

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: Zapalenie stawu biodrowego; wypiłowanie szyjki kości udowej; wyzdrowienie Prof. Girsztowt. — O użyciu potażu gryzącego w Otiatryi. (Dokończenie) Br. Tuczanowski. — Sprawozdanie ze szpitala Śtój Trojcy w Piotrkowie za r. 1865 Dr. Wygrzywalski. — Kronika Zagraniczna. O leczeniu wąglika za pomocą cięć podskórnych W. Orłowski. — Dwukrotne zapalenie szpiku kostnego S. Portner. — Część statystyczna.

Zapalenie stawu biodrowego (coxarthrocace); wypiłowanie szyjki kości udowej (resectio colli femoris); wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

W d. 7 stycznia 1860 r. do ambulatoryum w naszym mieszkaniu przyniesiono dziecię blade, wychudłe, od trzech lat kulejące na prawą nogę, a od czterech miesięcy w zupełności nieużywające tój kończyny. Dziecię to G. W. płci żeńskiej, 8 lat wieku, w okolicach Radzymina zrodzone, żadnych w spadku po rodzicach nie otrzymało chorób, rozwijało się zdrowe, w drugim roku życia zaczęło chodzić odrę i szkarlatynę odbyło szczęśliwie. W jesieni 1857 r. dziewczynka ta biegnąc przez pokój upadła, w skutku czego znacznemu uległa stłuczeniu prawego boku, sama jednak podniosła się, i wciągu doby na nic się nie skarżyła. Wieczorem dnia drugiego uczuła ból w okolicy stawu biodrowego prawego, chodzenie było utrudnione, i lekka wystąpiła gorączka z bólem głowy. Przystawione bańki i zastosowane zimne okłady na miejsce bolące, oraz przeczyszczające środki dane wewnątrz, stłumiły gorączkę i ból, i młoda chora napowrót czując się zdrową, prędko zapomniała o swoim stłuczeniu. Po kilku tygodniach jednak bole w stawie znowu zaczęły dolegać chorą, mianowicie zrana; wstawanie z łóżka i chodzenie były bolesne tak, że chora zaczęła kuleć. Bole te przyjęto za proste zaziębienie (*rheumatismus*); potem kiedy coraz bardziej się one wzmagaly i dobrze rozwinięta dziewczynka chudnieć zaczęła, a w okolicy stawu mała wystąpiła obrzmiałość (*intumescencia*), przy pociskaniu bolesna, i obok tego w kolanie tójże kończyny od czasu do czasu okazywać się zaczęły przykre bole, całą tę sprawę na karb skrofulów zaliczono, chorój zalecono używanie tranu (*ol. jecoris aselli*) i codzienne słodowe kąpiele. Nic to wszakże nie pomogło: bole przybierały groź-

niejsze rozmiary, chodzenie przy pomocy nawet kuli było mocno utrudnione i chora częściej już zostawała w łóżku. Tak mijały miesiące: chora straciła apetyt, noce przepędzała bezsenne, wciąż dręczona bólami, i sama nie spostrzegła kiedy noga jej została przykurczoną w kolanie (*flexio*.) Wtedy w okolicy chorego stawu biodrowego przystawiono vesicatorium, a kolano obwinęto plastrami; bole nieco czasowo złagodzone zostały, prędko jednak wróciły, wieczorami ukazywać się zaczęły dreszcze (*horripilationes*), chora bardziej jeszcze schudła i obrzmiałość w okolicy stawu chorego znacznie się powiększyła.

W takim stanie przyniesiono do nas to dziecko. Badanie nasze wykazało co następuje (*status praesens*): w okolicy biodrowej prawej (*regio coxarum dextra*) i w części okolicy pośladkowej tejże strony (*regio natium*) od wargi zewnętrznej grzebienia kości biodrowej (*labium externum cristae ossis ilei*) do rowka podkulszowego (*plica subischadica*) postrzegamy obrzmiałość (*intumescencia*) przechodzącą z jednej strony na przednią, z drugiej zaś na tylną powierzchnię uda. Skóra na całej wyniosłości napięta, połyskująca, miejscami wpadająca w kolor fioletowy, w górnej zaś części nieco zaczerwieniona; poniżej i nieco ku tyłowi skrzętu wielkiego (*trochanter major*) znajduje się mała wyniosłość odmiennego, szarobrunatnego koloru, zarysy okolicy tego guza kostnego (*regio trochanterica*) zupełnie wygładzone. Przy lekkim dotykaniu palcami obrzmiałość nie bolesna, daje uczucie ciastowatości (*pastositas*), przy mocniejszym zaś nacisku wyraźnie czuć się daje przelewanie się płynu (*fluctuatio*), i chora skarży się na mocny ból. Przy położeniu dziecka na grzbiecie tak gołym okiem, jak i wymiarem przekonywamy się, że prawa strona miednicy uniesiona jest ku górze na $1\frac{1}{2}$ cala wyżej od strony lewej; kończyna chora w porównaniu ze zdrową skrócona na $\frac{3}{4}$ cala, a razem rozważana z uniesieniem miednicy w górę przedstawia się pozornie skróconą na $2\frac{1}{4}$ cala. Stałe położenie kończyny prawej jest in adductione, w stawie kolana i uda nieco zgięta (*flexio*) i ku wewnątrz obrócona (*rotatio*). Ruchy, z powodu naprężenia mięśni, w stawie biodrowym nie możebne, przy uspieniu zaś chorą za pomocą chloroformu stały się dosyć swobodne; noga dała się zupełnie wyprostować, a obok tego przy wykonywaniu ruchów w stawie chorym tak pod palcami jak i dla ucha wyraźne występuje tarcie, trzeszczenie (*crepitatio*). Tkan-ka łączno-tłuszczowa podskórna jak również i mięśnie chorą kończyny prawie w zaniku (*atrophia*), stopa zaś obrzmiała (*oedema*). Ogólny stan chorą zdradza upadek odżywiania objawiający się wychudnieniem, bledością skóry, wyrazem cierpiącym twarzy; badanie jednak rozmaitych narządów żadnych zбочeń w czynnościach ich nie wykrywa, jedynymi wybitnymi objawami chorobnymi są przyspieszone tętno (98 uderzeń na minutę) i wieczorne dreszcze.

Zestawiając miejscowe objawy choroby bez trudności przychodzimy do wniosku, że obrzękłość powyżej opisana jest napływowym ropniem (*abscessus per congestionem*), biorącym swe źródło w próchnieniu kości stawu biodrowego (*caries articuli coxae*); uwzględniając zaś początek i rozwój choroby sądzimy, że nie omylimy się twierdząc, że próchnienie to stawu jest koniecznym następstwem przewlekłego zapalenia jego (*coxitis chronica*) rozwiniętego w skutku uderzenia przy upadnięciu (*trauma*).

O ile w danym wypadku łatwem jest rozpoznanie choroby co do siedliska, istoty i okresu, o tyle trudnem jest rokowanie i leczenie. Zadaliśmy sobie pytanie jakie powinno być postępowanie lekarza - chirurga w obec próchnienia stawu biodrowego, otworzenia torebki stawowej i zebranego ropnia napływowego? Czy mamy zostawić chorobę naturalnemu jój przebiegowi i w oczach rodziców chorój orzec ją za „*noli me tangere*”? lub téż interwenjować czynnie i w jaki sposób? Każdy lekarz wie, że odpowiedź na to pytanie jest nader trudna, i różną jest nie tylko co do pojedynczej osobistości lekarza, ale nawet co do naukowych przekonań lekarzy oddzielnych krajów. Jedni radzą ograniczyć się leczeniem ogólnem i pożywną dyetą podtrzymywać siły chorego, namiejsce zaś chore albo żadnych nie używają środków, albo stosują leki mające, zdaniem ich, ułatwiać wessanie ropy (*ferrum candens, Tra jodi, moxa, k ili causticum, vesicatoria*), i ograniczać zapalenie, i w cierpliwem wyczekiwaniu upatrują jedyny punkt wyjścia z przykrego położenia tak dla chorego jak i lekarza. Jakież ztąd następstwo? Dopóki źródło powstawania ropy, to jest próchniejące stawowe kości istnieją, ilość jój (ropy) w ropniu napływowym powiększa się, okrążające tkanki ulegając naciskowi tego nowotworu patologicznego rozciągają się, ulegają drażnieniu i rozpadowi; ropa w tych miejscach, gdzie najmniejszy spotyka opór, tworzy zatoki (*sinus*), niszczy skórę i w końcu doprowadza ją do pęknięcia; ropa wtedy wylewa się w części na zewnątrz, zebrana zaś w zatokach ulega rozkładowi (*sepsis, putrescentia*), gorączka trawiąca wzmaga się i chory przy objawach posocznicy (*ichorrhoeia*) w prędkim czasie umiera. Ropa zatem tworząca ropnie napływowe zamiast zostać wessaną sprowadza zniszczenie tkanek i śmierć. Zaznaczmy przytem, że warunkiem koniecznym wessania ropy jest, aby ona przeszła w stłuszczenie (*degeneratio adiposa*), żeby czynność naczyń limfatycznych i żył była podniesioną, i żeby źródło ciągłego jój powstawania było zupełnie zniesione: nic nas jednak nie upoważnia do twierdzenia, żeby środki powyżej wyliczone wymaganiom tym zadosyć uczynić miały. Prawda, znane nam są wypadki, gdzie przy próchnieniu stawu biodrowego następuje przedziurawienie samowolne torebki stawowej i skóry, główka i szyjka kości udowej ulegają obok próchnienia zgorzelinie (*necrosis*), martwak wydziela się na zewnątrz (*eliminatio spontanea sequestri*), rozwija się sztywność stawu (*ankylosis*) i chory wyzdrowia; są to jednak wyjątki tak rzadkie, że na to szczęśliwe zejście (*exitus*) choroby wyliczać nie możemy. Z tego cośmy powiedzieli jasny wynika wniosek, że lekarz naukowy i sumienny nie może zostać obojętnym widzem przewlekłego cierpienia i pewnej śmierci chorego w obec próchnienia stawu biodrowego. Jakież więc jego zadanie? Interwencya czynna! I tutaj ma on dwie drogi: jedna tradycyjonalna polega na wypuszczeniu ropy stopniowo albo doraźnie; druga zaś ma na celu usunięcie źródła ropy przez zupełne wydalenie zepsutych kości, to ostatnie postępowanie jest nabytkiem naszych czasów. Wypuszczenie ropy stopniowe odbywa się za pomocą trójgrańca Guerin'a lub Flourens'a przez podskórne przekłucie bez dostępu powietrza do ogniska ropnego (*punctio subcutanea*); wyznajemy jednakże otwarcie, że operacya ta dobrych rezultatów nie daje: ropa bowiem pomimo jój wypuszczenia znowu się zbiera, a często powtarzane klócia wywołują w końcu zapalenie

skóry i tkanki łącznej podskórnej; wypuszczaniem tém ropy nie leczymy zresztą choroby, a tylko jeden z jój objawów. Wypróżnienie ropnia doraźne uskuteczniamy za pomocą podłużnego cięcia, celem otwarcia dostatecznej drogi dla swobodnego i ciągłego odpływu ropy na zewnątrz; śmielszy to rękoczyn (*operatio*), nie usuwa jednak i on źródła złego; jemu ten sam zrobić musimy zarzut, co i otwieraniu ropni przez zastosowanie środków żrących, mianowicie, że po jego użyciu gorączka nieraz przybiera groźniejsze rozmiary, występują objawy posocznicy i cała sprawa chorobowa kończy się śmiercią. Widzimy, że środki, któremi władamy przy leczeniu próchnienia w stawie biodrowym są niedostateczne i wszyscy lekarze czuli naglącą potrzebę reformy w terapii chorób tego stawu. Zaproponował ją w r. 1769 *Charles White*, angielski chirurg z Manchester wprowadzając racjonalną zasadę nie leczyć objaw choroby, jak to dotąd czyniono, ale samą chorobę; ponieważ siedliskiem choroby jest główka i szyjka kości udowej oraz panewka (*acetabulum*), zalecał więc usunąć źródło choroby przez wypitowanie tych części i sam pierwszą operację wykonał na trupie. Ale dla wszystkich ówczesnych lekarzy rdzenny ten środek zdawał się być gorszym od samej choroby i w ciągu pół wieku nikt nie ośmielił się zastosować go na żywym człowieku. Jedni dowodzili, że operacja jest nader trudną i niewykonalną, drudzy, że skutki jój są zupełnie wątpliwe; potrzeba było doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń u łoża chorego; wkrótce jedno i drugie przybyło na pomoc. W r. 1786 *Vermandois*, a zanim *Chaussier*, *Rossii* w. i. wykonali tę operację na psach, dając dowody, że operacja jest wykonalną i że skutek jój na zwierzętach jest najlepszy, bo rana po kilku tygodniach się goiła i kończyła, chociaż nieco skrócona, doskonale posługiwała do odbywania zwykłych czynności. Wkrótce też wynaleziono opisy wypadków na ludziach, u których przy *coxarthrocace* główka kości udowej spróchniała samodzielnie się wydzielila lub przez przetokę wyciągniętą została, w następstwie czego kończyła chora zdolną była do użytku. Okoliczności te, zdawało się, powinny być zachęcić, a przynajmniej nie odstraszać lekarzy od wykonania téj operacji na cierpiących z celem czysto leczniczym, i to tém bardziej, że przy w używaniu będących sposobach leczenia wszyscy prawie chorzy umierali, nikt jednak do r. 1821 nie ośmielił się wykonać téj operacji na żywym człowieku. W tym r. *Anthony White*, angielski chirurg, wykonał ją po raz pierwszy w londyńskim szpitalu *Westminster* na ośmioletnim chłopczyku z pomyślnym skutkiem. W r. 1832 operacja ta wprowadzona do Belgii przez *Sutina*, do Niemiec w r. 1834 przez *Textora*, we Francji wykonał ją po raz pierwszy *L. Ph. Roux* w 1847 r. Wrażenie jakie sprawiła ta operacja w każdym kraju było inne: Anglia, Ameryka i Niemcy przyznali jój prawo obywatelstwa i do koniecznych operacyj ją zaliczyli, tymczasem Francja, zapominając o naukowém swém posłannictwie „*marcher à la tête des nations*“, zupełnie ją odrzuciła uznając ją za operacją niepewną i niebezpieczną. W obec tak rażących sprzeczności w zdaniach co do znaczenia praktycznego tak ważnego środka, uważaliśmy że najlepszym sposobem do ocenienia jego wartości będą statystyczne wykazy skutków téj operacji. Materiałów pod tym względem nie brakowało: już w r. 1855 *L. A. Sayre* zebrał 30 wypadków téj operacji,

Heyfelder w r. 1858 wykazał ich 55, a Fock w r. 1860 naliczył 90, z których 36 umarło, 40 wyzdrowiało, a 14 zostało jeszcze w kuracji. Wynik ten w porównaniu z rezultatami dawnych sposobów leczenia uważać winniśmy za nader świetny, łatwą przeto będzie rzeczą do zrozumienia, że w naszym wypadku ani na chwilę nie wahał się uciec do wypitowania szyjki kości udowej uznając środek ten za jedyny tak dla uratowania życia, jak i zachowania kończyny młodej naszej chorób. Do tej operacji zachęcały nas jeszcze piękne wypadki rezekcji na różnych stawach dokonane, które przed kilku miesiącami sami obserwowaliśmy w londyńskich szpitalach. Rodzice dziecka propozycję operacji ze skwapliwością przyjęli, którą w d. 10 stycznia 1860 r. wykonaliśmy.

(Dokończenie nastąpi).

O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii.

Skreślił Br. Taczanowski, lekarz wolnopraktykujący w Warszawie.

(Dokończenie).

Do badania używa się zegarka i kamertonu; przy próbach z zegarkiem oznacza się najpierw odległość w jakiej go chory słyszy, następnie dopiero przykłada się go do kości skroniowej, do wyrostka sutkowego; próby jednak z zegarkiem przedstawiają wiele trudności, gdyż prawie dla każdego chorego trzeba mieć zegarek innej siły. Badając ucho kamertonem wprawia go się najpierw w drganie, i trzyma w odległości 3 do 4 cali od ucha, powtarza się to samo przed drugim uchem; zwykle przy uchu zdrowym słychać ton jaśniej, przy chorób zaś ton wydaje się przytępionym; następnie przykłada się kamerton do ciemienia i pyta chorego na które ucho lepiej słyszy.

Przy jednostronném zatkaniu przewodu słuchowego woszczkiem, bez komplikacji ze zmianami w głębszych częściach ucha, występują te same objawy, jakieśmy zauważali u ludzi prawidłowo słyszających, po zatkaniu palcem przewodu słuchowego. Drgający kamerton przyłożony do ciemienia, słychać daleko głośniej w uchu zatkaném jak w zdrowém, po wydaleniu zaś woszczka, różnica tonu znika. Przy zatkaniu trąbki Eustachiusza ponawia się ten sam objaw, chory słyszy kamerton trzymany przy uchu zajętem bardzo słabo, przy ciemieniu zaś słyszy go daleko silniej na ucho chore jak na zdrowe;—przywróciwszy wolną komunikację między jamą gardzielową a bębenkową, przekonamy się, że następuje znaczne polepszenie słuchu, za to kamerton przyłożony do ciemienia słychać jednakowo w obudwu uszach.

Objawy przy zatkaniu trąbki Eustachiusza możemy objaśnić na zasadzie wyżej wspomnianych doświadczeń fizyologicznych. Po zatkaniu trąbki powietrze w jamie bębenkowej ulega wessaniu, powietrze zaś zewnętrzne wywiera nacisk na błonę bębenkową, a za jej pośrednictwem i na kostki słuchowe. Przyrząd do przeprowadzenia fal dźwięcznych tylko z trudnością może być wprawiony w drganie, dla tego kamerton trzymany przy muszli słychać bardzo słabo. Przyłożony zaś do kości głowy, chory słyszeć będzie ton daleko silniej, bo jakkolwiek kosteczki słuchowe będą drgać słabo, za to fale dźwięczne przeprowadzane przez

kości głowy do błędnika, znajdują przeszkody przy odpływaniu, z powodu silnego napięcia kosteczek słuchowych i błony bębenkowej.

Przy ostrym katarze w jamie bębenkowej, chory dla tych samych przyczyn słyszy drgający kamerton przyłożony do ciemienia, daleko silniej na ucho chore jak na zdrowe. Niekiedy percepcya nawet silnych dźwięków jest czasowo zniesiona, co pochodzić może, albo od silnego przekrwienia błędnika, lub téż od nacisku jaki wywierają produkta zapalenia na okienka okrągłe i owalne.

I przy ropiastym katarze w jamie bębenkowej (*Otitis interna purulenta*) możemy stwierdzić wyżej podane zasady. I tu fale dźwięczne dochodzić będą do błędnika w mniejszej ilości z powodu obrzmienia i utrudnienia ruchów kosteczek słuchowych, przez nagromadzoną w jamie ropę; pomimo tego jednak kamerton przyłożony do ciemienia słyhać będzie głośniej na ucho chore jak na zdrowe, gdyż te same przyczyny przeszkadzają zarazem odpływowi fal dźwięcznych z błędnika.

Metoda badania kamertonem oddaje nam największe usługi, przy rozpoznaniu zmian przez katar chroniczny w jamie bębenkowej spowodowanych.

Przy wyżej wspomnianych chorobach przyrzędu słuchowego, mamy objawy tak wyraźne, że i bez próby kamertonem rozpoznanie choroby nie przedstawia trudności; tu zaś tylko tym sposobem możemy sobie utworzyć zdanie o stanie strzemięcia i okienka owalnego. Objawy bowiem na jakie dotychczas autorowie główny kładli nacisk przy rozpoznaniu sztywności strzemięcia, t. j. powolny rozwój choroby, niezmienny stan trąbki Eustachiusza, zadymienie błony bębenkowej, suchość w przewodzie słuchowym zewnętrznym,—nie pozwalają nam robić pewnych wniosków o stanie strzemięcia i okienka owalnego. Opierając się na zasadzie, że kamerton przyłożony do ciemienia, słyhać głośniej w tém uchu gdzie więcej znajduje się przeszkód, wolny odpływ fal dźwięcznych tamujących, musimy przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej wnioskować, że w tém uchu na które głośniej słyhać drgający kamerton przyłożony do kości, nastąpiły już zmiany, ruchy kostek słuchowych utrudniające. Zwrócić tylko musimy uwagę, że przy długotrwałym katarze w jamie, przyrząd końcowy nerwu słuchowego ulega zmianom patologicznym, wpływającym na przytępienie wrażliwości nerwu.

Do badania obiektywnego fal dźwięcznych odpływających używa się trójramienna rurka kauczukowa; przyłożywszy drgający kamerton do ciemienia chorego, uważamy na fale odpływające przez obydwie ramiona rurki do ucha obserwatora, a naciskając raz jedno, drugi raz drugie ramię rurki, możemy oznaczyć różnicę tonu w obydwu uszach. W ogóle jednak, pomimo że znaki obiektywne daleko są dla lekarza pożądańsze jak subiektywne, badanie obiektywne nie daje dotychczas stałych rezultatów, dopiero w przyszłości metoda ta znaleźć może większe zastosowanie, skoro uda się oddalić przeszkody, tamujące dokładne zbadanie stosunków napięcia w przyrządzie przeprowadzającym dźwięki i wynaleźć środki równego i dokładnego umieszczenia końców rurki kauczukowej w obydwu uszach.

Działanie lecznicze przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej, polega głównie na wstrzykiwaniu przez kateter do jamy bębenkowej cieczy lekko draż-

niących, jako to: salmiak jodku potassu, soli kuchennój; w wypadkach świeżych postępowanie to zupełnie wystarcza, w trudniejszych zaś, ze znaczném zgrubieniem i sztywnością kostek słuchowych połączonych, otrzymane rezultaty były tak nieznaczne, że wypadało poszukać środków silniejszych. Pierwszą myśl podało mi mikrochemiczne zachowanie się tkanki łącznej pod wpływem alkaliów gryzących, i rzeczywiście grube nawet warstwy tkanki łącznej, pod wpływem potażu gryzącego pęcznieją, a po dodaniu wody rozpuszczają się. Środek więc ten już a priori zdawałby się być odpowiedni, należy tylko używać roztworu stósownie rozcieńczonego, gdyż czysty Liq. kali caustici niezawodnieby zniszczył błonę słuzową trąbki Eustachiusza, a w jamie bębenkowej sprowadziłby silne zapalenie, które trudnoby było ograniczyć. Już i dawniejsi pisarze zalecali użycie potażu gryzącego przy głuchocie; i tak P a p p e n h a i m w 1844 roku wtryskiwał przez kateter lekkiego roztworu potażu (1 na 400), później M a r c d' E s p i n e używał tego samego środka ale w daleko mocniejszym stosunku (1 na 30); ponieważ jednak nie było stałych wskazań, to téż wkrótce środek ten wyszedł z praktycznego użycia, i dopiero znów w ostatnich czasach przez S c h w a r t z e' g o z Halli zalecony został. Przy sztywności kostek słuchowych potaż prawdziwe oddaje usługi; część tkanki łącznej rozpuszcza się, reszta staje się miększą i podatniejszą na ciśnienie wywarte przez powietrze wpędzone przez trąbkę Eustachiusza, które wypychając błonę bębenkową ku zewnątrz, przedłuża zarazem łańcuch kostek słuchowych, przyczynia się do oswobodzenia podstawy strzemięcia od otaczającej go tkanki łącznej. W podobnych stanach trzeba sobie zadać pracę i nauczyć chorego doświadczenia V a l s a l w y; codzienne wpędzanie powietrza do jamy bębenkowej przeciwdziała najskuteczniej kurczeniu się tkanki łącznej u podstawy strzemięcia.

Do oznaczenia stopnia głuchoty, oprócz zwykłych prób za pomocą zegarka i mowy, używałem metody podanej w ostatnich czasach przez Dra C o n t a w Wajmarze. — Oznaczenie stopnia zaburzenia funkcyi za pomocą mowy, nie można liczyć do metod ścisłych: raz się mówi głośniej, drugi raz ciszej; przytém chory ma sposobność wyczytania z ruchu ust tego co się mówi lub dopełniania na wpół zrozumiałych wyrażeń. Próby z zegarkiem przedstawiają również niedogodności: przy posuniętej głuchocie chory nie słyszy zupełnie zegarka, zdarzają się znów wypadki, gdzie na szmer zegarka słuch jest stosunkowo ostry, czułość zaś na mowę jest bardziej przytępioną; dobrze więc posiadać metodę pośrednią dla porównania i kontroli.

Metoda C o n t y polega na następujących zasadach: bierze się zegarek z sekundnikiem, otoskop i kamerton, jeden koniec otoskopu umieszcza się w przewodzie słuchowym chorego, drugi zaś koniec lekarz trzyma w lewej ręce razem z zegarkiem. Prawą ręką wprawia się w drganie kamerton i wkłada koniec jego w otoskop notując jednocześnie sekundę w chwili, kiedy chory przestaje słyszeć ton, odczytuje się znów sekundę, a czas przez jaki chory słyszał ton kamertonu oznacza stopień głuchoty. Ucho zdrowe słyszy ton wyraźnie około 35 sekund, przy 20 sekundach chory słyszy jeszcze wyraźnie zwykłą mowę; przy 15 sekundach trzeba już głośno mówić, aby być zrozumianym, przy 10 sekundach i mniej

chory słyszy tylko głos wzmocniony lub tylko przy pomocy różka. Prostota w zastosowaniu zaleca tę metodę, używamy jej więc dla sprawdzenia rezultatów otrzymanych przy próbach z zegarkiem i głosem.

1) Pan J. buchalter około lat 20 liczący, zasiągnął méj rady w końcu miesiąca marca r. b. na chorobę słuchu już od lat kilku trwającą; choroba zaczęła się bez bólu, szmerów, ropienia, stopniowe tylko osłabienie słuchu zwróciło jego uwagę i skłoniło przed 4 laty do podróży do Berlina, gdzie był leczony przez Dra E r h a r d t h a. Leczenie polegało na wprowadzeniu do jamy bębenkowej pary wodnej, i rzeczywiście po dwu-miesięcznej kuracyi nastąpiła znaczna ulga; po niej jakim czasie znów stan dawny powrócił, a chory udał się do Berlina i poddał się tejże saméj kuracyi; nadto Dr. E r h a r d t pędzłował przewód słuchowy zewnętrzny roztworem saletranu srebra. Nie doznawszy ulgi, radził się jakiegoś lekarza w Poznaniu, a zapisane przez niego krople (Plumbum aceticum i Gliceryna) wpuszcza w ucho bezskutecznie od lat dwóch.

Przy badaniu chorego okazało się wysokie upośledzenie funkcyi słuchu, nie słyszy zupełnie szmeru dość silnego zegarka, nawet po przyłożeniu go do muszli ucha, a potem do kości skroniowej; głos i to znacznie wzmocniony, słyszy na ucho prawe na stopę, na lewe zaś mniej więcej na 1½ stopy; ton kamertonu słyszy za pośrednictwem otoskopu (metoda C o n t y) na ucho prawe tylko, przez 5 sekund, zaś na lewe przez 7 sekund.

Przy badaniu wziernikiem znalazłem w obu przewodach słuchowych blizny od użycia saletranu srebra, na obu stronach błona bębenkowa rysuje się wyraźnie, trzonek młotka i wyrostek krótki widoczne, naczynia krwionośne nie są nastrzyknięte, kolor błony bębenkowej ołowiano szary, co mianowicie na obwodzie uderza; granice ostrosłupa świetlnego niewyraźne, zrośnięć zaś nawet przy pomocy przyrządu Sigle'go dopatrzeć nie można.

Przy wpędzaniu powietrza do jamy bębenkowej za pomocą metody Politzer'a, strumień powietrza wpływa silnie, a przysłuchiwanie nie wykazuje rżżeń, lecz szmer prawidłowy (Anschlaggeräsch Trölttscha), (bruit de pluie Delean). Drgający kamerton trzymany przed muszlą słyszy ale niewyraźnie, po przyłożeniu go zaś do ciemienia słyszy go na obydwie uszy silnie, o czém sam bez pytania zawiadamia. Błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym, ogólny stan zdrowia dobry.

Opierając się na powolnym przebiegu choroby, na zmianach na błonie bębenkowej, na niezmienionym stanie trąbki Eustachiusza, a w szczególności na rezultacie próby kamertonem, postawiliśmy diagnozę na chroniczny katar w jamie bębenkowej ze sztywnością kosteczek a prawdopodobnie i z cierpieniem przyrządu końcowego nerwu słuchowego.

Terapia zasadzała się na codzienném wstrzykiwaniu przez kateter rozczyну potażu gryzącego (Rp. kali caustici gr. IV Aq. destillate unc. 1). Podczas leczenia chory nie skarży się na ból a przy codzienném badaniu wziernikiem nie można odkryć na błonie bębenkowej śladu zapalenia; dopiero po dwutygodniowém leczeniu nastąpiło polepszenie, które przy pomocy metody Conty sprawdzić było można; w dalszym ciągu następowała zwolna poprawa, tak że po 4 tygodniowej kuracyi chory był w następnym stanie:

Głos słyszy na ucho prawe wyraźnie w odległości stóp ośmiu, dzwięczenie kamertonu przez otoskop słyszy na to samo ucho przez 12 sekund; na ucho lewe rezultat był mniej pomyślny, głos słyszy tylko w odległości stóp pięciu, a kamerton przez sekund 9. — Szmeru zegarka ani przed, ani podczas kuracyi nie słyszał.

2) Pan *D.* urzędnik około 60 lat liczący, zażądał méj pomocy w kwietniu r. b; pierwszy początek swéj choroby datuje od kampanii w 1831 r., a więc od lat 35. Ropa nigdy mu z uszów nie odchodziła, nie skarżył się téż na ból; główne objawy zasadzały się na powolném przytępieniu słuchu, oraz szmerach w obu uszach. — Zegarka nie słyszy, ani przy muszli ani przy kości skroniowéj; głos i to bardzo wzmocniony słyszy na ucho prawe w odległości stopy, na lewe zaś trzeba głośno krzyczeć w samo ucho, aby być zrozumianym; dźwięk kamertonu słyszy podług metody *C o n t y* na ucho prawe przez sekund 6, na lewe zaś przez 5. Pomocy lekarskiej dotychczas nie szukał, ani téż żadnych środków lekarskich nie używał.

Przy badaniu wziernikiem znaleźliśmy po obu stronach przewody słuchowe obszerne i suche, błona bębenkowa strony prawéj zgrubiała, szara, bez połysku; ostrosłup świetlny ograniczony do małego świecącego punktu przy samym pępie, rękojeść młotka i wyrostek krótki widzialne; — ze strony lewéj błona bębenkowa także zgrubiała, szara, trzonek młotka widać bardzo niewyraźnie, mianowicie w części dolnéj; połysk zmniejszony, granice ostrosłupa świetlnego niewyraźne; w części tylnej za trzonkiem młotka znajduje się miejsce zagłębione, przy użyciu przyrządu *S i e g l e ' g o* ku zewnątrz nieporuszające się. Obiedwie trąbki wolne; strumień powietrza przechodzi z wszelką łatwością, dźwięk kamertonu przyłożonego do ciemienia słyszy daleko głośniejjak przy muszli, błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym: ogólny stan zdrowia dobry.

I w tym wypadku byliśmy upoważnieni do postawienia diagnozy, na katar chroniczny w jamie bębenkowéj ze sztywnością kosteczek słuchowych; ze strony lewéj musiało się znajdować zrośnięcie, którego naturę trudno było rozjaśnić. — Jakkolwiek zwracając uwagę na trzydziesto-letni przebieg choroby, nie mogliśmy wątpić, że i przyrząd końcowy nerwu słuchowego uległ ważnym zmianom, jednakowoż na usilne prośby chorego zaczęliśmy kuracją, wstrzykując codziennie do jamy bębenkowéj roczyn potażu gryzącego téj saméj siły co i w wypadku poprzednim. Pierwsze polepszenie zauważyliśmy dopiero dziesiątego dnia, a po 4 tygodniach chory zakończył leczenie ze znaczną poprawą, mianowicie téż na ucho prawe. Przy próbach stan był następny: na ucho prawe rozróżnia z łatwością głos w odległości 5 do 6 stóp, dźwięk zaś kamertonu podług metody *C o n t y* słyszy przez 11 sekund; na ucho lewe, polepszenie jest daleko mniejsze; pojedyncze liczby wymówione zwykłym głosem w odległości 3 stóp powtarza bez trudności, dźwięk zaś kamertonu słyszy przez 8 sekund.

3) Panna *Z.* przybyła do mnie z prowincyi w maju r. b., początek choroby datuje się od lat kilku; chora zwraca uwagę, że przytępienie słuchu nastąpiło od zimnych kąpieli rzecznych, które codziennie używała; cierpienie rozwijało się powoli, bez bólu; główne objawy zależały na przytępieniu słuchu i nieznośnym szumie w uszach.

Badając stopień zaburzeń funkcji słuchu, znaleźliśmy, że zegarek słyszy na ucho prawe w odległości cala, na lewe zaś tylko wtenczas, skoro go się przyłoży do muszli,— pojedyncze liczby zwykłym wymówione głosem rozróżnia na ucho prawe na dwie stopy: na ucho zaś lewe tylko na stopę, dźwięk kamertonu metodą *Conty* słyszy po stronie prawej przez 8 sekund, zaś po lewej przez 5 sekund.

Przy badaniu wziernikiem nie znaleźliśmy w obu przewodach słuchowych nic godnego uwagi. po obu stronach błony bębenkowe nienaruszone, koloru bladoszarawego, gdzieniegdzie posiane ścięgniastymi plamami; trzonek młotka i wyrostek krótki widzialne, ostrosłup świetlny wyraźny, przez trąbki *Eustachiusza* powietrze przechodzi pełnym strumieniem: kamerton przyłożony do ciemienia słyszy daleko głośniej jak przy muszli. Błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym; co do ogólnego stanu zdrowia blednica jest w dosyć wysokim stopniu.

Ponieważ szum w uszach, przynajmniej w części zależał od ogólnej niedokrwistości, zaleciliśmy wody żelazne, do jamy zaś bębenkowej codziennie wstrzykiwaliśmy przez kateter roztwór potażu gryzącego; pierwsze polepszenie nastąpiło 6 dnia a po 4 tygodniach chora przerwała kurację w stanie następnym: na ucho prawe słyszy zegarek na 18 cali, dźwięk kamertonu metodą *Conty* przez 16 sekund, głos zwykły w odległości stóp 10; na ucho lewe zegarek na 12 cali, dźwięk kamertonu przez 13 sekund, głos zaś na stóp 8.

We wszystkich wyżej przytoczonych wypadkach głuchota do wysokiego była rozwinięta stopnia, udało się jednak osiągnąć znaczne polepszenie; nie wątpię, że po jakimś czasie stan słuchu znów się pogorszy: będziemy jednak w możności stan chorych poprawić. Nie mogąc wyleczyć radykalnie, trzeba poprzestać na środkach czasowo działających, gdyż utrzymanie choćby nadwątłego słuchu jest dla jednostki rzeczą bardzo ważną, na utrzymanie stanowiska socjalnego znakomity wpływ wywierająca.

Sprawozdanie ze szpitala Śtój Trójcy w Piotrkowie za rok 1865.

przez Dr. Wygrzywalskiego.

(Dokończenie).

Choroby weneryczne.

Znaczna ilość chorych wenerycznych dostarczyła nam materiału do niektórych studyów, któreśmy w poprzednim roku ze szczepieniem rozpoczęli, nie w myśli bezużytecznego eksperymentowania, ale aby mieć w tém pomocniczy środek do rozpoznania, wskazówkę do leczenia i do rokowania. Wspomnieć należy, iż szczepienia miały miejsce na jednym i tymże samym chorym, nigdy zaś z jednego na drugiego, gdyż to nie dałoby się ze względów humanitarnych żadną miarą usprawiedliwić. Do jakich doszliśmy objaśnień, czy to pozytywnych, czy negatywnych, pokrótce skreślimy ostatnie wypadkowe, o ile one na szpitalne leczenie wpływ mieć mogą.

Chorych z owrzodzeniami miejscowemi było 51. — Chorych na przymiot, właściwą syfilis było 89. — Reszta w liczbie 65 przypada na nieżyty, mniej więcej zaraźliwe.

Ile kwestya rozgatunkowania owrzodzeń zwanych wenerycznemi jest ważną, nie potrzebuje nadmienienia.

Ile kwestya jednoistości lub dwoistości jadu przymiotowego jest jeszcze wątpliwą, do tego i z naszych szpitalnych doświadczeń możemy parę przykładów przytoczyć. Pomijając rzecz czysto naukową wskażemy, jak mało pewności dyagnostycznej mają szczepienia a jak niewiele prognostycznej, i że na postępowanie w leczeniu zaledwie cośkolwiek pływają.

Szczepień zrobiliśmy 65 (z tych pięć było za szpitalem, dla wykazania związku i dla oznaczenia jakości choroby z choremi szpitalnemi). Rezultata przez nas osiągnięte w streszczeniu podajemy.

1. Wyznać z ubolewaniem należy, iż szczepienie nie rozwiązuje ważnej dla leczenia kwestyi dyagnostycznej, nie pozwala ono rozpoznać (samo przez się) obnażenia z naskórka (excoriatio) od owrzodzenia syfilitycznego, gdyż w jednym i drugim razie -szczepienie nie udaje się. A cóż może być ważniejszego i pożądanszego jak rozróżnienie tych dwóch tak od siebie daleko stojących owrzodzeń? Stwardnienie syfilityczne i obrzękłość gruczołów odróżniają owrzodzenie niewinne od przymiotowych.

Że to nie zawsze tak bywa, wskazało nam doświadczenie: chora jedna miała ranę czystą na częściach rodnych, bez twardości i obrzękłych gruczołów, rezultat szczepienia był żaden.

Od téj kobiety zaraziło się dwóch mężczyzn równocześnie; u tych obydwóch szczepienie udało się, ranki w obydwóch wypadkach były miękkie; u jednego skończyła się choroba ropieniem gruczołu pachwinowego, u drugiego rozwinęła się w całej świetności syfilis skóry i gardła.

Badana powtórnie kilka razy ta kobieta okazała się zdrową, dopiero po 4ch miesiącach później dostaliśmy ją z rozwiniętą syfilis. — Ten jeden wypadek, któryśmy z całą ścisłością badali, stawia w wątpliwość teorią dualizmu i dyagnostykę ze szczepieniem.

2. Szczepienie nie zawsze daje rozróżnienie między szankrem prostym i syfilitycznym. Kilka razy szczepiliśmy ropę z lepiezu (plaques muqueses) przy zdeklarowanej ogólnej syfilis, a szczepienie się udawało.

Znać, że w tych razach znajdowały się owrzodzenia obydwóch rodzajów obok siebie, to jest: szankrowe i syfilityczne; lecz właśnie przez to szczepienie dyagnostyczne nie ma wielkiej wartości, o czém nas i powyższe doświadczenie przekonywa. Obok tak niezadawalających dyagnostykę rezultatów ze szczepienia, rządaliśmy się tylko wprawą, i wnioskami z grupy przypadłości wziętych. W prostych szankrowych owrzodzeniach ograniczaliśmy się na miejscowém leczeniu, przez zwykłe okłady, rzadziej przez wypalanie pastą z chlorku cynku lub saletranem srebra.

Co do leczenia przymiotu (syfilis) stawialiśmy sobie pytanie: kiedy go leczyć? i jak długo leczyć?

Ten pozorny paradoks nie jest nim wcale, jeżeli zechcemy ze stanowiska szpitalnego odpowiedzieć na te pytania.

Chory np. przybywa z ranką twardą na częściach płciowych i gruczoły są nieco obrzękłe a w parę dni ranka się podgoi. Chory uważa się za zdrowego; należy go jednak poddać merkuryalnej, parę miesięcy trwającej kuracyi. Gdy chory na to nie zezwala (przez niewiedomość), przymusić go nie można, bo nie można mu dać téj pewności, że leczeniem potrafiemy uprzędzić dalsze formy przymiotu.

Mamy trzy historye chorób, gdzie chorzy z lekkimi formami wysypek skórnych w chwili nasycenia organizmu merkuryuszem dostali cięższych form; tak plamy przeszły dwa razy w grudkowy wyprysk (*E. nodulosum*), a raz powstały plamy, których przed leczeniem nie było.

Niema przeto profilaktycznego leczenia merkuryuszem, można się więc zapytać: czy należy samą twardość, samą grudkę syfilityczną całym przyborem leczyć, czy też czekać aż się dalsze formy przymiotu okażą?

Następne pytanie: jak długo leczyć syfilis? ze stanowiska naukowego jest odpowiadaniem dawno, w szpitalnej praktyce nie tak łatwo daje się nań odpowiedź.

Jeżeli chorzy ze stwardnieniem miejscowém, (w braku innych przypadłości) chcą uciekać ze szpitala, skoro tylko już ran nie widzą, toż samo czynią chorzy, którzy z ciężkich form, to jest: wysypek, lepiezu, owrzodzeń w gardle, są wyleczeni. U tych pozostają mimo to, jakoby nic nie znaczące przypadłości: stwardnienia graczolów.

Wiadomém jest, iż stwardnienia syfilityczne ledwie po trzech miesiącach leczenia ustępują. Jakim sposobem znów utrzymać w szpitalu chorych, którzy mają się za wyleczonych, kiedy oni powinni jeszcze parę miesięcy w nim pozostać.

Wreszcie, szpital przepełni się chorymi wenerycznymi, jeżeli będziemy się zgodnie z nauką na choroby zapatrywać.

W tém to trudném położeniu ze względu administracyjnego znajduje się nasz szpital—i Lekarz stoi między Scyllą naukową i Charybdą administracyjną. Do tego jeszcze dodać należy niedostateczną profilaktykę, baczność na szerzenie się choroby, gorszej od widma cholery lub dżumy!... o czém później ...

Leczenie wybitnych form przymiotu niczem od zwykłego nie było różném; szczególniejszą wartość kładliśmy na wcierania maści merkuryalnej; bo téj metodzie poddawali się nawet lekkomyślni chorzy, którzy wewnątrz przepisane lekarstwa systematycznie za okno wylewają.

Tym tylko sposobem mogliśmy leczyć ciężkie nawet formy w krótkim stosunkowo czasie. Liczba wcierań nie była ścisłym szematem objęta, ale zmniejszała się lub zwiększała; stósownie do stanu chorego aż do wyleczenia wszystkich widzialnych i namacalnych przypadłości.

Środki ostrożności przeciw szerzeniu się zarazy syfilitycznej są *w naszym mieście bardzo niedostateczne*. Utworzony przed dwoma laty komitet, po dwóch posiedzeniach czysto teoretycznych przestał być czynnym. Rewizya kobiet publicznych odbywa się wprawdzie dwa razy na tydzień, atoli jest to tylko pozorną kontrolą, gdyż z liczby zapisanych na liście nierządnych kobiet, może się tyle do

rewizyi nie stawić, ilom się to podoba. Jeżeli która ze stawiających się zostanie do szpitala zabrana, to tylko przypadkowo, to jest, że nie wiedziała że jest zarażoną; w przeciwnym razie mogłaby się do rewizyi nie stawić (jak się zwykle praktykuje); co więcej, na liście policyjnej jest prawie sama uboższa klasa nierządnic — zamożniejsze starają się od tego uchylić; a zaraza weneryczna nie koniecznie ma się trzymać kobiet listą objętych, owszem dostajemy do szpitala z prywatnej ręki najcięższe formy choroby. Przykrą a jednak konieczną jest Lekarzowi przemawiać za systemizowaną prostytutucją, domy takie bowiem w interesie własnym starają się mieć indywidua zdrowe, i ulegając gremialnie kontroli, przedstawiają większą rękojmię bezpieczeństwa.

Dziś, rozproszone po wszystkich zakątkach a często nawet na widowni stojąc bez żadnej ścisłej kontroli, raz przez niewiedomość i lekkomyślność, drugi raz przez zaniedbanie się lub obawę, rozsiewają te kobiety zarazę, przeciw której należałoby silniejsze jak dotąd stawiać zapory.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O leczeniu węglika (Anthrax) za pomocą cięć podskórnych.

W. Orłowski.

Leczenie węglika za pomocą cięć głębokich, krzyżowych, od czasów Dupuytren'a przyjętém było niemal przez wszystkich; następnie jednak, z powodu gwałtownego podczas operacji bólu, pierwszy N e l a t o n, a za nim inni, szczególnie przy leczeniu węglików mniejszych rozmiarów, byli bardziej za metodą wyczekującą. Przed dwoma jeszcze laty A. Guerin przedstawił akademii lekarskiej rozprawę „o leczeniu węglika za pomocą cięć podskórnych“. Autor rozprawy téj stanowczo jest przekonania, iż ograniczyć postęp choroby, przecięcia li tylko są w możności, że te wskazane są w początku choroby również jak i w dalszym jój przebiegu; w tym celu podaje nowy sposób cięć podskórnych. Przez skórę węglika w miejscu najbardziej wystającym nad powierzchnię, to jest w miejscu, gdzie ta najprzód ulega zgorzeli, wprowadzamy bistouri o cienkiem ostrzu, następnie, w kierunku od powierzchni skóry wewnętrznej, to jest w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz, przecinamy całą warstwę części miękkich processem chorobliwym zajęte; tym sposobem wykonywamy cztery cięcia w formie krzyża: całość skóry, na całej przestrzeni, z wyjątkiem nieznacznej rany, przez którą bistouri był wprowadzony, pozostaje nienaruszoną. Dalej A. Guerin przedstawia wyższość sposobu tego, od używanych dotąd cięć krzyżowych przechodzących przez skórę. I tak najprzód nie naraża się chorego na gwałtowny ból, wiadomo bowiem, iż przecięcia skóry są najboleśniejsze; następnie zaś po zupełnem zagojeniu rany, otrzymujemy znacznie mniejszą, zatem nie tak szpecącą bliznę, w dowód czego autor przedstawia dwa rysunki z natury: na jednym z nich znajdujemy bliznę, po leczeniu węglika za pomocą cięć głębokich, krzyżowych, przechodzących przez skórę; na drugim bliznę, po cięciach podskórnych. W pierwszym wypadku blizna okrągława miała około 6 centymetrów średnicy, w ostatnim zaledwie wyrównywała wielkości monety jednego franka; w jednym i w drugim rozmiary węglika w początku choroby były też same.— Wreszcie autor rozprawy jest przekonania, iż cięcia głębokie, przechodzące przez skórę, niejednokrotnie są powodem róży, a być może nawet innych złych następstw: twierdzenia swe na własnem opiera doświadczeniu. Dr. G o s s e l i n w miesiącu lutym r. b. na posiedzeniu akademii lekarskiej, odczytał sprawozdanie z rozprawy wzmiankowanej, w sprawozdaniu tém zgadza się niemal w zupełności z jój treścią, następnie przytacza kilka wypadków węglika sposobem G u e r i n'a szczęśliwie przez niego uleczonych; przeciwnym zaś tylko jest w ustanowieniu wskazań, a mianowicie, czy w każdym wypadku węglika cięcia są wskazane? Zdaniem Dr. G o s s e l i n, węglik rzadko jest chorobą śmiertelną, a w razie tym przyczyną śmierci są

inne komplikacje choroby. W wąglikach niewielkich rozmiarów, w przekonaniu sprawozdawcy, chirurg bez ostrego narzędzia, trzymając się li tylko metody wyczekującej, śmiało obejść się może.

Sprawozdanie Dr. G o s s e l i n spowodowało dość żywe rozprawy w łonie akademii. Pierwszy V e l p e a u, nie wydając ostatecznej opinii o nowym sposobie A. G u e r i n 'a, stanowczo powstaje przeciwko wypowiedzianym przekonaniom, że róża ma często miejsce przy leczeniu wąglika za pomocą cięć głębokich, przechodzących przez skórę. — W ostatnim roku w oddziale V e l p e a u było dziewięć wypadków wąglika; róża miała miejsce w jednym tylko, śmiercią zakończonym, lecz chory ten z różą już przybył do szpitala, wąglik przeciętym nie był. Czterdziestoletnie doświadczenie V e l p e a u, przekonywa go, iż tylko liczne, głębokie cięcia, promienisto przechodzące od środka ku obwodowi po za granice czerwoności skóry, są w możności ograniczyć proces chorobliwy, i że tym tylko sposobem postępując, z różą rzadko kiedy spotkać się wypadnie. Najlepszym dowodem są starannie zebrane wszystkie wypadki wąglika, leczone w oddziale V e l p e a u od 1835 roku, to jest w ciągu lat trzydziestu; zestawiając je, widzimy, iż na stu ośmdziesięciu czterech, dotkniętych wąglikiem, w trzech wypadkach róża miała miejsce, a w jednym z tych trzech, przecięcie wąglika nie było wykonanem. (Co do śmiertelności, z liczby tej umarło 14, przyczyną śmierci w jednym wypadku róża, w drugim zaś zakażenie ropiaste). Statystyka ta przekonywa dokładnie, iż cięcia głębokie, przechodzące przez skórę, żadną miarą nie mogą być uważane, jako powodujące w następstwie różę, wszędzie bowiem z małym bardzo wyjątkiem, cięcia te wykonane były. Zachodzi nawet pytanie, czy nieznaczone zranienia, przekłucia, przyżegania, nie są częściej przyczyną róży. Następnie wysoki stopień bólu podczas operacyj, jest przesadzony, w przeciągu jednej minuty z nadzwyczajną szybkością można zrobić dwanaście do piętnastu cięć, chory nawet liczby ich zrachować nie będzie w możności; w końcu ból przeciwskazaniem żadną miarą być nie może, tém bardziej obecnie, gdy mamy zawsze pod ręką środki znieczulające. Słowem przekonywamy się, iż najdzielniejszym środkiem przeciwko wąglikom, o ile tyloletnie doświadczenie uczy, są liczne, głębokie przecięcia, przechodzące promienisto od środka ku obwodowi po zagranice czerwoności skóry; trudno więc byłoby wynaleźć jakikolwiek bądź powód, dla którego mielibyśmy zmieniać sposób ten na inny. Co się zaś tyczy użycia środków żrących, przez Sedillot'a i innych tak zachwalonych, a to w przekonaniu, iż te są stanowczo zapobiegające przeciwko róży, na to także żadną miarą zgodzić się niepodobna.

Róża, i przy tym sposobie leczenia, również zdarzyć się może; niewiadomo tylko, czy częściej jak przy innych, ma miejsce — do tego brak nam statystyki porównawczej.

Zdaniem Dr. Michon Drowi Gosselin wypada najprzód zarzucić brak dokładnego określenia stopnia i odcień choroby. W wąglikach bowiem, zajmujących niekiedy ogromną przestrzeń, li tylko głębokie, liczne cięcia, przechodzące przez skórę, bezwarunkowo są wskazane, i sposób ten rzeczywiście okazał się jedynym, najpewniej zapobiegającym przeciwko róży.

Dr. Cloquet, Larrey, I. Guerin, Briquet opinię Velpeau podzielają niemal w zupełności. — W przekonanie Ricord'a, niezbędnem jest dokładne określenie warunków, w jakich pozostają chorzy. Velpeau przedstawił tylko statystykę chorych szpitalną, która bez wątpienia nie da ostatecznie tak pomyślnych rezultatów, jak statystyka chorych w mieście; następnie nie wzięto pod uwagę wpływów epidemicznych, ważność których pojmujemy wszyscy. Dalej też sama choroba mieć będzie różny zupełnie przebieg u różnych chorych, wiadomo np. jak ważnem jest zwykle cierpieniem wąglik u pijaków, u diabetyków. W końcu co do samego sposobu leczenia: w jakim okresie choroby tego lub owego użyć wypada; w okresie zapalenia w ogóle śpieszyć się z przecięciem nie mamy potrzeby; jeżeli zaś będziemy mieli wskazanie zmniejszyć ból i znaczne prężenie skóry — najodpowiedniejsze bez wątpienia będą cięcia podskórne, wykonane sposobem Guerin'a — dalej zaś w okresie ropienia i zgorzeli, tylko cięcia liczne, głębokie, przechodzące przez skórę, miejsce mieć powinny. Róża zaś przy wąglikach rzeczywiście zdarza się nie tak często, i, o ile się zdaje, sposób leczenia żadnego na to niema wpływu. Gosselin, w odpowiedzi na zarzuty mu czynione, przypomina, iż w ostatnich dopiero czasach cała dążność chirurgów skierowaną jest głównie, by uprzedzić powsta-

wanie róży i zakażenia ropiastego. Oprócz A. Guerin'a widzimy wielu innych, wprowadzając nieco inną drogą, do tegoż celu zdążających. Follin proponuje, po głębokim przecięciu skóry przy wąglikach, na miejsce rany środki żrące.

Richard, w liście do Nelatona, niedawno przesłanym utrzymuje, iż w każdym okresie węgliką, jakiegokolwiek ten będzie wielkości, najodpowiedniejszém będzie leczenie za pomocą środków żrących i że tym tylko sposobem stanowczo zapobiegamy przeciwko powstawaniu róży i zakażenia ropiastego. Słowem, nie tylko sprawozdawca potępił istniejący dotąd sposób leczenia.

Ostre zapalenie szpiku kostnego jest, jak wiadomo, najcięższą komplikacją po dokonanej amputacji; gdyż zapalenie to z początku na małej ograniczonej przestrzeni, rozszerza się szybko przez całą długość kości, i prawie zawsze daje powód do powstawania zatorów lub rozkładu krwi, co w końcu śmierć za sobą pociąga. Usiłowania chirurgów w celu pokonania tej komplikacji, zostały dopiero w ostatnim dziesiątku lat pomyślnym uwieńczone skutkiem, gdy liczne spostrzeżenia wykazały, iż jedyną prawie pomocą w takich wypadkach jest odjęcie członka amputowanego w stawie. Dr. Valette i Jules Roux, którzy mieli sposobność podczas kampanii Rzymskiej i Włoskiej z r. 1859, obserwować liczne wypadki zapalenia szpiku kostnego pomyślnie ukończone przez następną exartikulację, gorąco przemawiają za tym sposobem leczenia. To samo zdanie wypowiada prof. Fayerer naczelny chirurg szpitala szkoły lekarskiej w Kalkucie, który szczegółowo tę kwestyę rozbiiera w nadzwyczaj zajmującym artykule zamieszczonym w *Indian Annals* z m. października r. z. i jako przyczynek do tej kwestyi ogłasza w *Medical Times and Gazette* z dnia 14 m. lipca r. b. ciekawy opis choroby, który tu w streszczeniu podajemy:

*Amputacja przedramienia, — ostre zapalenie szpiku kostnego, —
powtórna amputacja ramienia, — świeże zapalenie szpiku kostnego, —
wyluszczenie kończyny w stawie barkowym, — wyzdrowienie.*

F. S. . . niemiec, lat 34 liczący, przybył do szpitala szkoły lekarskiej w Kalkucie dnia 25 lutego r. b.

Raniony w obiedwie ręce w skutek wypadkowego wystrzału z broni palnej czterema kulami naładowanej, miał rękę prawą zupełnie zmiądzoną, u lewej zaś tylko cztery palce uszkodzone. We dwie godziny po przybyciu jego do szpitala przystąpiono do operacji i prof. Fayerer wykonał amputację prawego przedramienia w dolnej trzeciej części, a u lewej ręki odjęto w stawach dwa członki 4go i 5go palca i ostatnie członki 2go i 3go palca. Następnego dnia gorączka powstała dość znaczna i chory często wymiotował; objawy te jednak wkrótce ustąpiły po zastosowaniu odpowiednich środków. 27 lutego przedramię amputowane zaczęło obrzmiewać i to przez kilka dni ciągle się wznagało, stan ogólny chorego jednak poprawił się nieco. 3 marca obrzmienie w okolicy stawu łokciowego dawało wyraźne znaki chelbotania, w skutek czego zrobiono nacięcie dla wypuszczenia nagromadzonej tam ropy. Po kilku dniach obrzmienie znacznie się zmniejszyło, wygląd rany był dobry a odpływ ropy dostateczny. 11 marca powstała gorączka silna z dreszczami i bezsenność; bole mocne w operowanej kończynie dotkliwie uczyć się dawały choremu a końce kości przedramienia okazały się być obnażone. 12 marca gorączka jeszcze bardziej się wzmogła, dreszcze częściej przychodziły a z rany znaczna ilość ropy odchodziła. Prof. Fayerer przekonawszy się o rozwinięciu zapalenia szpiku w obydwóch kościach przedramienia i chcąc uchronić chorego od smutnych następstw rozwoju tego processu, uważał za stosowne wykonać dnia 13 marca amputację ramienia. Bliższe zbadanie przedramienia wykazało, że szpik obydwóch kości w całej ich długości zamieniony był na masę ropiastą a nawet zewnętrzna powierzchnia ich przedstawiała wyraźne znaki caries, — dolna część kości ramieniowej okazała się zupełnie prawidłową. Przez dwa tygodnie po tej powtórnej operacji przebieg choroby był dość pomyślnym, później zaś powstały znów tępe bole w ramieniu, części miękkie były nieco obrzmiałe i silna gorączka ukazała się. Po nacięciu przedniej powierzchni kikuta, który prawie już zablizniony był, drobne kawałki kości które odluszczały się oddalono. 3 kwietnia silna gorączka połączona z czę-

stemi dreszczami zdawała się niewątpliwie dowodzić na nowo rozwiniętego zapalenia ostrego szpiku kości ramieniowej. Dla ocalenia życia choremu pozostała jedyna jeszcze pomoc i dnia 4 kwietnia wykonano wyluszczenie ramienia w stawie barkowym, zachowując wszelkie możliwe ostrożności, aby chorego wycieńczonego długotrwałą gorączką i ropieniem uchronić od utraty znaczniejszej ilości krwi. Następne badanie odciętej kości potwierdziło najzupełniej poprzednie rozpoznanie, gdyż szpik nieco wysunięty nad powierzchnią przecięcia przedstawiał w kilku miejscach dość wielkie ogniska ropne a sama kość na małej przestrzeni obnażona była od okostnej. Po operacji tej rana w krótkim czasie zupełnie się zablizniła i 15 kwietnia gdy operowany opuścił szpital, stan zdrowia jego był zupełnie dobry.

Wypadek powyższy pod niektórymi względami zasługuje na szczególną uwagę. Przekonywa nas bowiem: 1) że zapalenie szpiku kostnego nie było bezpośredniem następstwem przepiłowania kości (przeciwnie jak wielu chirurgów utrzymuje), gdyż w obydwu razach objawy processu chorobnego zaczęły występować dopiero w kilkanaście dni po dokonanej operacji; — 2) że wyluszczenie w stawie pomyślniejszy daje rezultat od amputacji właściwej, gdyż zabezpiecza od tak ciężkiej komplikacji jaką jest osteomyelitis. Przypuszczać téż można, że gdyby zaraz po pierwszém wystąpieniu processu zapalnego w kości, wykonane było wyluszczenie w stawie łokciowym, możnaby było uchronić chorego od utraty całego ramienia; — nakoniec 3) wypadek ten wskazuje nam, jak ważną jest energiczna pomoc chirurga, że ona jest w stanie ocalić życie, nawet przy najnieprzyjaźniejszych warunkach. *S. Portner.*

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 3 do 9 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	546	144	111	17	563
„ Śgo Ducha	142	40	43	8	137
„ Ewangelickim	61	25	18	3	65
„ Śgo Rocha	63	43	26	2	80
„ Śgo Jana Bożego	153	7	5	2	153
„ Śgo Łazarza	264	57	44	7	270
„ Starozakonnych	314	154	135	28	305
Ogółem:	1543	475	382	67	1573

Od dnia 3 do 9 paźdz (włącznie) stan chorych na cholere był następnny:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	9	15	9	7	8
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	294	340	344	99	196
Razem	303	355	353	106	204

W ogóle do 9 października zachorowało, 1958 wyzdrowiało 1165, a umarło 594.
od dnia 10 do 16 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	563	132	113	9	573
„ Śgo Ducha	137	42	41	6	132
„ Ewangelickim	65	17	23	2	57
„ Śgo Rocha	80	31	28	2	81
„ Śgo Jana Bożego	153	1	4	—	150
„ Śgo Łazarza	270	62	49	9	274
„ Starozakonnych	305	112	103	13	301
Ogółem:	1573	397	361	41	1568

Od dnia 10 do 16 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholere był następnny:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	8	10	3	8	7
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	191	114	145	38	122
Razem	199	124	148	46	129

W ogóle do 16 października zachorowało 2082, wyzdrow. 1313, a umarło 640.

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.

Expedycja 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: Zapalenie stawu biodrowego; wypiłowanie szyjki kości udowej; wyzdrowienie Prof. Girsztowt. — O użyciu potażu gryzącego w Otiatryi. (Dokończenie) Br. Tuczanowski. — Sprawozdanie ze szpitala Śtój Trojcy w Piotrkowie za r. 1865 Dr. Wygrzywalski. — Kronika Zagraniczna. O leczeniu wąglika za pomocą cięć podskórnych W. Orłowski. — Dwukrotne zapalenie szpiku kostnego S. Portner. — Część statystyczna.

Zapalenie stawu biodrowego (coxarthrocace); wypiłowanie szyjki kości udowej (resectio colli femoris); wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

W d. 7 stycznia 1860 r. do ambulatoryum w naszym mieszkaniu przyniesiono dziecię blade, wychudłe, od trzech lat kulejące na prawą nogę, a od czterech miesięcy w zupełności nieużywające tój kończyny. Dziecię to G. W. płci żeńskiej, 8 lat wieku, w okolicach Radzymina zrodzone, żadnych w spadku po rodzicach nie otrzymało chorób, rozwijało się zdrowe, w drugim roku życia zaczęło chodzić odrę i szkarlatynę odbyło szczęśliwie. W jesieni 1857 r. dziewczynka ta biegnąc przez pokój upadła, w skutku czego znacznemu uległa stłuczeniu prawego boku, sama jednak podniosła się, i wciągu doby na nic się nie skarżyła. Wieczorem dnia drugiego uczuła ból w okolicy stawu biodrowego prawego, chodzenie było utrudnione, i lekka wystąpiła gorączka z bólem głowy. Przystawione bańki i zastosowane zimne okłady na miejsce bolące, oraz przeczyszczające środki dane wewnątrz, stłumiły gorączkę i ból, i młoda chora napowrót czując się zdrową, prędko zapomniała o swoim stłuczeniu. Po kilku tygodniach jednak bole w stawie znowu zaczęły dolegać chorą, mianowicie zrana; wstawanie z łóżka i chodzenie były bolesne tak, że chora zaczęła kuleć. Bole te przyjęto za proste zaziębnienie (*rheumatismus*); potem kiedy coraz bardziej się one wzmagaly i dobrze rozwinięta dziewczynka chudnieć zaczęła, a w okolicy stawu mała wystąpiła obrzmiałość (*intumescencia*), przy pociskaniu bolesna, i obok tego w kolanie tójże kończyny od czasu do czasu okazywać się zaczęły przykre bole, całą tę sprawę na karb skrofulów zaliczono, chorą zalecono używanie tranu (*ol. jecoris aselli*) i codzienne słodowe kąpiele. Nic to wszakże nie pomogło: bole przybierały groź-

niejsze rozmiary, chodzenie przy pomocy nawet kuli było mocno utrudnione i chora częściej już zostawała w łóżku. Tak mijały miesiące: chora straciła apetyt, noce przepędzała bezsenne, wciąż dręczona bólami, i sama nie spostrzegła kiedy noga jęj została przykurczoną w kolanie (*flexio*.) Wtedy w okolicy chorego stawu biodrowego przystawiono vesicatorium, a kolano obwinęto plastrami; bole nieco czasowo złagodzone zostały, prędko jednak wróciły, wieczorami ukazywać się zaczęły dreszcze (*horripilationes*), chora bardziej jeszcze schudła i obrzmiałość w okolicy stawu chorego znacznie się powiększyła.

W takim stanie przyniesiono do nas to dziecko. Badanie nasze wykazało co następuje (*status praesens*): w okolicy biodrowej prawej (*regio coxarum dextra*) i w części okolicy pośladkowej tejże strony (*regio natium*) od wargi zewnętrznej grzebienia kości biodrowej (*labium externum cristae ossis ilei*) do rowka podkulszowego (*plica subischiastica*) postrzegamy obrzmiałość (*intumescencia*) przechodzącą z jednej strony na przednią, z drugiej zaś na tylną powierzchnię uda. Skóra na całej wyniosłości napięta, połyskująca, miejscami wpadająca w kolor fioletowy, w górnej zaś części nieco zaczerwieniona; poniżej i nieco ku tyłowi skrzętu wielkiego (*trochanter major*) znajduje się mała wyniosłość odmiennego, szarobrunatnego koloru, zarysy okolicy tego guza kostnego (*regio trochanterica*) zupełnie wygładzone. Przy lekkim dotykaniu palcami obrzmiałość nie bolesna, daje uczucie ciastowatości (*pastositas*), przy mocniejszym zaś nacisku wyraźnie czuć się daje przelewanie się płynu (*fluctuatio*), i chora skarży się na mocny ból. Przy położeniu dziecka na grzbiecie tak gołem okiem, jak i wymiarem przekonywamy się, że prawa strona miednicy uniesiona jest ku górze na $1\frac{1}{2}$ cala wyżej od strony lewej; kończyna chora w porównaniu ze zdrową skrócona na $\frac{3}{4}$ cala, a razem rozważana z uniesieniem miednicy w górę przedstawia się pozornie skróconą na $2\frac{1}{4}$ cala. Stałe położenie kończyny prawej jest in adductione, w stawie kolana i uda nieco zgięta (*flexio*) i ku wewnątrz obrócona (*rotatio*). Ruchy, z powodu naprężenia mięśni, w stawie biodrowym nie możebne, przy uspieniu zaś choręj za pomocą chloroformu stały się dosyć swobodne; noga dała się zupełnie wyprostować, a obok tego przy wykonywaniu ruchów w stawie chorym tak pod palcami jak i dla ucha wyraźne występuje tarcie, trzeszczenie (*crepitatio*). Tkan-ka łączno-tłuszczowa podskórna jak również i mięśnie choręj kończyny prawie w zaniku (*atrophia*), stopa zaś obrzmiała (*oedema*). Ogólny stan choręj zdradza upadek odżywiania objawiający się wychudnieniem, bledością skóry, wyrazem cierpiącym twarzy; badanie jednak rozmaitych narządów żadnych zbroczeń w czynnościach ich nie wykrywa, jedynemi wybitnemi objawami chorobnemi są przyspieszone tętno (98 uderzeń na minutę) i wieczorne dreszcze.

Zestawiając miejscowe objawy choroby bez trudności przychodzimy do wniosku, że obrzękłość powyżej opisana jest napływowym ropniem (*abscessus per congestionem*), biorącym swe źródło w próchnieniu kości stawu biodrowego (*caries articuli coxae*); uwzględniając zaś początek i rozwój choroby sądzimy, że nie omylimy się twierdząc, że próchnienie to stawu jest koniecznym następstwem przewlekłego zapalenia jego (*coxitis chronica*) rozwiniętego w skutku uderzenia przy upadnięciu (*trauma*).

O ile w danym wypadku łatwem jest rozpoznanie choroby co do siedliska, istoty i okresu, o tyle trudnem jest rokowanie i leczenie. Zadaliśmy sobie pytanie jakie powinno być postępowanie lekarza - chirurga w obec próchnienia stawu biodrowego, otworzenia torebki stawowej i zebranego ropnia napływowego? Czy mamy zostawić chorobę naturalnemu jój przebiegowi i w oczach rodziców chorój orzec ją za „*noli me tangere*”? lub téż interwenjować czynnie i w jaki sposób? Każdy lekarz wie, że odpowiedź na to pytanie jest nader trudna, i różną jest nie tylko co do pojedynczej osobistości lekarza, ale nawet co do naukowych przekonań lekarzy oddzielnych krajów. Jedni radzą ograniczyć się leczeniem ogólnem i pożywną dyetą podtrzymywać siły chorego, namiejsce zaś chore albo żadnych nie używają środków, albo stosują leki mające, zdaniem ich, ułatwiać wessanie ropy (*ferrum candens, Tra jodi, moxa, k ili causticum, vesicatoria*), i ograniczać zapalenie, i w cierpliwem wyczekiwaniu upatrują jedyny punkt wyjścia z przykrego położenia tak dla chorego jak i lekarza. Jakież ztąd następstwo? Dopóki źródło powstawania ropy, to jest próchniejące stawowe kości istnieją, ilość jój (ropy) w ropniu napływowym powiększa się, okrążające tkanki ulegając naciskowi tego nowotworu patologicznego rozciągają się, ulegają drażnieniu i rozpadowi; ropa w tych miejscach, gdzie najmniejszy spotyka opór, tworzy zatoki (*sinus*), niszczy skórę i w końcu doprowadza ją do pęknięcia; ropa wtedy wylewa się w części na zewnątrz, zebrana zaś w zatokach ulega rozkładowi (*sepsis, putrescentia*), gorączka trawiąca wzmaga się i chory przy objawach posocznicy (*ichorrhoeia*) w prędkim czasie umiera. Ropa zatem tworząca ropnie napływowe zamiast zostać wessaną sprowadza zniszczenie tkanek i śmierć. Zaznaczmy przytem, że warunkiem koniecznym wessania ropy jest, aby ona przeszła w stłuszczenie (*degeneratio adiposa*), żeby czynność naczyń limfatycznych i żył była podniesioną, i żeby źródło ciągłego jój powstawania było zupełnie zniesione: nic nas jednak nie upoważnia do twierdzenia, żeby środki powyżej wyliczone wymaganiom tym zadosyć uczynić miały. Prawda, znane nam są wypadki, gdzie przy próchnieniu stawu biodrowego następuje przedziurawienie samowolne torebki stawowej i skóry, główka i szyjka kości udowej ulegają obok próchnienia zgorzelinie (*necrosis*), martwak wydziela się na zewnątrz (*eliminatio spontanea sequestri*), rozwija się sztywność stawu (*ankylosis*) i chory wyzdrowia; są to jednak wyjątki tak rzadkie, że na to szczęśliwe zejście (*exitus*) choroby wyliczać nie możemy. Z tego cośmy powiedzieli jasny wynika wniosek, że lekarz naukowy i sumienny nie może zostać obojętnym widzem przewlekłego cierpienia i pewnej śmierci chorego w obec próchnienia stawu biodrowego. Jakież więc jego zadanie? Interwencya czynna! I tutaj ma on dwie drogi: jedna tradycyjonalna polega na wypuszczeniu ropy stopniowo albo doraźnie; druga zaś ma na celu usunięcie źródła ropy przez zupełne wydalenie zepsutych kości, to ostatnie postępowanie jest nabytkiem naszych czasów. Wypuszczenie ropy stopniowe odbywa się za pomocą trójgrańca Guerin'a lub Flourens'a przez podskórne przekłucie bez dostępu powietrza do ogniska ropnego (*punctio subcutanea*); wyznajemy jednakże otwarcie, że operacya ta dobrych rezultatów nie daje: ropa bowiem pomimo jój wypuszczenia znowu się zbiera, a często powtarzane klócia wywołują w końcu zapalenie

skóry i tkanki łącznej podskórnej; wypuszczaniem tém ropy nie leczymy zresztą choroby, a tylko jeden z jój objawów. Wypróżnienie ropnia doraźne skuteczniamy za pomocą podłużnego cięcia, celem otwarcia dostatecznej drogi dla swobodnego i ciągłego odpływu ropy na zewnątrz; śmielszy to rękoczyn (*operatio*), nie usuwa jednak i on źródła złego; jemu ten sam zrobić musimy zarzut, co i otwieraniu ropni przez zastosowanie środków żrących, mianowicie, że po jego użyciu gorączka nieraz przybiera groźniejsze rozmiary, występują objawy posocznicy i cała sprawa chorobowa kończy się śmiercią. Widzimy, że środki, któremi władamy przy leczeniu próchnienia w stawie biodrowym są niedostateczne i wszyscy lekarze czuli naglącą potrzebę reformy w terapii chorób tego stawu. Zaproponował ją w r. 1769 *Charles White*, angielski chirurg z Manchester wprowadzając racjonalną zasadę nie leczyć objaw choroby, jak to dotąd czyniono, ale samą chorobę; ponieważ siedliskiem choroby jest główka i szyjka kości udowej oraz panewka (*acetabulum*), zalecał więc usunąć źródło choroby przez wypitowanie tych części i sam pierwszą operację wykonał na trupie. Ale dla wszystkich ówczesnych lekarzy rdzenny ten środek zdawał się być gorszym od samej choroby i wciągu pół wieku nikt nie ośmielił się zastosować go na żywym człowieku. Jedni dowodzili, że operacja jest nader trudną i niewykonalną, drudzy, że skutki jój są zupełnie wątpliwe; potrzeba było doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń u łoża chorego; wkrótce jedno i drugie przybyło na pomoc. W r. 1786 *Vermandois*, a zanim *Chaussier*, *Rossii* w. i. wykonali tę operację na psach, dając dowody, że operacja jest wykonalną i że skutek jój na zwierzętach jest najlepszy, bo rana po kilku tygodniach się goiła i kończyła, chociaż nieco skrócona, doskonale posługiwała do odbywania zwykłych czynności. Wkrótce też wynaleziono opisy wypadków na ludziach, u których przy *coxarthrocace* główka kości udowej spróchniała samodzielnie się wydzielila lub przez przetokę wyciągniętą została, w następstwie czego kończyła chora zdolną była do użytku. Okoliczności te, zdawało się, powinny być zachęcić, a przynajmniej nie odstraszać lekarzy od wykonania téj operacji na cierpiących z celem czysto leczniczym, i to tém bardziej, że przy w używaniu będących sposobach leczenia wszyscy prawie chorzy umierali, nikt jednak do r. 1821 nie ośmielił się wykonać téj operacji na żywym człowieku. W tym r. *Anthony White*, angielski chirurg, wykonał ją po raz pierwszy w londyńskim szpitalu *Westminster* na ośmioletnim chłopczyku z pomyślnym skutkiem. W r. 1832 operacja ta wprowadzona do Belgii przez *Sutina*, do Niemiec w r. 1834 przez *Textora*, we Francji wykonał ją po raz pierwszy *L. Ph. Roux* w 1847 r. Wrażenie jakie sprawiła ta operacja w każdym kraju było inne: Anglia, Ameryka i Niemcy przyznali jój prawo obywatelstwa i do koniecznych operacyj ją zaliczyli, tymczasem Francja, zapominając o naukowém swém posłannictwie „*marcher à la tête des nations*“, zupełnie ją odrzuciła uznając ją za operacją niepewną i niebezpieczną. W obec tak rażących sprzeczności w zdaniach co do znaczenia praktycznego tak ważnego środka, uważaliśmy że najlepszym sposobem do ocenienia jego wartości będą statystyczne wykazy skutków téj operacji. Materiałów pod tym względem nie brakowało: już w r. 1855 *L. A. Sayre* zebrał 30 wypadków téj operacji,

Heyfelder w r. 1858 wykazał ich 55, a Fock w r. 1860 naliczył 90, z których 36 umarło, 40 wyzdrowiało, a 14 zostało jeszcze w kuracji. Wynik ten w porównaniu z rezultatami dawnych sposobów leczenia uważać winniśmy za nader świetny, łatwą przeto będzie rzeczą do zrozumienia, że w naszym wypadku ani na chwilę nie wahał się uciec do wypitowania szyjki kości udowej uznając środek ten za jedyny tak dla uratowania życia, jak i zachowania kończyny młodej naszej chorób. Do tej operacji zachęcały nas jeszcze piękne wypadki rezekcji na różnych stawach dokonane, które przed kilku miesiącami sami obserwowaliśmy w londyńskich szpitalach. Rodzice dziecka propozycję operacji ze skwapliwością przyjęli, którą w d. 10 stycznia 1860 r. wykonaliśmy.

(Dokończenie nastąpi).

O użyciu potażu gryzącego w Otiatrii.

Skreślił Br. Taczanowski, lekarz wolnopraktykujący w Warszawie.

(Dokończenie).

Do badania używa się zegarka i kamertonu; przy próbach z zegarkiem oznacza się najpierw odległość w jakiej go chory słyszy, następnie dopiero przykłada się go do kości skroniowej, do wyrostka sutkowego; próby jednak z zegarkiem przedstawiają wiele trudności, gdyż prawie dla każdego chorego trzeba mieć zegarek innej siły. Badając ucho kamertonem wprawia go się najpierw w drganie, i trzyma w odległości 3 do 4 cali od ucha, powtarza się to samo przed drugim uchem; zwykle przy uchu zdrowym słychać ton jaśniej, przy chorób zaś ton wydaje się przytępionym; następnie przykłada się kamerton do ciemienia i pyta chorego na które ucho lepiej słyszy.

Przy jednostronném zatkaniu przewodu słuchowego woszczkiem, bez komplikacji ze zmianami w głębszych częściach ucha, występują te same objawy, jakieśmy zauważali u ludzi prawidłowo słyszających, po zatkaniu palcem przewodu słuchowego. Drgający kamerton przyłożony do ciemienia, słychać daleko głośniej w uchu zatkaném jak w zdrowém, po wydaleniu zaś woszczka, różnica tonu znika. Przy zatkaniu trąbki Eustachiusza ponawia się ten sam objaw, chory słyszy kamerton trzymany przy uchu zajętem bardzo słabo, przy ciemieniu zaś słyszy go daleko silniej na ucho chore jak na zdrowe;—przywróciwszy wolną komunikację między jamą gardzielową a bębenkową, przekonamy się, że następuje znaczne polepszenie słuchu, za to kamerton przyłożony do ciemienia słychać jednakowo w obudwu uszach.

Objawy przy zatkaniu trąbki Eustachiusza możemy objaśnić na zasadzie wyżej wspomnianych doświadczeń fizyologicznych. Po zatkaniu trąbki powietrze w jamie bębenkowej ulega wessaniu, powietrze zaś zewnętrzne wywiera nacisk na błonę bębenkową, a za jej pośrednictwem i na kostki słuchowe. Przyrząd do przeprowadzenia fal dźwięcznych tylko z trudnością może być wprawiony w drganie, dla tego kamerton trzymany przy muszli słychać bardzo słabo. Przyłożony zaś do kości głowy, chory słyszeć będzie ton daleko silniej, bo jakkolwiek kosteczki słuchowe będą drgać słabo, za to fale dźwięczne przeprowadzane przez

kości głowy do błędnika, znajdują przeszkody przy odpływaniu, z powodu silnego napięcia kosteczek słuchowych i błony bębenkowej.

Przy ostrym katarze w jamie bębenkowej, chory dla tych samych przyczyn słyszy drgający kamerton przyłożony do ciemienia, daleko silniej na ucho chore jak na zdrowe. Niekiedy percepcya nawet silnych dźwięków jest czasowo zniesiona, co pochodzić może, albo od silnego przekrwienia błędnika, lub też od nacisku jaki wywierają produkta zapalenia na okienka okrągłe i owalne.

I przy ropiastym katarze w jamie bębenkowej (*Otitis interna purulenta*) możemy stwierdzić wyżej podane zasady. I tu fale dźwięczne dochodzić będą do błędnika w mniejszej ilości z powodu obrzmienia i utrudnienia ruchów kosteczek słuchowych, przez nagromadzoną w jamie ropę; pomimo tego jednak kamerton przyłożony do ciemienia słyhać będzie głośniej na ucho chore jak na zdrowe, gdyż te same przyczyny przeszkadzają zarazem odpływowi fal dźwięcznych z błędnika.

Metoda badania kamertonem oddaje nam największe usługi, przy rozpoznaniu zmian przez katar chroniczny w jamie bębenkowej spowodowanych.

Przy wyżej wspomnianych chorobach przyrządu słuchowego, mamy objawy tak wyraźne, że i bez próby kamertonem rozpoznanie choroby nie przedstawia trudności; tu zaś tylko tym sposobem możemy sobie utworzyć zdanie o stanie strzemięcia i okienka owalnego. Objawy bowiem na jakie dotychczas autorowie główny kładli nacisk przy rozpoznaniu sztywności strzemięcia, t. j. powolny rozwój choroby, niezmienny stan trąbki Eustachiusza, zadymienie błony bębenkowej, suchość w przewodzie słuchowym zewnętrznym,—nie pozwalają nam robić pewnych wniosków o stanie strzemięcia i okienka owalnego. Opierając się na zasadzie, że kamerton przyłożony do ciemienia, słyhać głośniej w tém uchu gdzie więcej znajduje się przeszkód, wolny odpływ fal dźwięcznych tamujących, musimy przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej wnioskować, że w tém uchu na które głośniej słyhać drgający kamerton przyłożony do kości, nastąpiły już zmiany, ruchy kostek słuchowych utrudniające. Zwrócić tylko musimy uwagę, że przy długotrwałym katarze w jamie, przyrząd końcowy nerwu słuchowego ulega zmianom patologicznym, wpływającym na przytępienie wrażliwości nerwu.

Do badania obiektywnego fal dźwięcznych odpływających używa się trójramienna rurka kauczukowa; przyłożywszy drgający kamerton do ciemienia chorego, uważamy na fale odpływające przez obydwie ramiona rurki do ucha obserwatora, a naciskając raz jedno, drugi raz drugie ramię rurki, możemy oznaczyć różnicę tonu w obydwu uszach. W ogóle jednak, pomimo że znaki obiektywne daleko są dla lekarza pożądańsze jak subiektywne, badanie obiektywne nie daje dotychczas stałych rezultatów, dopiero w przyszłości metoda ta znaleźć może większe zastosowanie, skoro uda się oddalić przeszkody, tamujące dokładne zbadanie stosunków napięcia w przyrządzie przeprowadzającym dźwięki i wynaleźć środki równego i dokładnego umieszczenia końców rurki kauczukowej w obydwu uszach.

Działanie lecznicze przy chronicznym katarze w jamie bębenkowej, polega głównie na wstrzykiwaniu przez kateter do jamy bębenkowej cieczy lekko draż-

niących, jako to: salmiak jodku potassu, soli kuchennój; w wypadkach świeżych postępowanie to zupełnie wystarcza, w trudniejszych zaś, ze znaczném zgrubieniem i sztywnością kostek słuchowych połączonych, otrzymane rezultaty były tak nieznaczne, że wypadało poszukać środków silniejszych. Pierwszą myśl podało mi mikrochemiczne zachowanie się tkanki łącznej pod wpływem alkaliów gryzących, i rzeczywiście grube nawet warstwy tkanki łącznej, pod wpływem potażu gryzącego pęcznieją, a po dodaniu wody rozpuszczają się. Środek więc ten już a priori zdawałby się być odpowiedni, należy tylko używać roztworu stósownie rozcieńczonego, gdyż czysty Liqu. kali caustici niezawodnieby zniszczył błonę słuzową trąbki Eustachiusza, a w jamie bębenkowej sprowadziłby silne zapalenie, które trudnoby było ograniczyć. Już i dawniejsi pisarze zalecali użycie potażu gryzącego przy głuchocie; i tak P a p p e n h a i m w 1844 roku wtryskiwał przez kateter lekkiego roztworu potażu (1 na 400), później M a r c d' E s p i n e używał tego samego środka ale w daleko mocniejszym stosunku (1 na 30); ponieważ jednak nie było stałych wskazań, to téż wkrótce środek ten wyszedł z praktycznego użycia, i dopiero znów w ostatnich czasach przez S c h w a r t z e' g o z Halli zalecony został. Przy sztywności kostek słuchowych potaż prawdziwe oddaje usługi; część tkanki łącznej rozpuszcza się, reszta staje się miększą i podatniejszą na ciśnienie wywarte przez powietrze wpędzone przez trąbkę Eustachiusza, które wypychając błonę bębenkową ku zewnątrz, przedłuża zarazem łańcuch kostek słuchowych, przyczynia się do oswobodzenia podstawy strzemięcia od otaczającej go tkanki łącznej. W podobnych stanach trzeba sobie zadać pracę i nauczyć chorego doświadczenia V a l s a l w y; codzienne wpędzanie powietrza do jamy bębenkowej przeciwdziała najskuteczniej kurczeniu się tkanki łącznej u podstawy strzemięcia.

Do oznaczenia stopnia głuchoty, oprócz zwykłych prób za pomocą zegarka i mowy, używałem metody podanej w ostatnich czasach przez Dra C o n t a w Wajmarze. — Oznaczenie stopnia zaburzenia funkcyi za pomocą mowy, nie można liczyć do metod ścisłych: raz się mówi głośniej, drugi raz ciszej; przytém chory ma sposobność wyczytania z ruchu ust tego co się mówi lub dopełniania na wpół zrozumiałych wyrażień. Próby z zegarkiem przedstawiają również niedogodności: przy posuniętej głuchocie chory nie słyszy zupełnie zegarka, zdarzają się znów wypadki, gdzie na szmer zegarka słuch jest stosunkowo ostry, czułość zaś na mowę jest bardziej przytępioną; dobrze więc posiadać metodę pośrednią dla porównania i kontroli.

Metoda C o n t y polega na następujących zasadach: bierze się zegarek z sekundnikiem, otoskop i kamerton, jeden koniec otoskopu umieszcza się w przewodzie słuchowym chorego, drugi zaś koniec lekarz trzyma w lewej ręce razem z zegarkiem. Prawą ręką wprawia się w drganie kamerton i wkłada koniec jego w otoskop notując jednocześnie sekundę w chwili, kiedy chory przestaje słyszeć ton, odczytuje się znów sekundę, a czas przez jaki chory słyszał ton kamertonu oznacza stopień głuchoty. Ucho zdrowe słyszy ton wyraźnie około 35 sekund, przy 20 sekundach chory słyszy jeszcze wyraźnie zwykłą mowę; przy 15 sekundach trzeba już głośno mówić, aby być zrozumianym, przy 10 sekundach i mniej

chory słyszy tylko głos wzmocniony lub tylko przy pomocy różka. Prostota w zastosowaniu zaleca tę metodę, używamy jej więc dla sprawdzenia rezultatów otrzymanych przy próbach z zegarkiem i głosem.

1) Pan J. buchalter około lat 20 liczący, zasiągnął mój rady w końcu miesiąca marca r. b. na chorobę słuchu już od lat kilku trwającą; choroba zaczęła się bez bólu, szmerów, ropienia, stopniowe tylko osłabienie słuchu zwróciło jego uwagę i skłoniło przed 4 laty do podróży do Berlina, gdzie był leczony przez Dra E r h a r d t h a. Leczenie polegało na wprowadzeniu do jamy bębenkowej pary wodnej, i rzeczywiście po dwu-miesięcznej kuracji nastąpiła znaczna ulga; po jakimś czasie znów stan dawny powrócił, a chory udał się do Berlina i poddał się tejże samej kuracji; nadto Dr. E r h a r d t pędzłował przewód słuchowy zewnętrzny roztworem saletranu srebra. Nie doznawszy ulgi, radził się jakiegoś lekarza w Poznaniu, a zapisane przez niego krople (Plumbum aceticum i Gliceryna) wpuszcza w ucho bezskutecznie od lat dwóch.

Przy badaniu chorego okazało się wysokie upośledzenie funkcyi słuchu, nie słyszy zupełnie szmeru dość silnego zegarka, nawet po przyłożeniu go do muszli ucha, a potem do kości skroniowej; głos i to znacznie wzmocniony, słyszy na ucho prawe na stopę, na lewe zaś mniej więcej na $1\frac{1}{2}$ stopy; ton kamertonu słyszy za pośrednictwem otoskopu (metoda C o n t y) na ucho prawe tylko, przez 5 sekund, zaś na lewe przez 7 sekund.

Przy badaniu wziernikiem znalazłem w obu przewodach słuchowych blizny od użycia saletranu srebra, na obu stronach błona bębenkowa rysuje się wyraźnie, trzonek młotka i wyrostek krótki widoczne, naczynia krwionośne nie są nastrzyknięte, kolor błony bębenkowej ołowiano szary, co mianowicie na obwodzie uderza; granice ostrosłupa świetlnego niewyraźne, zrośnięć zaś nawet przy pomocy przyrządu Sigle'go dopatrzeć nie można.

Przy wpędzaniu powietrza do jamy bębenkowej za pomocą metody Politzer'a, strumień powietrza wpływa silnie, a przysłuchiwanie nie wykazuje rżżeń, lecz szmer prawidłowy (Anschlaggeräsch Trölttscha), (bruit de pluie Delean). Drgający kamerton trzymany przed muszlą słyszy ale niewyraźnie, po przyłożeniu go zaś do ciemienia słyszy go na obydwie uszy silnie, o czém sam bez pytania zawiadamia. Błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym, ogólny stan zdrowia dobry.

Opierając się na powolnym przebiegu choroby, na zmianach na błonie bębenkowej, na niezmienionym stanie trąbki Eustachiusza, a w szczególności na rezultacie próby kamertonem, postawiliśmy diagnozę na chroniczny katar w jamie bębenkowej ze sztywnością kosteczek a prawdopodobnie i z cierpieniem przyrządu końcowego nerwu słuchowego.

Terapia zasadzała się na codzienném wstrzykiwaniu przez kateter roztworu potażu gryzącego (Rp. kali caustici gr. IV Aq. destillate unc. 1). Podczas leczenia chory nie skarży się na ból a przy codzienném badaniu wziernikiem nie można odkryć na błonie bębenkowej śladu zapalenia; dopiero po dwutygodniowém leczeniu nastąpiło polepszenie, które przy pomocy metody Conty sprawdzić było można; w dalszym ciągu następowała zwolna poprawa, tak że po 4 tygodniowej kuracji chory był w następnym stanie:

Głos słyszy na ucho prawe wyraźnie w odległości stóp ośmiu, dzwięczenie kamertonu przez otoskop słyszy na to samo ucho przez 12 sekund; na ucho lewe rezultat był mniej pomyślny, głos słyszy tylko w odległości stóp pięciu, a kamerton przez sekund 9. — Szmeru zegarka ani przed, ani podczas kuracyi nie słyszał.

2) Pan *D.* urzędnik około 60 lat liczący, zażądał méj pomocy w kwietniu r. b; pierwszy początek swéj choroby datuje od kampanii w 1831 r., a więc od lat 35. Ropa nigdy mu z uszów nie odchodziła, nie skarżył się téż na ból; główne objawy zasadały się na powolném przytępieniu słuchu, oraz szmerach w obu uszach. — Zegarka nie słyszy, ani przy muszli ani przy kości skroniowéj; głos i to bardzo wzmocniony słyszy na ucho prawe w odległości stopy, na lewe zaś trzeba głośno krzyczeć w samo ucho, aby być zrozumianym; dźwięk kamertonu słyszy podług metody *C o n t y* na ucho prawe przez sekund 6, na lewe zaś przez 5. Pomocy lekarskiej dotychczas nie szukał, ani téż żadnych środków lekarskich nie używał.

Przy badaniu wziernikiem znaleźliśmy po obu stronach przewody słuchowe obszerne i suche, błona bębenkowa strony prawéj zgrubiała, szara, bez połysku; ostrosłup świetlny ograniczony do małego świecącego punktu przy samym pępie, rękojeść młotka i wyrostek krótki widzialne; — ze strony lewéj błona bębenkowa także zgrubiała, szara, trzonek młotka widać bardzo niewyraźnie, mianowicie w części dolnéj; połysk zmniejszony, granice ostrosłupa świetlnego niewyraźne; w części tylnej za trzonkiem młotka znajduje się miejsce zagłębione, przy użyciu przyrządu *S i e g l e ' g o* ku zewnątrz nieporuszające się. Obiedwie trąbki wolne; strumień powietrza przechodzi z wszelką łatwością, dźwięk kamertonu przyłożonego do ciemienia słyszy daleko głośniejjak przy muszli, błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym: ogólny stan zdrowia dobry.

I w tym wypadku byliśmy upoważnieni do postawienia diagnozy, na katar chroniczny w jamie bębenkowéj ze sztywnością kosteczek słuchowych; ze strony lewéj musiało się znajdować zrośnięcie, którego naturę trudno było rozjaśnić. — Jakkolwiek zwracając uwagę na trzydziesto-letni przebieg choroby, nie mogliśmy wątpić, że i przyrząd końcowy nerwu słuchowego uległ ważnym zmianom, jednakowoż na usilne prośby chorego zaczęliśmy kuracją, wstrzykując codziennie do jamy bębenkowéj roczyn potażu gryzącego téj saméj siły co i w wypadku poprzednim. Pierwsze polepszenie zauważyliśmy dopiero dziesiątego dnia, a po 4 tygodniach chory zakończył leczenie ze znaczną poprawą, mianowicie téż na ucho prawe. Przy próbach stan był następny: na ucho prawe rozróżnia z łatwością głos w odległości 5 do 6 stóp, dźwięk zaś kamertonu podług metody *C o n t y* słyszy przez 11 sekund; na ucho lewe, polepszenie jest daleko mniejsze; pojedyncze liczby wymówione zwykłym głosem w odległości 3 stóp powtarza bez trudności, dźwięk zaś kamertonu słyszy przez 8 sekund.

3) Panna *Z.* przybyła do mnie z prowincyi w maju r. b., początek choroby datuje się od lat kilku; chora zwraca uwagę, że przytępienie słuchu nastąpiło od zimnych kąpieli rzecznych, które codziennie używała; cierpienie rozwijało się powoli, bez bólu; główne objawy zależały na przytępieniu słuchu i nieznośnym szumie w uszach.

Badając stopień zaburzeń funkcji słuchu, znaleźliśmy, że zegarek słyszy na ucho prawe w odległości cala, na lewe zaś tylko wtenczas, skoro go się przyłoży do muszli,— pojedyncze liczby zwykłym wymówione głosem rozróżnia na ucho prawe na dwie stopy: na ucho zaś lewe tylko na stopę, dźwięk kamertonu metodą *Conty* słyszy po stronie prawej przez 8 sekund, zaś po lewej przez 5 sekund.

Przy badaniu wziernikiem nie znaleźliśmy w obu przewodach słuchowych nic godnego uwagi. po obu stronach błony bębenkowe nienaruszone, koloru bladoszarawego, gdzieniegdzie posiane ścięgniastymi plamami; trzonek młotka i wyrostek krótki widzialne, ostrosłup świetlny wyraźny, przez trąbki *Eustachiusza* powietrze przechodzi pełnym strumieniem: kamerton przyłożony do ciemienia słyszy daleko głośniej jak przy muszli. Błona śluzowa gardzieli w stanie prawidłowym; co do ogólnego stanu zdrowia blednica jest w dosyć wysokim stopniu.

Ponieważ szum w uszach, przynajmniej w części zależał od ogólnej niedokrwistości, zaleciliśmy wody żelazne, do jamy zaś bębenkowej codziennie wstrzykiwaliśmy przez kateter roztwór potażu gryzącego; pierwsze polepszenie nastąpiło 6 dnia a po 4 tygodniach chora przerwała kurację w stanie następnym: na ucho prawe słyszy zegarek na 18 cali, dźwięk kamertonu metodą *Conty* przez 16 sekund, głos zwykły w odległości stóp 10; na ucho lewe zegarek na 12 cali, dźwięk kamertonu przez 13 sekund, głos zaś na stóp 8.

We wszystkich wyżej przytoczonych wypadkach głuchota do wysokiego była rozwinięta stopnia, udało się jednak osiągnąć znaczne polepszenie; nie wątpię, że po jakimś czasie stan słuchu znów się pogorszy: będziemy jednak w możności stan chorych poprawić. Nie mogąc wyleczyć radykalnie, trzeba poprzestać na środkach czasowo działających, gdyż utrzymanie choćby nadwątłego słuchu jest dla jednostki rzeczą bardzo ważną, na utrzymanie stanowiska socjalnego znakomity wpływ wywierająca.

Sprawozdanie ze szpitala Śtój Trójcy w Piotrkowie za rok 1865.

przez Dr. Wygrzywalskiego.

(Dokończenie).

Choroby weneryczne.

Znaczna ilość chorych wenerycznych dostarczyła nam materiału do niektórych studyów, któreśmy w poprzednim roku ze szczepieniem rozpoczęli, nie w myśli bezużytecznego eksperymentowania, ale aby mieć w tém pomocniczy środek do rozpoznania, wskazówkę do leczenia i do rokowania. Wspomnieć należy, iż szczepienia miały miejsce na jednym i tymże samym chorym, nigdy zaś z jednego na drugiego, gdyż to nie dałoby się ze względów humanitarnych żadną miarą usprawiedliwić. Do jakich doszliśmy objaśnień, czy to pozytywnych, czy negatywnych, pokrótce skreślimy ostatnie wypadkowe, o ile one na szpitalne leczenie wpływ mieć mogą.

Chorych z owrzodzeniami miejscowemi było 51. — Chorych na przymiot, właściwą syfilis było 89. — Reszta w liczbie 65 przypada na nieżyty, mniej więcej zaraźliwe.

Ile kwestya rozgatunkowania owrzodzeń zwanych wenerycznemi jest ważną, nie potrzebuje nadmienienia.

Ile kwestya jednoistości lub dwoistości jadu przymiotowego jest jeszcze wątpliwą, do tego i z naszych szpitalnych doświadczeń możemy parę przykładów przytoczyć. Pomijając rzecz czysto naukową wskażemy, jak mało pewności dyagnostycznej mają szczepienia a jak niewiele prognostycznej, i że na postępowanie w leczeniu zaledwie cośkolwiek pływają.

Szczepień zrobiliśmy 65 (z tych pięć było za szpitalem, dla wykazania związku i dla oznaczenia jakości choroby z choremi szpitalnemi). Rezultata przez nas osiągnięte w streszczeniu podajemy.

1. Wyznać z ubolewaniem należy, iż szczepienie nie rozwiązuje ważnej dla leczenia kwestyi dyagnostycznej, nie pozwala ono rozpoznać (samo przez się) obnażenia z naskórka (excoriatio) od owrzodzenia syfilitycznego, gdyż w jednym i drugim razie -szczepienie nie udaje się. A cóż może być ważniejszego i pożądanszego jak rozróżnienie tych dwóch tak od siebie daleko stojących owrzodzeń? Stwardnienie syfilityczne i obrzękłość gruczołów odróżniają owrzodzenie niewinne od przymiotowych.

Że to nie zawsze tak bywa, wskazało nam doświadczenie: chora jedna miała ranę czystą na częściach rodnych, bez twardości i obrzękłych gruczołów, rezultat szczepienia był żaden.

Od téj kobiety zaraziło się dwóch mężczyzn równocześnie; u tych obydwóch szczepienie udało się, ranki w obydwóch wypadkach były miękkie; u jednego skończyła się choroba ropieniem gruczołu pachwinowego, u drugiego rozwinęła się w całej świetności syfilis skóry i gardła.

Badana powtórnie kilka razy ta kobieta okazała się zdrową, dopiero po 4ch miesiącach później dostaliśmy ją z rozwiniętą syfilis. — Ten jeden wypadek, któryśmy z całą ścisłością badali, stawia w wątpliwość teorią dualizmu i dyagnostykę ze szczepieniem.

2. Szczepienie nie zawsze daje rozróżnienie między szankrem prostym i syfilitycznym. Kilka razy szczepiliśmy ropę z lepieżu (plaques muqueses) przy zdeklarowanej ogólnej syfilis, a szczepienie się udawało.

Znać, że w tych razach znajdowały się owrzodzenia obydwóch rodzajów obok siebie, to jest: szankrowe i syfilityczne; lecz właśnie przez to szczepienie dyagnostyczne nie ma wielkiej wartości, o czém nas i powyższe doświadczenie przekonywa. Obok tak niezadawalających dyagnostykę rezultatów ze szczepienia, rządaliśmy się tylko wprawą, i wnioskami z grupy przypadłości wziętych. W prostych szankrowych owrzodzeniach ograniczaliśmy się na miejscowém leczeniu, przez zwykłe okłady, rzadziej przez wypalanie pastą z chlorku cynku lub saletranem srebra.

Co do leczenia przymiotu (syfilis) stawialiśmy sobie pytanie: kiedy go leczyć? i jak długo leczyć?

Ten pozorny paradoks nie jest nim wcale, jeżeli zechcemy ze stanowiska szpitalnego odpowiedzieć na te pytania.

Chory np. przybywa z ranką twardą na częściach płciowych i gruczoły są nieco obrzękłe a w parę dni ranka się podgoi. Chory uważa się za zdrowego; należy go jednak poddać merkuryalnej, parę miesięcy trwającej kuracyi. Gdy chory na to nie zezwala (przez niewiedomość), przymusić go nie można, bo nie można mu dać téj pewności, że leczeniem potrafiemy uprzędzić dalsze formy przymiotu.

Mamy trzy historye chorób, gdzie chorzy z lekkimi formami wysypek skórnych w chwili nasycenia organizmu merkuryuszem dostali cięższych form; tak plamy przeszły dwa razy w grudkowy wyprysk (*E. nodulosum*), a raz powstały plamy, których przed leczeniem nie było.

Niema przeto profilaktycznego leczenia merkuryuszem, można się więc zapytać: czy należy samą twardość, samą grudkę syfilityczną całym przyborem leczyć, czy też czekać aż się dalsze formy przymiotu okażą?

Następne pytanie: jak długo leczyć syfilis? ze stanowiska naukowego jest odpowiadaniem dawno, w szpitalnej praktyce nie tak łatwo daje się nań odpowiedź.

Jeżeli chorzy ze stwardnieniem miejscowém, (w braku innych przypadłości) chcą uciekać ze szpitala, skoro tylko już ran nie widzą, toż samo czynią chorzy, którzy z ciężkich form, to jest: wysypek, lepiezu, owrzodzeń w gardle, są wyleczeni. U tych pozostają mimo to, jakoby nic nie znaczące przypadłości: stwardnienia graczolów.

Wiadomém jest, iż stwardnienia syfilityczne ledwie po trzech miesiącach leczenia ustępują. Jakim sposobem znów utrzymać w szpitalu chorych, którzy mają się za wyleczonych, kiedy oni powinni jeszcze parę miesięcy w nim pozostać.

Wreszcie, szpital przepełni się chorymi wenerycznymi, jeżeli będziemy się zgodnie z nauką na choroby zapatrywać.

W tém to trudném położeniu ze względu administracyjnego znajduje się nasz szpital—i Lekarz stoi między Scyllą naukową i Charybdą administracyjną. Do tego jeszcze dodać należy niedostateczną profilaktykę, bacność na szerzenie się choroby, gorszej od widma cholery lub dżumy!... o czém później ...

Leczenie wybitnych form przymiotu niczem od zwykłego nie było różném; szczególniejszą wartość kładliśmy na wcierania maści merkuryalnej; bo téj metodzie poddawali się nawet lekkomyślni chorzy, którzy wewnątrz przepisane lekarstwa systematycznie za okno wylewają.

Tym tylko sposobem mogliśmy leczyć ciężkie nawet formy w krótkim stosunkowo czasie. Liczba wcierań nie była ścisłym szematem objęta, ale zmniejszała się lub zwiększała; stósownie do stanu chorego aż do wyleczenia wszystkich widzialnych i namacalnych przypadłości.

Środki ostrożności przeciw szerzeniu się zarazy syfilitycznej są w naszym mieście bardzo niedostateczne. Utworzony przed dwoma laty komitet, po dwóch posiedzeniach czysto teoretycznych przestał być czynnym. Rewizya kobiet publicznych odbywa się wprawdzie dwa razy na tydzień, atoli jest to tylko pozorną kontrolą, gdyż z liczby zapisanych na liście nierządnych kobiet, może się tyle do

rewizyi nie stawić, ilom się to podoba. Jeżeli która ze stawiających się zostanie do szpitala zabrana, to tylko przypadkowo, to jest, że nie wiedziała że jest zarażoną; w przeciwnym razie mogłaby się do rewizyi nie stawić (jak się zwykle praktykuje); co więcej, na liście policyjnej jest prawie sama uboższa klasa nierządnic — zamożniejsze starają się od tego uchylić; a zaraza weneryczna nie koniecznie ma się trzymać kobiet listą objętych, owszem dostajemy do szpitala z prywatnej ręki najcięższe formy choroby. Przykrą a jednak konieczną jest Lekarzowi przemawiać za systemizowaną prostytutucją, domy takie bowiem w interesie własnym starają się mieć indywidua zdrowe, i ulegając gremialnie kontroli, przedstawiają większą rękojmię bezpieczeństwa.

Dziś, rozproszone po wszystkich zakątkach a często nawet na widowni stojąc bez żadnej ścisłej kontroli, raz przez niewiadomość i lekkomyślność, drugi raz przez zaniedbanie się lub obawę, rozsiewają te kobiety zarazę, przeciw której należałoby silniejsze jak dotąd stawiać zapory.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O leczeniu węglika (Anthrax) za pomocą cięć podskórnych.

W. Orłowski.

Leczenie węglika za pomocą cięć głębokich, krzyżowych, od czasów Dupuytren'a przyjętém było niemal przez wszystkich; następnie jednak, z powodu gwałtownego podczas operacji bólu, pierwszy N e l a t o n, a za nim inni, szczególnie przy leczeniu węglików mniejszych rozmiarów, byli bardziej za metodą wyczekującą. Przed dwoma jeszcze laty A. Guerin przedstawił akademii lekarskiej rozprawę „o leczeniu węglika za pomocą cięć podskórnych“. Autor rozprawy téj stanowczo jest przekonania, iż ograniczyć postęp choroby, przecięcia li tylko są w możności, że te wskazane są w początku choroby również jak i w dalszym jój przebiegu; w tym celu podaje nowy sposób cięć podskórnych. Przez skórę węglika w miejscu najbardziej wystającym nad powierzchnię, to jest w miejscu, gdzie ta najprzód ulega zgorzeli, wprowadzamy bistouri o cienkiem ostrzu, następnie, w kierunku od powierzchni skóry wewnętrznej, to jest w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz, przecinamy całą warstwę części miękkich processem chorobliwym zajęte; tym sposobem wykonywamy cztery cięcia w formie krzyża: całość skóry, na całej przestrzeni, z wyjątkiem nieznacznej rany, przez którą bistouri był wprowadzony, pozostaje nienaruszoną. Dalej A. Guerin przedstawia wyższość sposobu tego, od używanych dotąd cięć krzyżowych przechodzących przez skórę. I tak najprzód nie naraża się chorego na gwałtowny ból, wiadomo bowiem, iż przecięcia skóry są najboleśniejsze; następnie zaś po zupełnem zagojeniu rany, otrzymujemy znacznie mniejszą, zatem nie tak szpecącą bliznę, w dowód czego autor przedstawia dwa rysunki z natury: na jednym z nich znajdujemy bliznę, po leczeniu węglika za pomocą cięć głębokich, krzyżowych, przechodzących przez skórę; na drugim bliznę, po cięciach podskórnych. W pierwszym wypadku blizna okrągława miała około 6 centymetrów średnicy, w ostatnim zaledwie wyrównywała wielkości monety jednego franka; w jednym i w drugim rozmiary węglika w początku choroby były też same.— Wreszcie autor rozprawy jest przekonania, iż cięcia głębokie, przechodzące przez skórę, niejednokrotnie są powodem róży, a być może nawet innych złych następstw: twierdzenia swe na własnem opiera doświadczeniu. Dr. G o s s e l i n w miesiącu lutym r. b. na posiedzeniu akademii lekarskiej, odczytał sprawozdanie z rozprawy wzmiankowanej, w sprawozdaniu tém zgadza się niemal w zupełności z jój treścią, następnie przytacza kilka wypadków węglika sposobem G u e r i n'a szczęśliwie przez niego uleczonych; przeciwnym zaś tylko jest w ustanowieniu wskazań, a mianowicie, czy w każdym wypadku węglika cięcia są wskazane? Zdaniem Dr. G o s s e l i n, węglik rzadko jest chorobą śmiertelną, a w razie tym przyczyną śmierci są

inne komplikacje choroby. W wąglikach niewielkich rozmiarów, w przekonaniu sprawozdawcy, chirurg bez ostrego narzędzia, trzymając się li tylko metody wyczekującej, śmiało obejść się może.

Sprawozdanie Dr. G o s s e l i n spowodowało dość żywe rozprawy w łonie akademii. Pierwszy V e l p e a u, nie wydając ostatecznej opinii o nowym sposobie A. G u e r i n 'a, stanowczo powstaje przeciwko wypowiedzianym przekonaniom, że róża ma często miejsce przy leczeniu wąglika za pomocą cięć głębokich, przechodzących przez skórę. — W ostatnim roku w oddziale V e l p e a u było dziewięć wypadków wąglika; róża miała miejsce w jednym tylko, śmiercią zakończonym, lecz chory ten z różą już przybył do szpitala, wąglik przeciętym nie był. Czterdziestoletnie doświadczenie V e l p e a u, przekonywa go, iż tylko liczne, głębokie cięcia, promienisto przechodzące od środka ku obwodowi po za granice czerwoności skóry, są w możności ograniczyć proces chorobliwy, i że tym tylko sposobem postępując, z różą rzadko kiedy spotkać się wypadnie. Najlepszym dowodem są starannie zebrane wszystkie wypadki wąglika, leczone w oddziale V e l p e a u od 1835 roku, to jest w ciągu lat trzydziestu; zestawiając je, widzimy, iż na stu ośmdziesięciu czterech, dotkniętych wąglikiem, w trzech wypadkach róża miała miejsce, a w jednym z tych trzech, przecięcie wąglika nie było wykonanem. (Co do śmiertelności, z liczby tej umarło 14, przyczyną śmierci w jednym wypadku róża, w drugim zaś zakażenie ropiaste). Statystyka ta przekonywa dokładnie, iż cięcia głębokie, przechodzące przez skórę, żadną miarą nie mogą być uważane, jako powodujące w następstwie różę, wszędzie bowiem z małym bardzo wyjątkiem, cięcia te wykonane były. Zachodzi nawet pytanie, czy nieznaczone zranienia, przekłucia, przyżegania, nie są częściej przyczyną róży. Następnie wysoki stopień bólu podczas operacyj, jest przesadzony, w przeciągu jednej minuty z nadzwyczajną szybkością można zrobić dwanaście do piętnastu cięć, chory nawet liczby ich zrachować nie będzie w możności; w końcu ból przeciwskazaniem żadną miarą być nie może, tém bardziej obecnie, gdy mamy zawsze pod ręką środki znieczulające. Słowem przekonywamy się, iż najdzielniejszym środkiem przeciwko wąglikom, o ile tyloletnie doświadczenie uczy, są liczne, głębokie przecięcia, przechodzące promienisto od środka ku obwodowi po zagranice czerwoności skóry; trudno więc byłoby wynaleźć jakikolwiek bądź powód, dla którego mielibyśmy zmieniać sposób ten na inny. Co się zaś tyczy użycia środków żrących, przez Sedillot'a i innych tak zachwalonych, a to w przekonaniu, iż te są stanowczo zapobiegające przeciwko róży, na to także żadną miarą zgodzić się niepodobna.

Róża, i przy tym sposobie leczenia, również zdarzyć się może; niewiadomo tylko, czy częściej jak przy innych, ma miejsce — do tego brak nam statystyki porównawczej.

Zdaniem Dr. Michon Drowi Gosselin wypada najprzód zarzucić brak dokładnego określenia stopnia i odcień choroby. W wąglikach bowiem, zajmujących niekiedy ogromną przestrzeń, li tylko głębokie, liczne cięcia, przechodzące przez skórę, bezwarunkowo są wskazane, i sposób ten rzeczywiście okazał się jedynym, najpewniej zapobiegającym przeciwko róży.

Dr. Cloquet, Larrey, I. Guerin, Briquet opinię Velpeau podzielają niemal w zupełności. — W przekonanie Ricord'a, niezbędnem jest dokładne określenie warunków, w jakich pozostają chorzy. Velpeau przedstawił tylko statystykę chorych szpitalną, która bez wątpienia nie da ostatecznie tak pomyślnych rezultatów, jak statystyka chorych w mieście; następnie nie wzięto pod uwagę wpływów epidemicznych, ważność których pojmujemy wszyscy. Dalej też sama choroba mieć będzie różny zupełnie przebieg u różnych chorych, wiadomo np. jak ważnem jest zwykle cierpieniem wąglik u pijaków, u diabetyków. W końcu co do samego sposobu leczenia: w jakim okresie choroby tego lub owego użyć wypada; w okresie zapalenia w ogóle śpieszyć się z przecięciem nie mamy potrzeby; jeżeli zaś będziemy mieli wskazanie zmniejszyć ból i znaczne prężenie skóry — najodpowiedniejsze bez wątpienia będą cięcia podskórne, wykonane sposobem Guerin'a — dalej zaś w okresie ropienia i zgorzeli, tylko cięcia liczne, głębokie, przechodzące przez skórę, miejsce mieć powinny. Róża zaś przy wąglikach rzeczywiście zdarza się nie tak często, i, o ile się zdaje, sposób leczenia żadnego na to niema wpływu. Gosselin, w odpowiedzi na zarzuty mu czynione, przypomina, iż w ostatnich dopiero czasach cała dążność chirurgów skierowaną jest głównie, by uprzedzić powsta-

wanie róży i zakażenia ropiastego. Oprócz A. Guerin'a widzimy wielu innych, wprowadzając nieco inną drogą, do tegoż celu zdążających. Follin proponuje, po głębokim przecięciu skóry przy wąglikach, na miejsce rany środki żrące.

Richard, w liście do Nelatona, niedawno przesłanym utrzymuje, iż w każdym okresie węgliką, jakiegokolwiek ten będzie wielkości, najodpowiedniejszém będzie leczenie za pomocą środków żrących i że tym tylko sposobem stanowczo zapobiegamy przeciwko powstawaniu róży i zakażenia ropiastego. Słowem, nie tylko sprawozdawca potępił istniejący dotąd sposób leczenia.

Ostre zapalenie szpiku kostnego jest, jak wiadomo, najcięższą komplikacją po dokonanej amputacji; gdyż zapalenie to z początku na małej ograniczonej przestrzeni, rozszerza się szybko przez całą długość kości, i prawie zawsze daje powód do powstawania zatorów lub rozkładu krwi, co w końcu śmierć za sobą pociąga. Usiłowania chirurgów w celu pokonania tej komplikacji, zostały dopiero w ostatnim dziesiątku lat pomyślnym uwieńczone skutkiem, gdy liczne spostrzeżenia wykazały, iż jedyną prawie pomocą w takich wypadkach jest odjęcie członka amputowanego w stawie. Dr. Valette i Jules Roux, którzy mieli sposobność podczas kampanii Rzymskiej i Włoskiej z r. 1859, obserwować liczne wypadki zapalenia szpiku kostnego pomyślnie ukończone przez następną exartykulacją, gorąco przemawiają za tym sposobem leczenia. To samo zdanie wypowiada prof. Fayerer naczelny chirurg szpitala szkoły lekarskiej w Kalkucie, który szczegółowo tę kwestyę rozbiera w nadzwyczaj zajmującym artykule zamieszczonym w *Indian Annals* z m. października r. z. i jako przyczynek do tej kwestyi ogłasza w *Medical Times and Gazette* z dnia 14 m. lipca r. b. ciekawy opis choroby, który tu w streszczeniu podajemy:

*Amputacja przedramienia, — ostre zapalenie szpiku kostnego, —
powtórna amputacja ramienia, — świeże zapalenie szpiku kostnego, —
wyluszczenie kończyny w stawie barkowym, — wyzdrowienie.*

F. S. . . niemiec, lat 34 liczący, przybył do szpitala szkoły lekarskiej w Kalkucie dnia 25 lutego r. b.

Raniony w obiedwie ręce w skutek wypadkowego wystrzału z broni palnej czterema kulami naładowanej, miał rękę prawą zupełnie zmiądzoną, u lewej zaś tylko cztery palce uszkodzone. We dwie godziny po przybyciu jego do szpitala przystąpiono do operacji i prof. Fayerer wykonał amputację prawego przedramienia w dolnej trzeciej części, a u lewej ręki odjęto w stawach dwa członki 4go i 5go palca i ostatnie członki 2go i 3go palca. Następnego dnia gorączka powstała dość znaczna i chory często wymiotował; objawy te jednak wkrótce ustąpiły po zastosowaniu odpowiednich środków. 27 lutego przedramię amputowane zaczęło obrzmiewać i to przez kilka dni ciągle się wznagało, stan ogólny chorego jednak poprawił się nieco. 3 marca obrzmienie w okolicy stawu łokciowego dawało wyraźne znaki chelbotania, w skutek czego zrobiono nacięcie dla wypuszczenia nagromadzonej tam ropy. Po kilku dniach obrzmienie znacznie się zmniejszyło, wygląd rany był dobry a odpływ ropy dostateczny. 11 marca powstała gorączka silna z dreszczami i bezsenność; bole mocne w operowanej kończynie dotkliwie uczyć się dawały choremu a końce kości przedramienia okazały się być obnażone. 12 marca gorączka jeszcze bardziej się wzmogła, dreszcze częściej przychodziły a z rany znaczna ilość ropy odchodziła. Prof. Fayerer przekonawszy się o rozwinięciu zapalenia szpiku w obydwóch kościach przedramienia i chcąc uchronić chorego od smutnych następstw rozwoju tego processu, uważał za stosowne wykonać dnia 13 marca amputację ramienia. Bliższe zbadanie przedramienia wykazało, że szpik obydwóch kości w całej ich długości zamieniony był na masę ropiastą a nawet zewnętrzna powierzchnia ich przedstawiała wyraźne znaki caries, — dolna część kości ramieniowej okazała się zupełnie prawidłową. Przez dwa tygodnie po tej powtórnej operacji przebieg choroby był dość pomyślnym, później zaś powstały znów tępe bole w ramieniu, części miękkie były nieco obrzmiałe i silna gorączka ukazała się. Po nacięciu przedniej powierzchni kikuta, który prawie już zablizniony był, drobne kawałki kości które odluszczały się oddalono. 3 kwietnia silna gorączka połączona z czę-

stemi dreszczami zdawała się niewątpliwie dowodzić na nowo rozwiniętego zapalenia ostrego szpiku kości ramieniowej. Dla ocalenia życia choremu pozostała jedyna jeszcze pomoc i dnia 4 kwietnia wykonano wyluszczenie ramienia w stawie barkowym, zachowując wszelkie możliwe ostrożności, aby chorego wycieńczonego długotrwałą gorączką i ropieniem uchronić od utraty znaczniejszej ilości krwi. Następne badanie odciętej kości potwierdziło najzupełniej poprzednie rozpoznanie, gdyż szpik nieco wysunięty nad powierzchnią przecięcia przedstawiał w kilku miejscach dość wielkie ogniska ropne a sama kość na małej przestrzeni obnażona była od okostnej. Po operacji tej rana w krótkim czasie zupełnie się zablizniła i 15 kwietnia gdy operowany opuścił szpital, stan zdrowia jego był zupełnie dobry.

Wypadek powyższy pod niektórymi względami zasługuje na szczególną uwagę. Przekonywa nas bowiem: 1) że zapalenie szpiku kostnego nie było bezpośredniem następstwem przepiłowania kości (przeciwnie jak wielu chirurgów utrzymuje), gdyż w obydwu razach objawy procesu chorobnego zaczęły występować dopiero w kilkanaście dni po dokonanej operacji; — 2) że wyluszczenie w stawie pomyślniejszy daje rezultat od amputacji właściwej, gdyż zabezpiecza od tak ciężkiej komplikacji jaką jest osteomyelitis. Przypuszczać téż można, że gdyby zaraz po pierwszém wystąpieniu procesu zapalnego w kości, wykonane było wyluszczenie w stawie łokciowym, możnaby było uchronić chorego od utraty całego ramienia; — nakoniec 3) wypadek ten wskazuje nam, jak ważną jest energiczna pomoc chirurga, że ona jest w stanie ocalić życie, nawet przy najnieprzyjajniejszych warunkach. *S. Portner.*

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 3 do 9 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	546	144	111	17	563
„ Śgo Ducha	142	40	43	8	137
„ Ewangelickim	61	25	18	3	65
„ Śgo Rocha	63	43	26	2	80
„ Śgo Jana Bożego	153	7	5	2	153
„ Śgo Łazarza	264	57	44	7	270
„ Starozakonnych	314	154	135	28	305
Ogółem:	1543	475	382	67	1573

Od dnia 3 do 9 paźdz (włącznie) stan chorych na cholere był następnny:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	9	15	9	7	8
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	294	340	344	99	196
Razem	303	355	353	106	204

W ogóle do 9 października zachorowało, 1958 wyzdrowiało 1165, a umarło 594.

od dnia 10 do 16 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	563	132	113	9	573
„ Śgo Ducha	137	42	41	6	132
„ Ewangelickim	65	17	23	2	57
„ Śgo Rocha	80	31	28	2	81
„ Śgo Jana Bożego	153	1	4	—	150
„ Śgo Łazarza	270	62	49	9	274
„ Starozakonnych	305	112	103	13	301
Ogółem:	1573	397	361	41	1568

Od dnia 10 do 16 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholere był następnny:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	8	10	3	8	7
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	191	114	145	38	122
Razem	199	124	148	46	129

W ogóle do 16 października zachorowało 2082, wyzdrow. 1313, a umarło 640.

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.

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

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.