągłe, koniczne, łódkowate, które następnie szybko znikają, co według *Dr. Thomas* pochodzi ztąd, że w miejscach gdzie przy wejściu powietrza okostna odrazu zostaje oddzielona od

kości, powierzchnia kości pozostaje gładką, tam zaś gdzie kość jeszcze czas jakiś zostaje w związku z okostną, tworzą się wyniosłości; rowki więc wskazywałyby niejako pierwotną drogę prądu powietrza. Przebieg choroby jest chroniczny; czasem guz po pewnym czasie trwania znika nagle, aby się wkrótce znowu pokazać, w kilka miesięcy dojść może znacznej wielkości, i zająć całą połowę głowy. Na stan ogólny organizmu, złego wpływu wcale nie wywiera. Leczenie zależy na otworzeniu guza, wypuszczeniu zawartego w nim powietrza, i nacisku, mającym zapobiedz zbieraniu się jego napowrót. Rzadko jednak zdarza się wyleczenie zupełne, w jednym tylko wypadku Dra. Voisin, operowany po dwóch latach był jeszcze zdrow zupełnie, u innych w mniej lub więcej prędkim czasie nastąpiła recydywa. Śmierć po operacji miała miejsce w jednym tylko wypadku Lecat'a w skutek septicemii.

Jeszcze w roku 1861 prof. B u i s s o n w Montpeliers, rzucił myśl leczenia ran otwartych za pomocą tak zwaną wentylacji, to jest puszczenia na powierzchnię rany prądu czystego powietrza. Prąd taki wywołuje tu szereg objawów, jakie mają miejsce przy gojeniu się naturalnym ran, to jest robi się na powierzchni rany rodzaj błonki twardniejącej, pod którą bez ropienia robi się blizna. Wentylacja odbywa się albo za pomocą strzykawki, albo odpowiednich wachlarzy; jedno posiedzenie trwa 5 do 20 minut, kilka posiedzeń po jednym na dzień wystarcza do utworzenia się stwardniałej błonki. Obecnie p. Beranger Serand, który w metodzie B u i s s o n a wprowadził tę zmianę, iż przed zastosowaniem wentylacji, opatruje przez dui parę ranę szarpnią zmaczaną w wysokoku, a to dla ograniczenia jój sekrecyi, ogłasza rezultat czynionych z tą metodą doświadczeń (Gaz. de Hopit. 1866 — 26), przypisując jój tę ważną zaletę, iż znacznie skraca czas gojenia się rany.

Leczenie wąglika (*anthrax*).

Powszechnie dotąd za najskuteczniejszy, najszybszy i zarazem najmniej dla chorego bolesny sposób leczenia wąglików, uważamy szerokie i głębokie cięcia krzyżowe, które znosząc napięcie tkanek, zmniejszają niezwłocznie bóle, jakich chory w guzie doznaje, a skutkiem tego sprowadzają jednocześnie i złagodzenie gorączki często bardzo silnej. Operacja taka, która sprawia choremu tylko chwilowy, szybko przemijający ból, nie przedstawia zwykle niebezpieczeństwa, rany po cięciach szybko się oczyszczają i zablizniają. W ostatnich jednak czasach niektórzy lekarze francuzcy wystąpili przeciwko głębokim cięciom, uważając je za niebezpieczne z tego powodu, że zetknięcie się otworów świeżo przeciętych naczyń z substancją rozpadową w guzie zawartą, może sprowadzić posocznicę, i usiłują wprowadzić w użycie inne sposoby otwierania wąglików. I tak Dr. R i c h a r d (Gaz. des Hop. 1866. 27) proponuje otwierać je za pomocą kauteryzacyi, przykładając na powierzchnię guza w różnych kierunkach od jego środka rozchodzące się wązkie paski nasmarowane najprzód ciastem wiedeńskim, a następnie gdy już skóra przeżartą zostanie, ciastem cynkowym Canquoina. Dla dojścia do dna guza odnawiać trzeba paski co kilka godzin przez dwa dni. — Dr. D e n u c é z Bordeaux (Gazette Hebdom: 1866, 13) robi najprzód na powierzchni guza płytkie cięcia w skórze, w różnych od jego środka kierunkach; ranki skórne opatruje szarpnią zwilżoną w roztworze półtoro-chlorku żelaza, dla wywołania zakrzepów w otworkach naczyń przeciętych, a na drugi dzień w miejscu nacięć wypala tkanki aż do dna guza ciastem wiedeńskim lub cynkowym. — Wreszcie Dr. T o u c h e r z Paryża zamiast nacięć przystawia na sam wierzchołek guza dużą bańkę szklaną, zaopatrzoną u wierzchu w pompkę. Za pomocą téj pompki wyciąga powietrze z bańki, która natychmiast napełnia się ropą i substancją rozpadową z głębi guza. Po kilkakrotnem w ciągu trzech dni powtarzaniu téj operacyi, skóra na wierzchu guza mortyfikuje się i oddziela, a pod nią ukazuje się rana granulująca, ropą dobrej natury pokryta i szybko się gojąca. (Gaz. Hebd. 1866. 20).

Przytaczając trzy powyższe zdania, nie mamy na celu przyznawać im wyższości nad dotychczasową metodą, która w jednej prawie chwili znosi dwa najważniejsze objawy wąglików, to jest: ból i gorączkę, gdy przeciwnie sposoby podawane przez pp. R i c h a r d, D e n u c é

i T o u c h e r wystawiając chorego, prócz bólu naturalnego na kilkadniowe jeszcze sztucznie zrażone przez kauteryzacją cierpienia, pogorszać jeszcze muszą stan jego ogólny — Zacytowaliśmy je tutaj tylko jako dowód płodności lekarzy francuzkich w pomysły, chociaż nie zawsze, jak np. tą razą szczęśliwe.

Dr. C. Mettenheimer. O osadzaniu się czarnego barwnika w płucach i oplu-
cnej (Reichert's Archiv 1866 pg. 360—368).

Autor stwierdza zdanie Koszłakowa, że barwnik czarny, nie w ścianach małych oskrze-
li, jak wielu błędnie utrzymywało, lecz głównie w pochwie małych tętnic się osadza; zarazem
przypomina, iż ten wynik swych doświadczeń pokrótce ogłosił już w *Jahresbericht der Verwal-
tung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt a M. 1859, pg. 244*. Mettenheimer badał, nie
Anthraxosis, ani nie zwykłą *Melanosis*, lecz to zabarwienie czarne tkanki płuc i oplucnej, ja-
kie dość często przedewszystkiem u osób w podeszłym wieku zmarłych normalnie znachodzimy.
Ani w ścianach pęcherzyków płucowych, ani w pobliżu naczyń włoskowatych nie mógł autor
znaleść czarnego barwnika; widział, jak Koszłakow, czarne punkciki barwnika w tkance
łącznej między częściami składowymi płuc się znajdującą, lecz nigdy w takim nagromadzeniu,
jak w pochwie a przedewszystkiem tam, gdzie się właśnie rozgałęziały małe tętnice. Również
widział autor punkciki czarnego barwnika w liściastych $\frac{1}{2}$ cala długich, a $\frac{1}{2}$ linii i więcej
szerokich narosłach pokrywających tu i owdzie oplucną. Wreszcie w płwocinach kobiety 40-
letniej cierpiącej na bronchiectasę i tuberkulozę zauważał małe czarne ciałeczka za pomocą
śluzu szklatego w dość długie nitki powiązane, które w pierwszej chwili można było wziąć
za wydzielone ramifikacye małych naczyń krwi.

F. N.

K A Z U I S T Y K A.

W obec wzrastającej ciągle liczby wypadków śmierci od użycia chloroformu przy
wykonywaniu chirurgicznych operacyj i coraz bardziej upowszechniającego się znieczulania
miejscowego, nważamy za pożyteczne podawać chociaż w krótkich wyciągach opis ważniejszych
operacyj z zastosowaniem eteru, jako środka znieczulającego w różnych krajach dokonanych,
a to w tym celu, żeby czytelnik z faktów mógł wnioskować o doniosłości odkrycia, które
oddawna będąc ideałem chirurgów, za dni naszych stało się rzeczywistym nabytkiem nau-
kowym.

— Dr. Newman w Stamford wykonał w miesiącu lipcu r. b. operacją cięcia cesar-
skiego u kobiety w siódmym miesiącu ciąży będącej, a to z powodu zajęcia szyi macicy wy-
rodzeniem rakowatym. Przy zastosowaniu miejscowego znieczulenia przez podwójny strumień
eteru z dwóch oddzielnych flaszek, operowana żadnego bólu nie czuła podczas przecięcia ścian
brzusznych i macicy, a płód wraz z łożyskiem łatwo i szybko wydobyto, poczem macica się
skurczyła i powstały zwykle bóle poporodowe. Operacja ta zupełnie pomyślnym skutkiem
uwieńczona została, gdyż według późniejszego doniesienia Dra Newman'a, w cztery tygo-
dni po operacji rana zupełnie się zablżyła i stan zdrowia operowanej był dobry.

— W końcu miesiąca sierpnia r. b. Dr. Greenhalgh łącznie z Drem Richardsonem
wykonał trzecią z rzędu operacją cięcia cesarskiego przy użyciu znieczulenia miejscowego.
Operacja ta wykonaną była u pierwiastki w drugim tygodniu ostatniego miesiąca ciąży. Po-
ród drogą naturalną odbyć się nie mógł z powodu nowotworu umieszczonego na kiszce odech-
dowej, który ścieśniał pochwę maciczną do tego stopnia, iż palec do ujścia macicy, z wielką
trudnością przeprowadzony być mógł. Miejscowe znieczulenie na linii nacięcia wywołał Dr.
Richardson w ciągu 50 sekund pojedynczym strumieniem eteru, a Dr. Greenhalgh
w ciągu trzech niespełna minut ukończył całą operację wydobywszy z macicy żywe dziecko
i łożysko. Krwotok był bardzo mały (zaledwie kilka uncji krwi) a po kilku minutach ma-
cica zupełnie się skurczyła. Rodząca żadnego bólu nie czuła, dopóki ręka do wnętrza macicy
nie została wprowadzona a wtedy powstały zwyczajne bóle porodowe wywołane skurczeniem się
macicy,

Przebieg położu był zupełnie pomyslnym i dziecię pozostaje przy życiu. Przy operacyi było obecnych 11 lekarzy. (Medical Times and Gazette).

S. P.

Dr. Laborie lekarz przy cesarskim domu schronienia w Vincennes, ogłosił (Gaz. des. Hopit. 1866. 27) wypadek dopełnionej w miejscowej infirmeryi, amputacyi uda u pewnego robotnika w skutek guza kolana. Człowiek ten poprzednio zdrow zupełnie, bez żadnej wyraźnej przyczyny, dostał silnego bólu w kolanie prawém, które jednocześnie obrzmiało. Po upływie paru tygodni, przy użyciu deplecyi miejscowych i wcierań jodowych doznał pewnej ulgi; lecz po kilku dniach stan poprzedni wrócił, i dopiero po sześciu tygodniach przy ponowném użyciu wcierań jodowych nastąpiła nowa remissya, i to nie na długo, gdyż po pewnym czasie, bole w kolanie z nową gwałtownością wystąpiły. W trzy miesiące od początku choroby, kolano prawe przedstawiało się w postaci dużego okrągłego guza, skóra na niem niezmiennona, gorąca, napięta; kończyna zgięta w kolanie, wyprostowanie jęj niemożebne, najlżejszy nacisk lub ruch wywoływał straszne bole; pod noc występowały napady gorączkowe, trwające do rana. Uważając z początku cierpienie to za chroniczne zapalenie stawów, Dr. Laborie próbował deplecyi miejscowych i środków revulsyjnych, lecz gdy nic nie pomagało, a guz ciągle wzrastał, w dolnej części stał się miękkim, fluktuującym, na bokach i od przodu wystąpiły trzy wyniosłości bardzo bolesne, chory dostał gorączki ciągłej i tracił siły; gdy wreszcie przy dopełnionej punkcyi probierzczej, wypłynęła z guza krew czysta, jasna, tętnicza, co naprowadziło na domniemanie ważniejszego wyrodzenia tkanin, zdecydował się na amputacyę uda, którą wykonał metodą płatową w trzy miesiące po rozpoczęciu kuracyi a zatem w sześć od początku choroby. Sekcyja kolana po operacyi przekonała że cały staw napełniony był substancją białawą połyskującą średniej konsystencyi, dającą się łatwo krajać, lecz nie treszczącą pod nożem, która zapełniała wszystkie przestwory między mięśniami, więzami i kośćmi, oraz wysuwała się w trzech miejscach więćej ku zewnątrz, tworząc trzy wspomniane wyniosłości. Koniec stawowy kości udowej, rzepka, oraz więzy stawowe były nienaruszone; chrząstka stawowa kości goleniowej również cała, lecz przednia powierzchnia tej kości, w górnej części zniszczona przedstawiała rodzaj jamy, wypełnionej substancją nowotworową i krwią. Na tylnej powierzchni kości goleniowej w jęj części stawowej podobneż zniszczenie miało miejsce. Rzepka i udo w stanie stwardnienia (osteosclerosis), kości goleni i stopy w stanie rozrzedzenia (osteoporosis), substancya nowotworowa badana pod mikroskopem okazała się złożoną z komórek wrzecionowatych i jajowatych z jąderkami w środku, na mocy czego Dr. Laborie uznał nowotwór rzeczony, za — „tumeur fibroplastique“.— Powyższe cechy pozwalają wnosić że było to *osteosarcoma* kolana, którego punktem wyjścia może być którakolwiek z kości składających staw kolanowy, a którego występowanie w tej okolicy jest dosyć rzadkie. Amputacya jest w takim razie jedynym środkiem ratunku, rezultat zaś jęj zależy od mniej lub więćej długiego trwania choroby, a skutkiem tego mniejszego lub większego wyczerpania sił chorego. Operowany Dra Laborie w dziesięć dni po operacyi znajdował się w stanie nie pozostawiającym nic do życzenia.

Wiadomości bieżące.

— W d. 8 b. października odbyło się 23 posiedzenie oddziału chirurgii, na którym w dalszym ciągu rozpraw w kwestyi znieczulania miejscowego zabierali głos doktorowie Kosiński, Chwat i Girsztowt; każdy z nich opowiedział o kilku operacyach z zastosowaniem eteru przez siebie wykonanych; Dr. Chwat zauważył, że sub exstirpatione scirrhi mammae cięcia skóry nie wywołały żadnego bólu, w czasie jednak odseparowywania części miękkich głębszych, chora skarżyła się na ból, i sam operator wystawiony był na nieprzyjemne uczucie zimna w palcach od natrysku eteru; Dr. Kosiński przytoczył wypadki zupełnego znieczulenia, dwaj jednak operowani jego skarżyli się na uczucie nacisku i tępego niewyraźnego bólu; prof. Girsztowt dodał, że przy wykonaniu amputacyi goleni (pannie Grotkowskiej) operowana żadnego bólu nie czuła; ośmioletni téż chłopiec (P. Apanowicz), któremu w asystencyi Dra

Stankiewicza, wykonał tenotomiam tendinis Achillis, nie czuł żadnego bólu, również pani R. T. zrobił extirpationem mammae canerosae bez bólu. Następnie Dr. Kosiński przedstawił chorego, któremu wykonał wypilowanie szczęki górnej z powodu zapalenia ropiastego okostnej (periostitis suppurativa) w skutku źle wyrwanego zęba rozwiniętej; okazał potem pięcioletnie dziecko cum elephantiasi cutis congenita. Z powodu często zdarzających się złych następstw przy wrywaniu zębów przez ludzi nieumiejętnych, przy czém każdy z obecnych członków po kilka takich wypadków śmiercią nieraz zakończonych opowiedział, zawiązała się dyskusya o dentystyce, dentystach i felezerach, w której wszyscy prawie przyjmowali udział. Wywody tych rozpraw dadzą się streścić w następujący sposób: 1) wszystkie gałęzie chirurgii (operacye: kamienia, katarakty, przepuklin, dorabiania nosów, nastawiania złamanych kości, odprowadzanie kości zwichniętych, opatrunek ran, wrzodów, upusty krwi, wrywanie zębów) od swego zawiązku w ciągu długich lat zostawały w ręku nieuków, którzy wędrując od wioski do wioski, bezkarnie wykonywali swe rzemiosło u jednych wzbudzając wstręt i obrzydzenie, u drugich podziw. 2) Gałęzie te chirurgii stopniowo ujęte zostały w formę nauki, wyrwane z rąk szarlatanów i do uniwersyteckich wykładów wcielone, przeszły w ręce lekarzy naukowo wykształconych. 3) Zlanie oddzielnych części chirurgii w jedną naukową całość i wcielenie ich do uniwersytetów odbyło się różnoczasowo w rozmaitych państwach, tak że na początku jeszcze XIX wieku okulistyka, akuszerya w wielu miejscach stała obok dentystyki. 4) Ze wszystkich gałęzi chirurgii dwie tylko, mianowicie dentystyka i tak zwana chirurgia niższa (felezerska) najdłużej pozostały w ręku nieuków. 5) Obecnie we wszystkich krajach i te dwie gałęzie, ostatnie zabytki nieszczęśliwej tradycyi starożytniej, przeszły w ręce lekarzy. 6) Operacye na szczękach, zębach, jak niemniej na naczyniach równie są ważne dla operatora i chorego, jak operacye na innych częściach ciała; ztądto dobro ludzkości i godność nauki wymaga, żeby i one przez lekarzy — operatorów wykonywane były; 7) Radykalna reforma tych gałęzi chirurgii jest konieczną, uwagi nad tym przedmiotem poddane będą pod dyskusyą na przyszłym posiedzeniu.

— *Angielskie szkoły lekarskie.* W całym królestwie W. Brytanii istnieje 40 szkół przeznaczonych do kształcenia lekarzy; niektóre tylko z tych szkół należą do uniwersytetów, reszta zaś zupełnie oddzielnie istnieje. Londyn, liczy 11 szkół lekarskich, mianowicie, 1) St. Bartholomews, 2) Charing-cross Hospital, 3) St. Georgés Hospital, 4) Guys Hospital, 5) Kings College, 6) London Hospital, 7) St. Marys Hospital, 8) Middlesex Hospital 9) St. Thomas's Hospital 10) University College 11) Westminster Hospital. W Birmingham są trzy szkoły, w Bristolu 2, a po jednej w Hull, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle i Sheffield. — *W Szkocyi* są następujące: University of Edinburgh, Royal Colleges of Physicians and Surgeons, Edinburgh, Royal Infirmary, University of Aberdeen, University of Glasgow, Andersons University Glasgow, Glasgow Royal Infirmary. — *W Irlandyi:* School of Physic (University of Dublin) Queen's College Belfart, Queens College Cork, Queens College Galway, Catholic University Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland, Dr. Steevens Hospital Dublin, The Adelaide Hospital Dublin, Carmichael School Dublin, Ledwich School Dublin, City of Dublin Hospital.

Studia medycyny i chirurgii obliczone są wszędzie na cztery lata blisko. Opłata różną jest w rozmaitych szkołach: w Londynie opłata najwyższa za kurs całkowity medycyny i chirurgii wynosi 105 funtów szterlingów, najniższa opłata zaś 72 1/2 f. szt. — w miastach prowincjonalnych angielskich 63 do 93 f. szt. —

Do wykwalifikowania lekarzy i nadania tytułów honorowych mają prawo niektóre tylko uniwersytety i kollegia, mianowicie: uniwersytet w Oxfordzie, w Cambridge, w Londynie, w Durham, królewskie kollegium lekarzy w Londynie, królewskie kollegium chirurgów w Londynie, towarzystwo aptekarzy, wojskowy departament medyczny, wojskowa szkoła medyczna, departament medyczny marynarki. *W Szkocyi:* uniwersytet w Edynburgu, w Aberdeen, St. Andrews, w Glasgowie, królewskie kollegium lekarzy w Edynburgu, kollegium chirurgów tamże, wydział lekarski i chirurgiczny w Glasgowie. *W Irlandyi:* uniwersytet w Dublinie, uniwersytet królowej, królewskie kollegium lekarzy w Irlandyi, królewskie kollegium chirurgów tamże i towarzystwo aptekarzy tamże.

Stopnie naukowe udzielane przez wyż wymienione instytucje są następujące: Bachelor of Medicine (M. B), Bachelor of Surgery (B. S), Doctor of Medicine (M. D), Master of Surgery (M. S), Licences in Medicine (L. M), Licences in Surgery (L. S), Fellow of the Royal College of Physicians (F. R. C. P), Fellow of the Royal College of Surgeons (F. R. C. S)

Wykwalifikowani przez towarzystwa aptekarzy otrzymują prawo do praktyki lekarskiej i aptekarskiej.

— Dr. T r i d e a u zaleca w *Gaz d. hop.* przeciw *krupowi* i *Diphtheritis* użycie *kubeby* naprzemian z *kopaiwą*, wychodząc z zasady: że leczenie pomienionych chorób, których źródłem jest właściwe zakażenie krwi, polegać winno na zastosowaniu środków ogólnych, powtóre, że w przebiegu tychże niemocy wysokie ma znaczenie zajęcie nieżyttowe błon śluzowych, a wyż wspomniane leki wywierają ważny wpływ na wydzielinę śluzową.

T r i d e a u używa następujących przepisów: I. *Rp.* Piper. Cubebar. rec. pulv. Grmm. 12., Syr. simpl. Grmm. 240. DS. zakłóciwszy co 2 godzin po 1 łyżce. II. *Rp.* Bals. Capaiv. Grm. 80., Gum. ar. pulv. Grm. 20., Aq. destil. Grm. 50., Ol. Ment. pip. gtt. 16., Syr. simpl. Grm. 400. M. DS. Na przemian z N. I. po 1 łyżce co 2 godzin.

Jeżeli tak przepisanych środków chory po 24 godzinach nie znosi, dodać wypada na 30 Gramm balsamu 2—3 kropli Laudani. Przy tém leczeniu choroba ustępuje po 2—3 dniach, rzadko tylko przeciąga się dłużej, a wtedy leki te wywołują znane przypadłości, jako to: swędzenie, ból gardła, gorączkę i właściwą wysypkę do szkarlatyny, różycy lub pokrzywki podobną, którą to wysypkę poczytuje autor za krytyczną; z téj téż przyczyny użycie podanych środków zaleca aż do wywołania wysypki.

Leczenie to okazało się skuteczném w 300 wypadkach, kiedy choroba była w 1 lub 2 okresie, mianowicie krupu *pierwotnego*. Skuteczność téj metody stwierdzona została wedle Dra. B e h r e n d ' a, doświadczeniem P. T r a u s s e a u.

— W piśmie „Zeitschrift f. gerichtliche Medizin 1866 N. 33“ znajdujemy następujące doniesienie Dra Brand ze Stettina: „W ciągu panującej tu epidemii cholerycznej, szczepilem około 600 osób celem uchronienia od cholery, a mianowicie takich, którzy na działanie zarazy wystawieni byli.

Z liczby szczepionych, zapadło kilku na biegunkę, kilku na wymioty z biegunką, a na *cholere* żaden, i to wówczas, kiedy $2\frac{1}{2}\%$ ludności całej chorobie uległa.

Do szczepienia używałem zgęszczonej tinktury kwasii z pół drachmą zproszkowanych goździków i 15 gran siarczanu żelaza (fer. sulfuricum oxydulatum), wpuszczając 1—2 kropli po lekkim zadrażnieniu skóry na przedramieniu, co sposobem zwyczajnym wykonywałem. Ranka goiła się zawsze szybko, nie pozostawiając po sobie blizny, a co 8 dni powtarzałem szczepienie.“

† W dniu 25 sierpnia b. r. umarł Dr. Goyrand, naczelny chirurg szpitala *Hôtel Dieu d'Aix*, członek akademii lekarskiej w Paryżu, w 63 r. życia; przez śmierć tego znakomitego lekarza, chirurgia francuzka ciężką poniosła stratę. W tymże prawie czasie umarł niemniej znakomity chirurg amerykański Dr. M u s s e y, w 86 r. życia, jeden z najszcześniejszych i najsmielszych operatorów: on to pierwszy w r. 1837 zrobił wycięcie łopatki z powodu mięsaka kości (osteosarcoma); on téż pierwszy wykonał podwiązanie utriusque carotidis u jednego i tego samego chorego z powodu tumoris erectilis capilitii.

Następujące świeżo nadesłane dzieła lekarskie są do nabycia w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Niemeyer, éléments de Pathologie interne et de Therapeutique. 2vls. Paris 1865 (66).
Rs 7. 20.
Parisel, Annuaire Pharmaceutique. 4. année 1866. Paris..... 60 kop.
Tardieu, manuel de Pathologie et de clinique médicale. Paris. 1866..... Rs. 2. 80.
Virchow, la Pathologie cellulaire, traduit de l'allemand par Picard. Paris. 1866. Rs 3. 20.

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.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 półrocznie „ 2 „ 50
 kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ Przypadek habitualnego stawiania się płodu do porodu w położeniu poprzeczném, spowodowanego nieprawidłową budową macicy. Dr. *L. Neugebauer*. — O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii. *Br. Taczanowski*. — Kronika Zagraniczna. Guz powietrzny czaszki. Leczenie węglika. Dr. *Witkowski*. — Kazyistyka — Wiadomości bieżące.

Przypadek habitualnego stawiania się płodu do porodu w położeniu poprzeczném, spowodowanego nieprawidłową budową macicy.

Postrzegal i opisał Dr. Ludwik A. Neugebauer,

Docent akuszeryi i ginekologii w Szkole Głównej Warszawskiej.

Sora G., żona kupca starozakonnego na prowincyi zamieszkała, lat wieku trzydzieści dwa licząca, kobieta wzrostu średniego, silnie zbudowana, prawidłowej postaci ciała, szatynka, przez czas od 21 do 31 roku życia po czterech poronieniach w czwartym i trzecim miesiącu ciąży, odbyła później sześć porodów czasowych. Przy każdym z tych porodów czasowych płód znajdował się w położeniu poprzeczném i wydobyty został przez akuszerkę w drodze obrotu na nóżki. Z dzieci tak wydobytych, dwoje tylko, a mianowicie 3 i 4 przyszło na świat żywe; pozostałe zaś cztery urodziły się nieżywymi. Śmierć zawsze następowała podczas wydobywania ich. Zresztą sama rodząca tak podczas każdej z onych ciąży, jak i podczas samych porodów czuła się zdrową i nie doświadczała żadnych przypadków chorobnych, żadnych uszkodzeń, żadnych nawet wstrząśnień lub jakichbądź gwałtownych poruszeń ciała.

W pierwszych dniach listopada roku zeszłego zaszła po raz jedenasty w ciążę. Ta w ogólności przebiegła szczęśliwie. W ósmym miesiącu ciężarna wprawdzie dotknięta została lekkim krwawieniem z części rodnych, krwawienie to atoli po upływie dwóch tygodni samo ustało i więcej już się nie powtórzyło. Ciężarna wszelako tym przypadkiem tyle została zrażoną, że na tydzień po ustaniu krwawienia udała się do Warszawy, aby tu wyczekać poród i ubezpieczyć sobie stósowną przy tymże porodzie pomoc.

Poród rozpoczął się dnia 31 lipca; o godzinie 11 wieczór, objawiły się pierwsze bole. Nazajutrz w samo południe rodząca wezwała mnie do siebie, pragnąc poród przy mojej pomocy dokończyć.

Przybywszy niebawem do niej, znalazłem przy śledzeniu usta maciczne mniej więcej na cal w średnicy otwarte. Sam ich otwór był niekolisty, lecz wyraźnie w poprzek eliptyczny. Ani przez formujący się pęcherz płodowy, ani przez dolny odcinek macicy, żadnej części płodu wysledzić nie można było. Zresztą same usta maciczne i dolny odcinek macicy, pochwa i części płciowe zewnętrzne nic nieprawidłowego nie przedstawiały. Sama także miednica okazywała się być dobrze zbudowaną.

Tyle co do śledzenia wewnętrznego.

Przy śledzeniu zaś zewnętrzném znalazłem macicę w niezwykle sposób skonfigurowaną, była ona bowiem znacznie niższą i szerszą, niż na początku czasowego porodu być powinna. Zarazem okazywało się jej dno w środkowej części tak głęboko od góry ku dołowi wgniecione, iż przez to sama macica zdawała się być niby rozdzieloną w téjże części na dwa boczne oddziały, czyli rogi, z których jeden odpowiadał prawej, drugi lewej połowie brzucha. Dwa te oddziały czyli rogi były w końcowych swych częściach zaokrąglone i mniej więcej równej wielkości. Lewy mieścił w sobie dużą część płodu, która będąc okrągłą i twardą, niczem inném być nie mogła, jak jego głowę; w prawym zaś czuć się dawała część nieco mniejsza od głowy i wraz z nią części jeszcze drobniejsze a łatwo poruszalne, była to wyraźnie miednica płodu z nogami. Tony serca płodu w dolnej części brzucha matki słyszeć się dawały, a szczególnie najmocniej w miejscu położoném mniej więcej trzy cale poniżej pępka, a nieco na lewo od smugi białej. Ztąd rozlegały się one, słabnąc stopniowo coraz bardziej, ku stronie prawej wzdłuż linii łukowatej, zwróconej wypukłą swoją stroną ku dołowi a wklęsłą ku górze, która przecinając smugę białą pod prostym kątem kończyła się w miejscu odpowiedniém temu, w którém na stronie przeciwniej brzucha brała swój początek. Objętość macicy była zwykła. Bole były słabe i rzadkie, stan ogólny rodzącej dobry.

Z wyżej podanych objawów wynikało: że w macicy mieścił się *plód żywy* i to *w pojedynczej* tylko *liczbie*, a *powtóre*: że plód znajdował się *w położeniu poprzeczném główką ku prawej, a miednicą ku lewej stronie matki zwrócony*.

Gdy tak się rzeczy miały, potrzebném okazywało się sprostowanie wymienionego nieprawidłowego położenia płodu, czyli innemi słowy potrzebnym okazywał się *obrót*. Wykonaniu jednak téj operacyi w chwili, w którój mnie do rodzącej wezwano, stała na przeszkodzie ta okoliczność, że usta maciczne nie były jeszcze dostatecznie otwarte. Szło więc przedewszystkiem o to, aby formujący się pęcherz błon płodowych przez czas jak najdłuższy utrzymać, i po zupełném dopiero sformowaniu się jego i należytem otwarciu się ust macicznych do obrotu przystąpić. W tym celu ograniczyłem się nasamprzód na udzieleniu rodzącej rady, ażeby aż do dalszych rozporządzeń moich pozostała spokojnie w łóżku w położeniu poziomém.

Ku wieczorowi tegoż dnia odwiedzając ją powtórnie, znalazłem bole ciągle jeszcze rzadkie i słabe, usta maciczne zaś do półtora cala otwarte. Odchodząc do domu poleciłem akuszerce rodzącą pielęgnującej, aby kazała wezwać mnie skoro usta maciczne okażą się zbliżonemi do zupełnego otwarcia.

Akuszerka czyniąc zadosyć temu poleceniu, przysłała po mnie w nocy następnej o godzinie czwartej nad ranem.

Pospieszyłem niebawem do rodzącej. Przybywszy tam znalazłem usta maciczne w zupełności już otwarte i pęcherz błon płodowych na pęknięciu; gdy zaś w położeniu płodu, jak to było do przewidzenia, nic przez ten czas się nie zmieniło, bezzwłocznie wziętem się do *obrotu*. Przedewszystkiem chciałem się przekonać, czy nie było możliwem obrócenie płodu na główkę sposobem Wigan-*da*, czyli w drodze rękoczynów zewnętrznych? Usiłowania moje jednak w tym celu zrobione najmniejszego nie odniosły skutku i to z powodu, że płód nader uporczywie w swém poprzeczném położeniu pozostawał. Z tój przyczyny, nie tracąc czasu na dalsze podobne usiłowania, kazałem przyrządzić łożę poprzeczne chcąc jak najspieszniej przystąpić do obrotu na nóżki. Tymczasem w samą chwilę, gdy rodząca toż łożę zająć już miała, odeszły wody płodowe; w którymto stanie nadałem natychmiast rodzącej stosowne położenie i przystąpiłem do *operacji*.

Wprowadziwszy rękę lewą do ust macicznych, napotkałem ramię prawe dziecięcia. Przdowanie to rzonego ramienia, zestawione z okolicznością, że płód głowę położoną miał w lewej a miednicę w prawej połowie macicy, pokazywało, iż płód grzbietem zwrócony był ku przodowi, a stroną brzuszną ku tyłowi matki. Podczas, gdy celem samego wyszukania i ujęcia nóg dziecięcia rękę przesuwalem po piersiach i brzuchu płodu ku dnie macicy, wpadła mi w nią duża pętla pepowiny. Zostawiłem też pętlę na boku, a doszedłszy szczęśliwie ręką do nóg płodu, ująłem najprzód niżej leżącą prawą, a potem i wyżej leżącą lewą nogę i obie razem sprowadziłem na dół do kanału miednicy. To sprowadzenie nóg było wprawdzie łatwe, ale następne wyciągnięcie ich na zewnątrz uskutecznić się dało z pewną trudnością. Jawnie bowiem przy témże wyciągnięciu nożek, ciało płodu pociągającej sile podobny stawiało opór, jak kiedy macica mocno jest obciążona około płodu, co tu przecież miejsca nie miało.

Po wydobyciu zaś nóg płodu na świat bez wszelkiej już trudności, płód do reszty na zewnątrz wydobyć podołałem.

Dziecię przyszło na świat w stanie apoplektycznym. Kilkakrotném jednak natryśnięciem za pomocą strzykawki enemowej, na piersi i grzbiet jego wody zimnej, dosyć szybko do życia je przyprowadziłem, i wkrótce stan dziecięcia nic nie pozostawiał do życzenia.

Dziecię (dziewczynka) było sporęj wielkości i prawidłowo zbudowane.

Ponieważ po upływie dziesięciu mniej więcej minut po urodzeniu się dziecięcia łożysko jeszcze nie odeszło, użyłem więc do wyprowadzenia go rękoczynu wytłaczającego *Cre dé'go*. Po jednominutowém zastosowaniu tegoż, łożysko odeszło.

Tak przed odejściem, jak i po odejściu łożyska macica zachowywała postać podobną do téj, którą miała jeszcze na początku porodu, to jest postać jakoby ku górze rozdwojoną na dwa boczne oddziały czyli rogi, dającą się porównać niejako z postacią serca, które na kartach do gry się postrzega.

Pępowina, 23 cale długa, skręcona była umiarkowanie i przyczepiała się do brzegu łożyska, które także było umiarkowanej wielkości i okazywało postać wszérz rozciągniętego serca kartowego. Koniec serca odpowiadał przyczepowi pępowiny. Osobliwa ta postać łożyska czyniła prawdopodobném przypuszczenie, iż łożysko w macicy tak było osadzone, że brzeg jego wgięty czyli przeciwległy przyczepowi pępowiny odpowiadał wgiętemu dnu macicy.

Matka po porodzie miała się dobrze i również jak dziecko pozostała zdrową.

E p i k r y z a.

W powyższym przypadku skombinowane są *dwie* szczególniejsze okoliczności, to jest, najprzód: że *w każdym z porodów przez kobietę w mowie będącą odbytych, płód ułożony był w poprzek*, a powtóre, że *macica miała postać, jak to powiedziałem, serca kartowego, czyli dwurożną*. Czy przy téj dwurożnej postaci macicy rozdzielenie téjże było nietylko zewnętrzne, ale zarazem rzeczonemu wyżej wgnieceniu środka jój dna odpowiedniém, i czy była wewnętrzna, chociażby tylko nizka przegroda dwie połowy jamy macicy rozgraniczająca? innemi słowy, czy macica była nietylko dwurożna, ale i chociażby tylko niezupełnie, dwukomórkowa? o tém trudno twierdzić stanowczo. W każdym jednak razie macica była krótsza i szersza niż w stanie prawidłowym.

Gdy zaś rodząca nie miała ani miednicy ścieśnionej, ani téż podczas żadnej ze swych ciąż do prawidłowego końca doszłych, nie doznała jakiegobądź mocniejszego wstrząśnienia ciała, gdy ogólny stan jój zdrowia we wszystkich jój ciążach, jak i w chwili samych porodów był jak najlepszy, gdy płód każdy był prawidłowo zbudowany i gdy nakoniec żaden z płodów nie umarł przed porodem, lecz przeciwnie te cztery płody, które urodziły się nieżywe, zmarły dopiero podczas porodu, gdy, jedném słowém, położenie poprzeczne płodu przy wszystkich siedmiu czasowych porodach téj kobiety spostrzegane żadną z wymienionych co dopiero okoliczności tłumaczyć się nie da, wypada więc przyczynę tegoż habitualnego stawiania się płodów do porodu w położeniu poprzeczném szukać gdzieindziej, a mianowicie w wyżej wyszczególnionej wadliwej postaci, w *postaci sercowatej macicy*. Sercowata macica jój bowiem będąc stosunkowo znacznie krótszą i szerszą niż w stanie prawidłowym, nie podołała pomieścić w swojej jamie wadliwie ukształceniéj, płodu podłużnie leżącego, lecz zmuszała płód do ułożenia się w niej w poprzek, i w tém to położeniu każde z dzieci téj kobiety ostatecznie ukazało się przy porodzie.

Tak wnioskując, rozumiemy dopiero, dlaczego wszystkie jój dzieci bez wyjątku przedstawiały toż położenie, dlaczego w ostatnim porodzie usiłowania moje obrócenia płodu przed odejściem wód na głowę przez rękoczyny zewnętrzne naj-

mniejszego nie miały skutku, i dlatego w końcu wyprowadzenie nóg dziecięcia z kanału miednicy na zewnątrz po sprowadzeniu ich do tegoż kanału, i tém samém samo obrócenie ciała jego z położenia poprzecznego na nogowe odbyło się z pewną tylko trudnością. Wprawdzie z drugiej strony wynika z tego wniosku, dosyć nieprzyjemne dla osoby, o której mowa, co do przyszłych jój porodów, rokowanie, mianowicie takie, że prawdopodobnie przy wszystkich jój przyszłych ciążach położenie poprzeczne płodu będzie się powtarzało. Wyjątek od tego mogłaby mojem zdaniem stanowić jedynie ciąża bliźniętami, i to pod warunkiem, gdyby jedno z bliźniąt w jednej połowie macicy, a drugie w drugiej się mieściło. W tym bowiem razie prawdopodobnie każde z bliźniąt stanowiąłoby się do porodu w położeniu podłużnym. Ponieważ ta kobieta z własnego doświadczenia już wie, że dotknięta jest usposobieniem do stawiania się jój płodów do porodu w położeniu poprzeczném, jest zatem w możności zapobieżenia złemu, szukając przy każdym w przyszłości wydarzyć się mającym porodzie zawczasu stosownej pomocy akuszeryjnej.

O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii.

Skreślił Br. Taczanowski, lekarz wolnopraktykujący w Warszawie.

Jakkolwiek w dziełach dawniejszych lekarzy, jak Riolanus, Willis, Valsalwa, Portal, Sabatier napotykamy liczne i trafne badania odnoszące się do chorób przyrzędu słuchowego, nie udało się jednak w dawniejszych czasach zdobyć podstawy stałej, na którejby nauka dalej rozwijać się mogła. Genialny As. Cooper zwrócił uwagę na naszą naukę; zniechęcony jednak bezskutecznością swych usiłowań, porzucił wkrótce tę gałąź chirurgii, a odmawiając zupełnie rady chorym na słuch, wpoił na długo przekonanie w świat lekarski o niewyleczalności chorób przyrzędu słuchowego. Nic więc dziwnego, że mało znalazło się pracowników na téj niwie; dopiero w ostatnich czasach, przy szybkim rozwoju nauk lekarskich, zwrócono uwagę i na Otiatrię, a prace PP. Wilde, Tynbee, Kramer, Rau, Bonnafont, Tröltsch i Politzer oparte na nowych zdobyczach na polu anatomii drobnowidzowej i fizjologii słuchu, liczne obserwacje kliniczne sprawdzane badaniami pośmiertnymi, zapewniły naszej nauce, tak w dziedzinie umiejętności ścisłych, jako téż i w życiu praktycznym to stanowisko, na które ze wszech miar zasługuje. Zapatrując się na wysoki stopień rozwoju okulistyki, na znaczną liczbę lekarzy zajmujących się specjalnie tą gałęzią medycyny, trudno pojąć dlaczego nauka o chorobach słuchu, tak późno uzyskała prawo obywatelstwa, dlaczego tak mało jest jeszcze rozpowszechnioną?

Codziennie doświadczenie uczy nas, że liczba chorych na słuch nie jest małą; u dzieci: zołzy, odra, szkarlatyna wywierają wpływ szkodliwy na ucho, i dostarczają liczny kontyngens chorych, a u ludzi starych słuch prawidłowy jest prawie

wyjątkiem, i w średnim wieku daleko częściej spotkać się można z chorobami słu-
chu, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło; mało wprawdzie zupełnie
głuchych, ale często zato napotyka się przytępienie słuchu, co jednak przy obo-
jętności na przyszłość, przy małych wymaganiach na jakie pod względem słuchu
jesteśmy wystawieni, wcale chorego nic niepokoi i nie powoduje do zasięgnięcia
rady lekarskiej; dodajmy do tego wypadki, gdzie choroba ogranicza się do jedne-
go ucha, wypadki które prawie zawsze uchodzą uwagi, a przekonamy się, że cho-
roby słuchu nie są pewno mniej rozprzestrzenione jak choroby przyrzędu wzroku.
Znaczne przytępienie słuchu należy do przypadłości przykrych, wpływ ważny na
przyszłość i stanowisko socyalne indywiduum wywierających, nie mówiąc już
o głuchoniemych, którzy pomimo najtroskliwszego wychowania, zawsze pozosta-
ną ciężarem społeczeństwa: dziecko np. dotknięte chorobą słuchu, traci sposo-
bność wykształcenia się; brak wrażeń pobudzających, wywiera zgubny wpływ na
rozwój umysłu i charakteru, i u ludzi dojrzałych przytępienie słuchu może przy-
prawić o utratę stanowiska socyalnego, a przynajmniej ograniczyć możność dalsze-
go poprawienia swojego losu. Niektóre z chorób słuchu zagrażają wprost życiu
indywiduum: tak np. ropienie z wnętrza ucha pozostawiane zwykle bez żadnej
lekarskiej pomocy, bardzo często sprowadza zapalenie opon mózgowych, ropnie
w mózgu, ropnicę, — widzimy więc, jak zgubny wpływ choroby słuchu na życie
i rozwój indywiduum wyrzucić mogą, jak potrzebną jest znajomość przedmiotu
i bliższe zajęcie się Otiatrią.

Nie możemy też potwierdzić zdania, prawie ogólnie przyjętego, że w choro-
bach ucha interwencya lekarska nie prowadzi do pożądanego celu; wszakże tkan-
ki w skład ucha wchodzące, jako to: skórę, kości, tkankę łączną, błonę śluzową,
naczynia krwionośne, nerwy, znajdujemy i w innych organach; nasze więc środki
lecnicze mogą i muszą wywierać wpływ odpowiedni, a doświadczenie kliniczne
przekonywa, że w chorobach słuchu niegorsze otrzymujemy rezultaty, jak w cho-
robach innych organów. Zbierając sprawozdania zasługujących na wiarę lekarzy
francuzkich i niemieckich, przekonamy się o prawdzie tego twierdzenia; i tak
z ogólnej liczby 845 chorych na słuch leczonych przez Dra T r i q u e t w Pa-
ryżu, tylko 107 zostało nieuleczonych, w 600 wypadkach nastąpił zupełny po-
wrót do zdrowia, a w 136 znaczne polepszenie.

Zogłoszonych przez Prof. F r ö l t s c h w Würzburgu i Dra S c h w a r-
c e w Halli wykazów statystycznych, przekonujemy się, że na 100 osób wyle-
czonych zupełnie lub częściowo, za ledwie przypada 12 osób, gdzie leczenie pozo-
stało bezskuteczne. Co do mnie nie mogę dotychczas pochwalić się tak świetnym
rezultatem; zbierając jednak moje notatki, przekonałem się, że w $\frac{1}{3}$ wypadków
leczenie nie przyniosło spodziewanych skutków, w $\frac{1}{3}$ nastąpiło polepszenie i w $\frac{1}{3}$
zupełny powrót do zdrowia; wspomnieć jednak muszę, że miałem głównie do czy-
nienia z wypadkami chronicznymi, gdzie choroba datowała się od lat kilkunastu,
a nawet i kilkudziesięciu.

Z pomiędzy chronicznych cierpień przyrzędu słuchowego, najczęściej wy-
padało walczyć z zadawniałym katarzem jamy bębenkowej, który rzeczywiście
w naszym klimacie zasługuje na szczególną uwagę lekarza, tak z powodu swój

częstości, jako też i zgubnego wpływu na funkcją słuchu. Błona śluzowa wyściełająca jamę bębenkową ulega powolnemu przerostowi i zgrubieniu, co utrudnia drganie kosteczek słuchowych i przeszkadza przenoszeniu się fal dźwięcznych do błędnika i przyrzędu końcowego nerwu słuchowego. Proces chorobny rozwija się zwolna, objawy subiektywne są tak nieznaczne, że chory nie widzi wcale potrzeby zasięgnięcia rady lekarskiej; uczucie pełności i ciśnienia w uchu, szmery powolne, przytępienie słuchu, albo wcale nie zwracają uwagi chorego, lub też od razu zaliczone zostają do cierpień nerwu słuchowego, nie przedstawiających żadnej nadziei i wyleczenia. Bliższe jednak badanie pozwoliłoby odkryć źródło choroby i zastosować odpowiednie środki, listek bowiem wewnętrzny błony bębenkowej jest przedłużeniem błony śluzowej jamy bębenkowej wyściełającej, ulega tymże samym zmianom patologicznym, co i błona śluzowa jamy, zmianom, które wpływają na wygląd całej błony bębenkowej i przy pomocy wziernika z dokładnością zbadane być mogą.

Błona bębenkowa rzadko przedstawia przy chronicznym katarze jamy naczynię naczyń krwionośnych, i to tylko chyba wiązki koło trzonka młotka przebiegającej; za to kolor jej zmienia się, przyjmuje odcień szary, a nawet żółtawo lub ołowiano-szary. Trzonek młotka leży przed częścią zmętniałą, przy badaniu więc wziernikiem łatwo odkryty być może; wyłączyć jednak musimy wypadki, gdzie process rozwinął się na wielką skalę i w warstwie właściwej błony bębenkowej, a powstałe tam zmętnienie zakryło trzonek młotka przed naszym wzrokiem; również przy zgrubieniu i następczém skurczeniu błony śluzowej pokrywającej ścięgno mięśnia nateżacza błony bębenkowej, koniec rękojeści młotka zostaje silnie pociągnięty ku wewnątrz tak, że go tylko z trudnością dojrzeć można. Głównie jednak należy zwrócić uwagę na część obwodową błony bębenkowej, błona bowiem śluzowa jamy bębenkowej przechodzi zewsząd na obwód, w tém więc miejscu jest najwięcej rozwiniętą, a zgrubienie jej zaraz przy badaniu wpada w oko jako ciemno-szarawy pierścień.

Dokładny rozbiór stosunków błony bębenkowej za pomocą wziernika, ważną gra rolę pod względem rozpoznawczym, tém więcéj, że badanie za pomocą kateteru, prowadzi w takim razie do rezultatów negatywnych, powietrze przechodzi przez trąbkę Eustachiusza pełnym strumieniem, a przy auskultacyi nie słycać rżenia; można więc łatwo wpaść w błąd i nie odnieść spodziewanych skutków, od niestósownie wybranych środków leczniczych. W ogóle jednak chorzy dotknięci chronicznym katarzem jamy bębenkowej, bardzo rzadko szukają w początkach pomocy lekarskiej, a pozostawiona sama sobie choroba sprowadza dalsze zmiany, stawiające potém niezwyczężony opór naszym terapeutycznym działaczom. Jama bębenkowa przedstawia bardzo małe rozmiary, wzajemna odległość organów w niej pomieszczonych wynosi zaledwie po kilka milimetrów; jeżeli więc jeszcze błona śluzowa wyściełająca te przyrzady ulegnie obrzmieniu, to odległości jeszcze się znacznie zmniejszają tak, że odpowiednie części błony śluzowej stykają się z sobą. Im mniejsza jest odległość jednych części od drugich, tém łatwiej następuje zrośnięcie za pomocą tkanki łącznej, która potém kurcząc się tworzy niepodatne więzy, utrudniające drganie kosteczek słu-

chowych. Więzy takie przedstawiają się w sposób najrozmaitszy: raz biegną między błoną bębenkową a ścianami jamy; drugi raz łączą części kosteczek słuchowych z błoną bębenkową lub ścianami jamy, lub też biegną od kostek do ścięgna mięśnia nateżacza błony bębenkowej. Niektóre z tych zrosnięć nie dadzą się wcale rozpoznać za życia, inne wywierają wpływ na błonę bębenkową, a badanie wziernikiem może nas naprowadzić na właściwą drogę. Wpuklenie całej błony bębenkowej, lub też zapadnięcie pojedynczych jej części ku wewnątrz, wskazuje nam, że mamy przed sobą podobny proces, badanie zaś błony bębenkowej przy jednoczesnym wpędzaniu powietrza przez trąbkę Eustachiusza, pozwoli nieraz rozstrzygnąć sporną kwestyą. Wielką też w podobnych wypadkach oddaje usługę narzędzie przez Dra Siegle w Stutgardzie odkryte i opisane pod nazwiskiem pneumatycznego lejka: mały cylinder metalowy łączy się z jednej strony za pomocą śruby z zwykłym lejkiem Wildeg'o, w drugi zaś koniec cylindra jest wprawiona gruba tafelka szklanna, od bocznej ściany cylindra odchodzi mała rurka, do której się zastosowuje dłuższa rurka kauczukowa.

Po zbadaniu błony bębenkowej zwykłym wziernikiem Trölscha, wkłada się lejek pneumatyczny Siegle'go w przewód słuchowy zewnętrzny, oświeca go za pomocą zwierciadła wklęsłego, wyciągając jednocześnie ustami przez rurkę kauczukową znajdujące się tamże powietrze. W miarę rozrzedzenia powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym udaje się błona bębenkowa ku zewnątrz, z wyjątkiem części przyrosłych do ścian jamy bębenkowej lub organów w niej się znajdujących.

Z dalszych zmian przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej, na szczególną zasługują uwagę zmiany w stawach kosteczek słuchowych i w okienkach błędnika.

Zgrubienie błony śluzowej kostki słuchowej powlekającej ogranicza ruchliwość powierzchni stawowych, a tém samym i możność dokładnego przenoszenia fal dźwięcznych do błędnika; daleko jeszcze szkodliwiej wpływają na słuch zmiany w okienku okrągłym lub owalnym.

Zgrubienie błony okienka okrągłego (tympanum secundarium) wpływa na zmniejszenie sprężystości, a jeżeli cały kanał kostny, na końcu którego błona jest rozpięta, zarośnie i zakryty zostanie masą nowo utworzonej tkanki łącznej, to musi nastąpić zupełna głuchota, gdyż płyn w błędniku zawarty nie może być wprawiony w falowanie dla braku ściany sprężystej. Równie szkodliwy wpływ na słuch wywierają zmiany w okienku owalnym; jeżeli wybudowała tkanka łączna otoczy podstawę strzemięcia, jeżeli kostka zostanie unieruchomiona przez więzy w tym lub drugim kierunku przebiegające, jeżeli wiąz obrączkowy ulegnie zgrubieniu lub zwapnieniu: to przeprowadzenie fal dźwięcznych do błędnika stanie się niemożliwym lub przynajmniej bardzo trudnym. Rozpoznanie za życia zmian patologicznych na okienkach błędnika było dotąd zadaniem trudnym, a co się tyczy okienka okrągłego to i w obecnym stanie nauki nie posiadamy stałych danych, i musimy poprzestać na mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeniach. Ostatnie prace p. Politzer rozświeciły zawikłaną tę kwestyą, a nowa przezeń podana metoda badania ucha pozwala nam utworzyć sobie zdanie o stanie okienka owalnego i strzemięcia, a tém samym w praktyce ważne oddaje usługi.

Dotychczas mogliśmy rozpoznać katar chroniczny w jamie bębenkowej za pomocą wziernika, o dalszych zaś zmianach można było wnioskować dopiero po kilkutygodniowém leczeniu *ex juvantibus et nocentibus*; obecnie odkrywszy oprócz objawów kataru i sztywność strzemięcia, możemy zaraz zwrócić uwagę chorego, że niepodobna myśleć o zupełném wyleczeniu a trzeba poprzestać na polepszeniu i utrzymaniu słuchu.

Pierwsze zasady nowój metody badania ucha rzucił p. Mach professor fizyki w Wiedniu, rozbierając fakt dawniej już znany w fizjologii, mianowicie, że zegarek lub drgający kamerton przyłożony do kości czaszki słyhać daleko głośniej, jeżeli założymy lekko przewód słuchowy zewnętrzny palcem lub korkiem; przeciwnie zaś, jeżeli wywrzemy silny nacisk, to zaraz nastąpi znaczne osłabienie i przytępienie tonu. Fakt ten już od niejakiego czasu był znany i wywołał różne tłumaczenia. Rinn starał go się objaśnić na prawach rozdzźwięku, tego samego zdania był i znakomity Tynbee przypuszczając, że fale dźwięczne odbite od przeszkody uderzają powtórnie o błonę bębenkową i powodują wzmocnienie tonu. Zdanie p. Tynbee nie zostało przyjęte przez Macha; zgadza się on, że wzmocnienie tonu pochodzi od przeszkód, jakie stawiamy odpływowi fal dźwięcznych z ucha; różni się w tém, że gdy pierwszy zwracał tylko uwagę na fale przeniesione z kości głowy na powietrze w przewodzie słuchowym i tamże od przeszkody odbite, Mach kładzie główny nacisk na fale, które się przenoszą z kości głowy na błędnik, i ztamtąd mają się oddalić na zewnątrz za pośrednictwem kostek słuchowych i błony bębenkowej. Twierdzenie swoje poparł p. Mach dwoma następującymi doświadczeniami: 1) dwie osoby stoją w dwóch pokojach rozdzielonych przez drzwi zamknięte i komunikują się tylko za pośrednictwem rurki kauczukowej; jeden koniec rurki trzyma się w ręku, drugi zaś wkłada się w ucho osoby stojącej w drugim pokoju. Śpiewając jaki ton, lecz tak cicho, aby druga osoba mogła go tylko słyszeć za pośrednictwem rurki kauczukowej, też może objaśnić, kiedy zbliżam koniec rurki do mojego czoła lub ucha, gdyż wtenczas słyszy ton silniej.

2. Włożywszy w obydwie uszy końce rurki kauczukowej dłuższej na stopę, nie słyszemy tonu silniej, lecz przeciwnie słabiej, wzmocnienie jednak zaraz wystąpi, skoro zacisnę światło rurki w jakimkolwiek bądź punkcie. Fakt ten objaśniamy w ten sposób: obiedwie błony bębenkowe leżą symetrycznie do strun głosowych, drgają więc w równych, lecz przeciwnych kierunkach, a fale znoszą się podług praw interferencyi. Wyżej podane doświadczenia p. Mach, skierowały na ten punkt badania Politzer'a w Wiedniu: robił on liczne doświadczenia na preparatach ucha psów i ludzi, a otrzymane rezultaty sprawdzał na ludziach żywych, jako też i na przyrządzie sztucznym przedstawiającym ucho w wielkich rozmiarach. Rura mosiężna z rozpiętą na końcu błoną zwierzęcą przedstawia przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębenkową; przez mały otwór w błonie przeciąga się sznurek na końcu pęczkiem opatrzonej, a mający naśladować działanie mięśnia natężacza błony bębenkowej. Druga rurka mosiężna długa na dwa cale i nieco szersza zakłada się na pierwszą i przedstawia jamę bębenkową; na dole znajduje się otwór zatkany korkiem, przez który przechodzi mała rurka

szklanna mająca grać rolę trąbki Eustachiusza. Do wydobycia tonu służy zwykły kamerton, do badania zaś objawów rozdźwięku w jamie bębnekowej i różnicy tonu wkłada się do jamy przez osobny szczelnie potem obkitowany otwór rurkę kauczukową. Za pomocą licznych doświadczeń, urządzonych tak na wyżej opisanym przyrządzie sztucznym, jako też na preparatach i na żywych, przyszedł p. Politzer do przekonania, że wzmocnienie tonu przy zamknięciu przewodu słuchowego zewnętrznego, pochodzi tak od odbicia fal dźwięcznych przechodzących z kości głowy na powietrze w przewodzie słuchowym znajdujące się, jako też i od przeszkód jakie spotykają fale odpływające z błędnika. Osłabienie zaś tonu przy silnym wciśnięciu palca w przewód słuchowy pochodzi od napięcia błony bębnekowej, jako też od silnego przylegania palca do ścian przewodu słuchowego, przez co palec tworzy z jego ścianami jakby jedną całość, część więc fal dźwięcznych odpływa tą drogą.

Fizyologiczne te doświadczenia znalazły zastosowanie i w patologii słuchu; zmienione stosunki ciśnienia, zmiany napięcia i rozdźwięku muszą wywierać wpływ znakomity na przyływ i odpływ, jako też i percepcją fal dźwięcznych przechodzących z części stałych głowy na przyrząd słuchowy. Doświadczenia kliniczne potwierdziły to zdanie; pomimo trudności jakie stawiają skomplikowane przez process chorobny stosunki i niepewność objawów subiektywnych, badanie przewodnictwa fal dźwięcznych przez kości dostarcza nam ważnych znaków diagnostycznych.

(Dok. nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ FRANCUSKIÉJ.

Przez Dra. S. Witkowskiego.

Rozpoczynając szereg artykułów, w których mamy zamiar dawać przegląd ważniejszych prac na polu chirurgii we Francyi, zwrócić musimy uwagę na kierunek, jaki się głównie przebija w chirurgii francuskiej. Chirurgia ta, której działalność ześrodkowuje się głównie w szkołach Paryzkiej, Montpelierskiej, Lyonńskiej i Strasburskiej, do których zaliczyć wypada i pobratymczą szkołę Belgijską, przedstawia, zdaniem naszym, kierunek głównie praktyczny. Gdy w Niemczech więcej mamy prac nad rozwiązaniem kwestyj teoretycznych, nad rozwikłaniem patogenezy chorób i rozwoju spraw chorobnych w organizmie, we Francyi usiłowania głównie zwrócone są do ułatwienia rozpoznania chorób i udzielania pomocy operacyjnej. Słowem, jak teoria, uogólnienie jest cechą chirurgii niemieckiej, tak praktyka i obrabianie szczegółów cechują przeważnie chirurgią francuską. W przeglądach więc niniejszych częściej spotykać się będziemy z rozprawami o symptomatologii chorób chirurgicznych, z opisami wykonanych operacji, lub ulepszeń i modyfikacyj w dotychczasowych metodach operacyjnych, z obserwacjami ważniejszych wypadków chorobnych, niż z badaniami ogólniejszej treści. Znakomita ilość prac tego rodzaju, jaką nam literatura chirurgiczna francuska przedstawia, jest dowodem, z jak wielką usilnością chirurgowie francuscy gromadzą fakta, mogące mieć jakiegokolwiek znaczenie pod względem patologii lub terapii. Na posiedzeniach Towarzystwa Chirurgicznego, Akademii Umiejętności i Akademii Lekarskiej, oraz Towarzystw Lekarskich w stolicy i na prowincyi, niemniej też w pismach peryodycznych rozstrząsane bywają liczne kwestye chirurgiczne, będące wyrazem obecnego kierunku naszej nauki we Francyi. Przedstawienie całego obrazu tych prac byłoby za obszerne na rozmiary naszych przeglądów; jednakże starać się w nich będziemy niepominać niczego, co mogłoby mieć rzeczywistą wartość, bądź pod względem naukowym, bądź też pod względem praktycznym.

Guz powietrzny czaszki (Pneumatocele cranii).

Do rzadkich i mało dotąd jeszcze poznanych chorób należą bezwątpienia tak nazwane guzy powietrzne czaszki (pneumatocele cranii), zależące na zebraniu się gazów pod jej okostną i unoszące powłoki miękkie czaszki na mniejszej lub większej przestrzeni, na podobieństwo Cephalhaematoma. Pierwszy wypadek tego rodzaju obserwował *Le cat* w roku 1741, dalej *Lloyd* z *Wuxham* w roku 1779, *Pinet* w 1833, *Jarjavy* w 1849 i *Balassa* z *Pesztu* w 1853, który pierwszy zwrócił uwagę, na naturę zebranych w guzie gazów i sposób ich wejścia pod okostną. Te pięć wypadków zebrane i ogłoszone były razem przez p. *Coste* profesora z *Bordeaux* w artykule jego: *Tumeurs emphisemateuse du crâne, article omis dans les traités de pathologie chirurgicale*, z krytycznym poglądem na ich patogenezę. Poźniej, obserwowali jeszcze takie wypadki: *Chevance de Vassy* jeden, *Voisin* z *Aubrain* jeden, *Ribiro de Vianna* z *Lizbony* jeden, *Brunsdwa*, *Denonvilliers* jeden. Ogółem więc mamy dotąd tego rodzaju obserwacji 11. Wypadek p. *Denonvilliers* dał powód *Drowi Thomas* do napisania niedawno ogłoszonej (*Arch. gen. de med. Jan. 1866*) pracy, w której zestawia 9 z cytowanych obserwacyj, dwie bowiem podane przez *Brunsa* zdaje się, nie były mu znane.

Dr. Thomas opierając się na rozbiornie chemicznym gazów w guzie zawartych, zgodne ze zdaniem *Balassy* i p. *Coste*, przyjmuje *Pneumatocele cranii* za guz powstający skutkiem wejścia pod okostną czaszki powietrza atmosferycznego, które przy dłuższem tu pozostawaniu, ulega pewnej zmianie, mianowicie zmniejszenia ilości kwasorodu i powiększenia ilości kwasu węglowego. Jakim sposobem powietrze atmosferyczne wejść może pod okostną czaszki, bez naruszenia części miękkich głowy, — tłumaczy p. *Thomas*, iż to może nastąpić za pośrednictwem jam w kościach czaszki zawartych, które komunikują z powietrzem atmosferycznym. Kości czaszki przedstawiają dwie pary takich jam, mianowicie zatoki czołowe które komunikują z powietrzem zewnętrznym przez nozdrza, oraz komórki sutkowe (*cellulae pr. mastoidei*) komunikujące z tém powietrzem przez trąbę *Eustachego*. Jeśli więc ściany zewnętrzne której z tych jam, z jakiegobądź powodu ulegną processowi zaniku, tak dalece, że zostaną przedziurawione, w takim razie powietrze w nich znajdujące się, parte od zewnątrz unosi okostną i wchodzi pod nią. Czy przyczyną takiego zaniku jest wpływ traumatyczny, czy też miejscowe zaburzenie w nutricyi tkanki kostnej z innych powodów wynikłe, trudno jest wyrzec stanowczo; jakkolwiek bowiem w większej części wypadków, wysledzone zostało podziałanie wpływu traumatycznego na czaszki, wszakże w niektórych nie miało to miejsca, a i w tych wypadkach, w których wpływy traumatyczne zachodziły, bardzo znaczny odstęp czasu jaki upłynął do wystąpienia guza nie pozwala wnosić nie pozwala. Stosownie do tego, czy przedziurawienie następuje w wyrostku sutkowym, czy w zatoce czołowej, guz powstaje pierwotnie albo na tylnej części w okolicy ucha, albo na przedniej w okolicy czoła. Częściej ma miejsce wypadek pierwszy, na 11 bowiem obserwowanych guzów powietrznych, 8 poczęło się koło wyrostka sutkowego, a 5 tylko w okolicy czoła. Częściej także tworzą się z prawej strony niż z lewej, na pierwszej bowiem obserwowano ich 9 razy a na drugiej tylko 2. Guz zwykle z początku mały, powiększa się następnie i rozszerza, zajmując całą połowę czaszki jak w wypadku p. *Denonvilliers*, a czasem przechodzi i na drugą stronę, co miało miejsce w wypadku *Pinet'a*, gdzie guz otaczał w postaci turbanu całą głowę, której obwód był znacznie powiększony.

Sam guz jest zwykle niebolesny, za dotknięciem sprężysty, niefluktujący, przy opukiwaniu daje odgłos jasny i pełny, co jest znakiem patognomicznym, przy silniejszym przez jakiś czas naciskaniu zmniejsza się, przyczem chory czuje rodzaj świstu w uchu lub w nosie stosownie do miejsca początku guza. Guzy poczynające się w okolicy usznej przy nadymaniu się chorego z zamkniętym nosem powiększają się; brzeg guza ograniczony jest wałem twardym tak jak przy *cephalhaematoma*. Po wypróżnieniu takiego guza za pomocą punkcyi, kości czaszki przedstawiają zwykle na powierzchni rowki i wyniosłości różnego kształtu: okrągłe, koniczne, łódkowate, które następnie szybko znikają, co według *Dr. Thomas* pochodzi ztąd, że w miejscach gdzie przy wejściu powietrza okostna odrazu zostaje oddzielona od

kości, powierzchnia kości pozostaje gładką, tam zaś gdzie kość jeszcze czas jakiś zostaje w związku z okostną, tworzą się wyniosłości; rowki więc wskazywałyby niejako pierwotną drogę prądu powietrza. Przebieg choroby jest chroniczny; czasem guz po pewnym czasie trwania znika nagle, aby się wkrótce znowu pokazać, w kilka miesięcy dojść może znacznej wielkości, i zająć całą połowę głowy. Na stan ogólny organizmu, złego wpływu wcale nie wywiera. Leczenie zależy na otworzeniu guza, wypuszczeniu zawartego w nim powietrza, i nacisku, mającym zapobiedz zbieraniu się jego napowrót. Rzadko jednak zdarza się wyleczenie zupełne, w jednym tylko wypadku Dra. Voisin, operowany po dwóch latach był jeszcze zdrowy zupełnie, u innych w mniej lub więcej prędkim czasie nastąpiła recydywa. Śmierć po operacji miała miejsce w jednym tylko wypadku Lecat'a w skutek septicemii.

Jeszcze w roku 1861 prof. B u i s s o n w Montpeliers, rzucił myśl leczenia ran otwartych za pomocą tak zwaną wentylacyi, to jest puszczenia na powierzchnię rany prądu czystego powietrza. Prąd taki wywołuje tu szereg objawów, jakie mają miejsce przy gojeniu się naturalnym ran, to jest robi się na powierzchni rany rodzaj błonki twardniejącej, pod którą bez ropienia robi się blizna. Wentylacja odbywa się albo za pomocą strzykawki, albo odpowiednich wachlarzy; jedno posiedzenie trwa 5 do 20 minut, kilka posiedzeń po jednym na dzień wystarcza do utworzenia się stwardniałej błonki. Obecnie p. Beranger Serand, który w metodzie B u i s s o n a wprowadził tę zmianę, iż przed zastosowaniem wentylacyi, opatruje przez dui parę ranę szarpnią zmaczaną w wysokoku, a to dla ograniczenia jój sekrecyi, ogłasza rezultat czynionych z tą metodą doświadczeń (Gaz. de Hopit. 1866 — 26), przypisując jój tę ważną zaletę, iż znacznie skraca czas gojenia się rany.

Leczenie wąglika (*anthrax*).

Powszechnie dotąd za najskuteczniejszy, najszybszy i zarazem najmniej dla chorego bolesny sposób leczenia wąglików, uważamy szerokie i głębokie cięcia krzyżowe, które znosząc napięcie tkanek, zmniejszają niezwłocznie bóle, jakich chory w guzie doznaje, a skutkiem tego sprowadzają jednocześnie i złagodzenie gorączki często bardzo silnej. Operacja taka, która sprawia choremu tylko chwilowy, szybko przemijający ból, nie przedstawia zwykle niebezpieczeństwa, rany po cięciach szybko się oczyszczają i zablizniają. W ostatnich jednak czasach niektórzy lekarze francuzcy wystąpili przeciwko głębokim cięciom, uważając je za niebezpieczne z tego powodu, że zetknięcie się otworów świeżo przeciętych naczyń z substancją rozpadową w guzie zawartą, może sprowadzić posocznicę, i usiłują wprowadzić w użycie inne sposoby otwierania wąglików. I tak Dr. R i c h a r d (Gaz. des Hop. 1866. 27) proponuje otwierać je za pomocą kauteryzacyi, przykładając na powierzchnię guza w różnych kierunkach od jego środka rozchodzące się wązkie paski nasmarowane najprzód ciastem wiedeńskim, a następnie gdy już skóra przeżartą zostanie, ciastem cynkowym Canquoina. Dla dojścia do dna guza odnawiać trzeba paski co kilka godzin przez dwa dni. — Dr. D e n u c é z Bordeaux (Gazette Hebdom: 1866, 13) robi najprzód na powierzchni guza płytkie cięcia w skórze, w różnych od jego środka kierunkach; ranki skórne opatruje szarpnią zwilżoną w roztworze półtoro-chlorku żelaza, dla wywołania zakrzepów w otworkach naczyń przeciętych, a na drugi dzień w miejscu nacięć wypala tkanki aż do dna guza ciastem wiedeńskim lub cynkowym. — Wreszcie Dr. T o u c h e r z Paryża zamiast nacięć przystawia na sam wierzchołek guza dużą bańkę szklaną, zaopatrzoną u wierzchu w pompkę. Za pomocą téj pompki wyciąga powietrze z bańki, która natychmiast napełnia się ropą i substancją rozpadową z głębi guza. Po kilkakrotnem w ciągu trzech dni powtarzaniu téj operacyi, skóra na wierzchu guza mortyfikuje się i oddziela, a pod nią ukazuje się rana granulująca, ropą dobrej natury pokryta i szybko się gojąca. (Gaz. Hebd. 1866. 20).

Przytaczając trzy powyższe zdania, nie mamy na celu przyznawać im wyższości nad dotychczasową metodą, która w jednej prawie chwili znosi dwa najważniejsze objawy wąglików, to jest: ból i gorączkę, gdy przeciwnie sposoby podawane przez pp. R i c h a r d, D e n u c é

i T o u c h e r wystawiając chorego, prócz bólu naturalnego na kilkadniowe jeszcze sztucznie zrządzone przez kauteryzacją cierpienia, pogorszać jeszcze muszą stan jego ogólny — Zacytowaliśmy je tutaj tylko jako dowód płodności lekarzy francuzkich w pomysły, chociaż nie zawsze, jak np. tą razą szczęśliwe.

Dr. C. Mettenheimer. O osadzaniu się czarnego barwnika w płucach i oplu-
cnej (Reichert's Archiv 1866 pg. 360—368).

Autor stwierdza zdanie Koszłakowa, że barwnik czarny, nie w ścianach małych oskrze-
li, jak wielu błędnie utrzymywało, lecz głównie w pochwie małych tętnic się osadza; zarazem
przypomina, iż ten wynik swych doświadczeń pokrótce ogłosił już w *Jahresbericht der Verwal-
tung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt a M. 1859, pg. 244*. Mettenheimer badał, nie
Anthracosis, ani nie zwykłą *Melanosis*, lecz to zabarwienie czarne tkanki płuc i oplucnej, ja-
kie dość często przedewszystkiem u osób w podeszłym wieku zmarłych normalnie znachodzimy.
Ani w ścianach pęcherzyków płucowych, ani w pobliżu naczyń włoskowatych nie mógł autor
znaleść czarnego barwnika; widział, jak Koszłakow, czarne punkciki barwnika w tkance
łącznej między częściami składowemi płuc się znajdującą, lecz nigdy w takiem nagromadzeniu,
jak w pochwie a przedewszystkiem tam, gdzie się właśnie rozgałęziały małe tętnice. Również
widział autor punkciki czarnego barwnika w liściastych $\frac{1}{2}$ cala długich, a $\frac{1}{2}$ linii i więcej
szerokich narosłach pokrywających tu i owdzie oplucną. Wreszcie w płwocinach kobiety 40-
letniej cierpiącej na bronchiectasę i tuberkulozę zauważał małe czarne ciałeczka za pomocą
śluzu szklatego w dość długie nitki powiązane, które w pierwszej chwili można było wziąć
za wydzielone ramifikacye małych naczyń krwi.

F. N.

K A Z U I S T Y K A.

W obec wzrastającej ciągle liczby wypadków śmierci od użycia chloroformu przy
wykonywaniu chirurgicznych operacyj i coraz bardziej upowszechniającego się znieczulania
miejscowego, nważamy za pożyteczne podawać chociaż w krótkich wyciągach opis ważniejszych
operacyj z zastosowaniem eteru, jako środka znieczulającego w różnych krajach dokonanych,
a to w tym celu, żeby czytelnik z faktów mógł wnioskować o doniosłości odkrycia, które
oddawna będąc ideałem chirurgów, za dni naszych stało się rzeczywistym nabytkiem nau-
kowym.

— Dr. Newman w Stamford wykonał w miesiącu lipcu r. b. operacją cięcia cesar-
skiego u kobiety w siódmym miesiącu ciąży będącej, a to z powodu zajęcia szyi macicy wy-
rodzeniem rakowatém. Przy zastosowaniu miejscowego znieczulenia przez podwójny strumień
eteru z dwóch oddzielnych flaszek, operowana żadnego bólu nie czuła podczas przecięcia ścian
brzusznych i macicy, a płód wraz z łożyskiem łatwo i szybko wydobyto, poczem macica się
skurczyła i powstały zwykle bóle poporodowe. Operacja ta zupełnie pomyślnym skutkiem
uwieńczona została, gdyż według późniejszego doniesienia Dra Newman'a, w cztery tygo-
dni po operacji rana zupełnie się zabliziła i stan zdrowia operowanej był dobry.

— W końcu miesiąca sierpnia r. b. Dr. Greenhalgh łącznie z Drem Richardsonem
wykonał trzecią z rzędu operacją cięcia cesarskiego przy użyciu znieczulenia miejscowego.
Operacja ta wykonaną była u pierwiastki w drugim tygodniu ostatniego miesiąca ciąży. Po-
ród drogą naturalną odbyć się nie mógł z powodu nowotworu umieszczonego na kiszczę odcho-
dowej, który ścieśniał pochwę maciczną do tego stopnia, iż palec do ujścia macicy, z wielką
trudnością przeprowadzony być mógł. Miejscowe znieczulenie na linii nacięcia wywołał Dr.
Richardson w ciągu 50 sekund pojedynczym strumieniem eteru, a Dr. Greenhalgh
w ciągu trzech niespełna minut ukończył całą operację wydobywszy z macicy żywe dziecko
i łożysko. Krwotok był bardzo mały (zaledwie kilka uncji krwi) a po kilku minutach ma-
cica zupełnie się skurczyła. Rodząca żadnego bólu nie czuła, dopóki ręka do wnętrza macicy
nie została wprowadzona a wtedy powstały zwyczajne bóle porodowe wywołane skurczeniem się
macicy,

Przebieg położu był zupełnie pomyslnym i dziecię pozostaje przy życiu. Przy operacyi było obecnych 11 lekarzy. (Medical Times and Gazette).

S. P.

Dr. Laborie lekarz przy cesarskim domu schronienia w Vincennes, ogłosił (Gaz. des. Hopit. 1866. 27) wypadek dopełnionej w miejscowej infirmeryi, amputacyi uda u pewnego robotnika w skutek guza kolana. Człowiek ten poprzednio zdrow zupełnie, bez żadnej wyraźnej przyczyny, dostał silnego bólu w kolanie prawém, które jednocześnie obrzmiało. Po upływie paru tygodni, przy użyciu deplecyi miejscowych i wcierań jodowych doznał pewnej ulgi; lecz po kilku dniach stan poprzedni wrócił, i dopiero po sześciu tygodniach przy ponowném użyciu wcierań jodowych nastąpiła nowa remissya, i to nie na długo, gdyż po pewnym czasie, bole w kolanie z nową gwałtownością wystąpiły. W trzy miesiące od początku choroby, kolano prawe przedstawiało się w postaci dużego okrągłego guza, skóra na niem niezmiennona, gorąca, napięta; kończyna zgięta w kolanie, wyprostowanie jęj niemożebne, najlżejszy nacisk lub ruch wywoływał straszne bole; pod noc występowały napady gorączkowe, trwające do rana. Uważając z początku cierpienie to za chroniczne zapalenie stawów, Dr. Laborie próbował deplecyi miejscowych i środków revulsyjnych, lecz gdy nic nie pomagało, a guz ciągle wzrastał, w dolnej części stał się miękkim, fluktuującym, na bokach i od przodu wystąpiły trzy wyniosłości bardzo bolesne, chory dostał gorączki ciągłej i tracił siły; gdy wreszcie przy dopełnionej punkcyi probierzczej, wypłynęła z guza krew czysta, jasna, tętnicza, co naprowadziło na domniemanie ważniejszego wyrodzenia tkanin, zdecydował się na amputacyę uda, którą wykonał metodą płatową w trzy miesiące po rozpoczęciu kuracyi a zatem w sześć od początku choroby. Sekcya kolana po operacyi przekonała że cały staw napełniony był substancją białawą połyskującą średniej konsystencyi, dającą się łatwo krajać, lecz nie treszczącą pod nożem, która zapełniała wszystkie przestwory między mięśniami, więzami i kośćmi, oraz wysuwała się w trzech miejscach więćej ku zewnątrz, tworząc trzy wspomniane wyniosłości. Koniec stawowy kości udowej, rzepka, oraz więzy stawowe były nienaruszone; chrząstka stawowa kości goleniowej również cała, lecz przednia powierzchnia tej kości, w górnej części zniszczona przedstawiała rodzaj jamy, wypełnionej substancją nowotworową i krwią. Na tylnej powierzchni kości goleniowej w jęj części stawowej podobneż zniszczenie miało miejsce. Rzepka i udo w stanie stwardnienia (osteosclerosis), kości goleni i stopy w stanie rozrzedzenia (osteoporosis), substancya nowotworowa badana pod mikroskopem okazała się złożoną z komórek wrzecionowatych i jajowatych z jąderkami w środku, na mocy czego Dr. Laborie uznał nowotwór rzeczony, za — „tumeur fibroplastique”. — Powyższe cechy pozwalają wnosić że było to *osteosarcoma* kolana, którego punktem wyjścia może być którakolwiek z kości składających staw kolanowy, a którego występowanie w tej okolicy jest dosyć rzadkie. Amputacya jest w takim razie jedynym środkiem ratunku, rezultat zaś jęj zależy od mniej lub więćej długiego trwania choroby, a skutkiem tego mniejszego lub większego wyczerpania sił chorego. Operowany Dra Laborie w dziesięć dni po operacyi znajdował się w stanie nie pozostawiającym nic do życzenia.

Wiadomości bieżące.

— W d. 8 b. października odbyło się 23 posiedzenie oddziału chirurgii, na którym w dalszym ciągu rozpraw w kwestyi znieczulania miejscowego zabierali głos doktorowie Kosiński, Chwat i Girsztowt; każdy z nich opowiedział o kilku operacyach z zastosowaniem eteru przez siebie wykonanych; Dr. Chwat zauważył, że sub exstirpatione scirrhi mammae cięcia skóry nie wywołały żadnego bólu, w czasie jednak odseparowywania części miękkich głębszych, chora skarżyła się na ból, i sam operator wystawiony był na nieprzyjemne uczucie zimna w palcach od natrysku eteru; Dr. Kosiński przytoczył wypadki zupełnego znieczulenia, dwaj jednak operowani jego skarżyli się na uczucie nacisku i tępego niewyraźnego bólu; prof. Girsztowt dodał, że przy wykonaniu amputacyi goleni (pannie Grotkowskiej) operowana żadnego bólu nie czuła; ośmioletni téż chłopiec (P. Apanowicz), któremu w asystencyi Dra

Stankiewicza, wykonał tenotomiam tendinis Achillis, nie czuł żadnego bólu, również pani R. T. zrobił extirpationem mammae canerosae bez bólu. Następnie Dr. Kosiński przedstawił chorego, któremu wykonał wypilowanie szczęki górnej z powodu zapalenia ropiastego okostnej (periostitis suppurativa) w skutku źle wyrwanego zęba rozwiniętej; okazał potem pięcioletnie dziecko cum elephantiasi cutis congenita. Z powodu często zdarzających się złych następstw przy wrywaniu zębów przez ludzi nieumiejętnych, przy czém każdy z obecnych członków po kilka takich wypadków śmiercią nieraz zakończonych opowiedział, zawiązała się dyskusya o dentystyce, dentystach i felezerach, w której wszyscy prawie przyjmowali udział. Wywody tych rozpraw dadzą się streścić w następujący sposób: 1) wszystkie gałęzie chirurgii (operacye: kamienia, katarakty, przepuklin, dorabiania nosów, nastawiania złamanych kości, odprowadzanie kości zwichniętych, opatrunek ran, wrzodów, upusty krwi, wrywanie zębów) od swego zawiązku w ciągu długich lat zostawały w ręku nieuków, którzy wędrując od wioski do wioski, bezkarnie wykonywali swe rzemiosło u jednych wzbudzając wstręt i obrzydzenie, u drugich podziw. 2) Gałęzie te chirurgii stopniowo ujęte zostały w formę nauki, wyrwane z rąk szarlatanów i do uniwersyteckich wykładów wcielone, przeszły w ręce lekarzy naukowo wykształconych. 3) Zlanie oddzielnych części chirurgii w jedną naukową całość i wcielenie ich do uniwersytetów odbyło się różnoczasowo w rozmaitych państwach, tak że na początku jeszcze XIX wieku okulistyka, akuszerya w wielu miejscach stała obok dentystyki. 4) Ze wszystkich gałęzi chirurgii dwie tylko, mianowicie dentystyka i tak zwana chirurgia niższa (felezerska) najdłużej pozostały w ręku nieuków. 5) Obecnie we wszystkich krajach i te dwie gałęzie, ostatnie zabytki nieszczęśliwej tradycyi starożytniej, przeszły w ręce lekarzy. 6) Operacye na szczękach, zębach, jak niemniej na naczyniach równie są ważne dla operatora i chorego, jak operacye na innych częściach ciała; ztądto dobro ludzkości i godność nauki wymaga, żeby i one przez lekarzy — operatorów wykonywane były; 7) Radykalna reforma tych gałęzi chirurgii jest konieczną, uwagi nad tym przedmiotem poddane będą pod dyskusyą na przyszłym posiedzeniu.

— *Angielskie szkoły lekarskie.* W całym królestwie W. Brytanii istnieje 40 szkół przeznaczonych do kształcenia lekarzy; niektóre tylko z tych szkół należą do uniwersytetów, reszta zaś zupełnie oddzielnie istnieje. Londyn, liczy 11 szkół lekarskich, mianowicie, 1) St. Bartholomews, 2) Charing-cross Hospital, 3) St. Georgés Hospital, 4) Guys Hospital, 5) Kings College, 6) London Hospital, 7) St. Marys Hospital, 8) Middlesex Hospital 9) St. Thomas's Hospital 10) University College 11) Westminster Hospital. W Birmingham są trzy szkoły, w Bristolu 2, a po jednej w Hull, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle i Sheffield. — *W Szkocyi* są następujące: University of Edinburgh, Royal Colleges of Physicians and Surgeons, Edinburgh, Royal Infirmary, University of Aberdeen, University of Glasgow, Andersons University Glasgow, Glasgow Royal Infirmary. — *W Irlandyi:* School of Physic (University of Dublin) Queen's College Belfart, Queens College Cork, Queens College Galway, Catholic University Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland, Dr. Steevens Hospital Dublin, The Adelaide Hospital Dublin, Carmichael School Dublin, Ledwich School Dublin, City of Dublin Hospital.

Studia medycyny i chirurgii obliczone są wszędzie na cztery lata blisko. Oplata różną jest w rozmaitych szkołach: w Londynie oplata najwyższa za kurs całkowity medycyny i chirurgii wynosi 105 funtów szterlingów, najniższa oplata zaś 72 1/2 f. szt. — w miastach prowincjonalnych angielskich 63 do 93 f. szt. —

Do wykwalifikowania lekarzy i nadania tytułów honorowych mają prawo niektóre tylko uniwersytety i kollegia, mianowicie: uniwersytet w Oxfordzie, w Cambridge, w Londynie, w Durham, królewskie kollegium lekarzy w Londynie, królewskie kollegium chirurgów w Londynie, towarzystwo aptekarzy, wojskowy departament medyczny, wojskowa szkoła medyczna, departament medyczny marynarki. *W Szkocyi:* uniwersytet w Edynburgu, w Aberdeen, St. Andrews, w Glasgowie, królewskie kollegium lekarzy w Edynburgu, kollegium chirurgów tamże, wydział lekarski i chirurgiczny w Glasgowie. *W Irlandyi:* uniwersytet w Dublinie, uniwersytet królowej, królewskie kollegium lekarzy w Irlandyi, królewskie kollegium chirurgów tamże i towarzystwo aptekarzy tamże.

Stopnie naukowe udzielane przez wyż wymienione instytucje są następujące: Bachelor of Medicine (M. B), Bachelor of Surgery (B. S), Doctor of Medicine (M. D), Master of Surgery (M. S), Licences in Medicine (L. M), Licences in Surgery (L. S), Fellow of the Royal College of Physicians (F. R. C. P), Fellow of the Royal College of Surgeons (F. R. C. S)

Wykwalifikowani przez towarzystwa aptekarzy otrzymują prawo do praktyki lekarskiej i aptekarskiej.

— Dr. T r i d e a u zaleca w *Gaz d. hop.* przeciw *krupowi* i *Diphtheritis* użycie *kubeby* naprzemian z *kopaiwą*, wychodząc z zasady: że leczenie pomienionych chorób, których źródłem jest właściwe zakażenie krwi, polegać winno na zastosowaniu środków ogólnych, powtóre, że w przebiegu tychże niemocy wysokie ma znaczenie zajęcie nieżyttowe błon śluzowych, a wyż wspomniane leki wywierają ważny wpływ na wydzielinę śluzową.

T r i d e a u używa następujących przepisów: I. *Rp.* Piper. Cubebar. rec. pulv. Grmm. 12., Syr. simpl. Grmm. 240. DS. zakłóciwszy co 2 godzin po 1 łyżce. II. *Rp.* Bals. Capaiv. Grm. 80., Gum. ar. pulv. Grm. 20., Aq. destil. Grm. 50., Ol. Ment. pip. gtt. 16., Syr. simpl. Grm. 400. M. DS. Na przemian z N. I. po 1 łyżce co 2 godzin.

Jeżeli tak przepisanych środków chory po 24 godzinach nie znosi, dodać wypada na 30 Gramm balsamu 2—3 kropli Laudani. Przy tém leczeniu choroba ustępuje po 2—3 dniach, rzadko tylko przeciąga się dłużej, a wtedy leki te wywołują znane przypadłości, jako to: swędzenie, ból gardła, gorączkę i właściwą wysypkę do szkarlatyny, różycy lub pokrzywki podobną, którą to wysypkę poczytuje autor za krytyczną; z téj téż przyczyny użycie podanych środków zaleca aż do wywołania wysypki.

Leczenie to okazało się skuteczném w 300 wypadkach, kiedy choroba była w 1 lub 2 okresie, mianowicie krupu *pierwotnego*. Skuteczność téj metody stwierdzona została wedle Dra. B e h r e n d ' a, doświadczeniem P. T r a u s s e a u.

— W piśmie „Zeitschrift f. gerichtliche Medizin 1866 N. 33“ znajdujemy następujące doniesienie Dra Brand ze Stettina: „W ciągu panującej tu epidemii cholerycznej, szczepilem około 600 osób celem uchronienia od cholery, a mianowicie takich, którzy na działanie zarazy wystawieni byli.

Z liczby szczepionych, zapadło kilku na biegunkę, kilku na wymioty z biegunką, a na *cholere* żaden, i to wówczas, kiedy $2\frac{1}{2}\%$ ludności całej chorobie uległa.

Do szczepienia używałem zgęszczonej tinktury kwasii z pół drachmą zproszkowanych goździków i 15 gran siarczanu żelaza (fer. sulfuricum oxydulatum), wpuszczając 1—2 kropli po lekkim zadrażnieniu skóry na przedramieniu, co sposobem zwyczajnym wykonywałem. Ranka goiła się zawsze szybko, nie pozostawiając po sobie blizny, a co 8 dni powtarzałem szczepienie.“

† W dniu 25 sierpnia b. r. umarł Dr. Goyrand, naczelny chirurg szpitala *Hôtel Dieu d'Aix*, członek akademii lekarskiej w Paryżu, w 63 r. życia; przez śmierć tego znakomitego lekarza, chirurgia francuzka ciężką poniosła stratę. W tymże prawie czasie umarł niemniej znakomity chirurg amerykański Dr. M u s s e y, w 86 r. życia, jeden z najszcześniejszych i najsmielszych operatorów: on to pierwszy w r. 1837 zrobił wycięcie łopatki z powodu mięsaka kości (osteosarcoma); on téż pierwszy wykonał podwiązanie utriusque carotidis u jednego i tego samego chorego z powodu tumoris erectilis capilitii.

Następujące świeżo nadesłane dzieła lekarskie są do nabycia w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Niemeyer, éléments de Pathologie interne et de Therapeutique. 2vls. Paris 1865 (66).
Rs 7. 20.
Parisel, Annuaire Pharmaceutique. 4. année 1866. Paris..... 60 kop.
Tardieu, manuel de Pathologie et de clinique médicale. Paris. 1866..... Rs. 2. 80.
Virchow, la Pathologie cellulaire, traduit de l'allemand par Picard. Paris. 1866. Rs 3. 20.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz.**

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.
