

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 Stocjach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

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

TREŚĆ: O wpływie zgęszczonego powietrza na organizm ludzki w stanie zdrowia i choroby, *Wincenty Brodowski* — Zapalenie stawu biodrowego; wypilowanie szyjki kości udowej, wyzdrowienie, *Prof Girsztowl.* (Dokończenie) — Odpowiedź na: „kilka słów o myelinie.” *Prof. Fudakowski* — Kronika Zagraniczna. Kliniczne postrzeżenia nad postępowym rozrostem tkanki tłuszczowej w mięśniach z następczym bezwładem. Do Kazuistyki choroby Addison'a, *F. Czajewicz.* — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

O wpływie zgęszczonego powietrza na organizm ludzki w stanie zdrowia i choroby.

Przez *Wincentego Brodowskiego*, Lekarza wolno-praktykującego, współwłaściciela zakładu pneumatyczno-leczniczego w Warszawie.

Pierwsze postrzeżenia nad wpływem ściśnionego powietrza na organizm ludzki przypadają na wiek XVI. Były one czynione bądź w głębokich podziemiach, bądź też w dzwonie nurków. Już w owych czasach *Sturmius*, (którego poczytują za wynalazcę dzwona nurka) i *Halé*, doszli do tego przekonania, że wypadki śmierci, jakie się zdarzały tak w nadmienionych podziemiach, jak i dzwonach, spowodowane pospolicie przekrwieniami lub krwotokami w rozmaitych wnętrznościach, nie były bezpośredniem następstwem podniesienia ciśnienia powietrza, jak zrazu mniemano, lecz zależały bądź od nagłego przejścia z powietrza ściśnionego do zwyczajnego, bądź też od nagromadzenia się w wspomnianych miejscach gazów duszących.

Jak dalece uczuwano potrzebę dokładniejszego zbadania wpływu ściśnionego powietrza, nie tylko na organizm zwierzęcy, lecz i roślinny, najlepiej dowodzi ta okoliczność, że już w r. 1782, Harlemskie towarzystwo naukowe wyznaczyło nagrodę dla tego, ktoby:

1) wynalazł przyrząd do robienia postrzeżeń nad działaniem zgęszczonego powietrza i

2) wykonał za pomocą takiego przyrządu szereg doświadczeń, objaśniających wpływ pomienionego powietrza na życie zwierzęce i roślinne.

O nagrodę tę nikt się jednak nie ubiegał. Dopiero w r. 1832 *Junod* wynalazł przyrząd, w którym podług upodobania można było zgęszczać i rozrzedzać powietrze, którego ciśnienie wymierzało się dodanym do nadmienionego przy-

rzędu manometrem. Owocem doświadczeń, jakie Junod za pomocą swego aparatu wykonał, była praca przedstawiona paryzkiej akademii nauk w 1835 r. pod napisem: „*De la condensation et de la rarefaction de l'air, opéré sur toute l'habitude du corps ou sur les membres seulement, considérées sous leurs rapports thérapeutiques.*“

Junod, co się tyczy powietrza ściśnionego sformułował swoje wnioski w sposób następujący:

1) Zgęszczone powietrze ciśnię na błonę bębenkową, skutkiem czego obok niewielkiego stopienia słuchu, doznaje się w uchu pewnego niemiłego uczucia.

2) Oddech staje się swobodniejszym, wdychanie głębszém; po 15 minutach doświadcza się uczucia lekkości w piersiach.

3) Krażenie krwi przyspiesza się, tętno staje się częstszém, umysł się pobudza, wyobrażenia zyskują na żywości, ruchom przybywa energii, apetyt się zwiększa, wydzielenie moczu i śliny obfitsze.

4) Ciężar ciała zmniejsza się, głos nabiera dźwięku metalicznego, staje się donośniejszym.

Zachęteni doświadczeniami Junod'a, Pravaz i Tabarié zaczęli stosować zgęszczone powietrze do celów lekarskich. Ich to usiłowaniam, a przede wszystkim Tabarié'go zawdzięczamy udoskonalenie przyrządów do zgęszczania powietrza. Im przypadł zaszczyt położenia podstaw racjonalnej pneumoterapii. Ich postrzeżenia i doświadczenia przyczyniły się najwięcej do wyjaśnienia wpływu zgęszczonego powietrza, tak na zdrowy jak i na chory organizm ludzki. Przypatrzmy się temu wpływowi bliżej.

Najważniejszym on jest niezaprzeczenie dla oddychania i krażenia krwi, za pośrednictwem których dopiero wywiera się i na inne czynności naszego organizmu. Nadto zgęszczone powietrze działa jako podniesione ciśnienie na powierzchnię naszego organizmu.

Co się tyczy oddychania, to ściśnione powietrze działa, tak na mechaniczne jak i chemiczne jego objawy. Pierwsze ulegają zmianom w dwojakim kierunku, to jest: pod względem rozległości wdychań i ich rytmu.

I tak co do pierwszej: wdychania pod wpływem zgęszczonego powietrza stają się rozleglejszemi i głębszemi. Oto w jaki sposób Pravaz¹⁾ tłumaczy tę zmianę. „Zdawałoby się zrazu, że ściśnione powietrze nie powinno w niczém zmieniać mechanizmu oddechowego, a to właśnie dla tego, że ciśnienie zewnętrzne, t. j. na ściany klatki piersiowej od zewnątrz, zdawałoby się powinno równoważyć takiéjże saméj siły ciśnieniem wewnętrzném, t. j. na te same ściany od wewnątrz za pośrednictwem płuc, obwodowe części których, z powodu niemożności utworzenia się w opłucnej próżni podczas oddychania, zawsze się znajdują w bezpośredniém zetknięciu z nadmienionemi ścianami. Po dokładniejszém wszakże zważeniu wchodzących w grę czynników, łatwo da się wytłumaczyć znany z doświadczenia fakt, że powiększenie ściśliwości powietrza jest warunkiem sprzyjającym wykonywaniu i powiększeniu rozległości ruchów oddechowych.

„Dwie okoliczności składa się na to, aby rozszerzanie się pęcherzyków płucnych w zgęszczoném powietrzu łatwiej skuteczniało i zyskiwało na rozległości.“

¹⁾ *Essai sur l'emploi medical de l'air comprimé. Paris et Lyon 1850.*

„Nasamprzód, zważywszy, że opór jaki stawiają gałęzie oskrzelowe (*renitus bronchiarum Haller'a*) wchodzącemu do płuc powietrzu, rośnie w miarę rozszerzania się ostatnich; zważywszy z drugiej strony, że w zwyczajnych warunkach życia wdychanie (*inspiratio*) nigdy nie dochodzi do téj rozciągliwości, na jakąby pozwalały anatomiczne stosunki ścian klatki piersiowej, że zatem bezwątpienia u wielu osób zwłaszcza zaś u pędzących życie siedzące, a więc mniej zużywających tlenu, a tém samym i mniej wciągających przy oddychaniu powietrza, sama ściągliwość tkanki przyczynia się znakomicie do zmniejszenia tego maximum pojemności płuc, do jakiego one dochodzić mogą przy zwykłym ciśnieniu powietrza, a więc i do ograniczenia zwyczajnego rozszerzania się klatki piersiowej; łatwo przyjdziemy do tego wniosku, że podnosząc wzmiankowane ciśnienie, a więc powiększając siłę, która walczy przeciwko oporowi płuc, dajemy możność zwiększania maximum ich pojemności, a tém samym i rozleglejszego pod wpływem mięśni wdechowych rozszerzania się klatki piersiowej.

„Drugą okolicznością, która przyczynia się do powiększenia rozległości wdychania w powietrzu ściśnioném, jest zmiana, jaka zachodzi w zwyczajnym sposobie uskuteczniania się oddechu.

„M a g e n d i e, tłumacząc mechanizm przemiennego rozszerzania się i ściągania narzędzi oddechowych, pierwszy zwrócił uwagę na to, że obniżanie się przepony podczas wdychania nie tylko powoduje powiększenie się wymiaru pionowego klatki piersiowej, lecz nadto, podnosząc tę klatkę w całości, przyczynia się do powiększenia jój wymiarów poziomych. B e a u i M a i s i a t opierając się na danych anatomicznych i zasadach mechaniki, objaśnili to podnoszenie się klatki piersiowej i zostające z niém w związku powiększanie się jój wymiarów tak poprzecznego jak i przednio-tylnego.

„Podnoszenie się ścian klatki piersiowej jest podług Magendie'go w prostym stosunku do poruszalności żeber i oporu wnętrzości brzusznych. Otóż powiększenie ciśnienia atmosferycznego na ściany brzucha zwiększa sprężystość gazów zawartych w przewodzie pokarmowym, tém samym utrudnia obniżanie się przepony, w skutku czego żebra i mostek zmuszone są do brania większego udziału w mechanizmie oddychania. Jakkolwiek więc rozszerzenie klatki piersiowej w kierunku pionowym jest zmniejszone, to jednak pomienione zmniejszenie jest z lichwą wynagrodzone powiększeniem rozszerzenia tejże klatki w wymiarze przedniotylnym i poprzecznym, tak że koniec końcem powietrza do płuc za każdą inspiracją dostaje się więcej.”

Co się zaś tyczy rytmu oddechowego, to zmiany jakie w nim zachodzą pod wpływem zgęszczonego powietrza, zostają w ścisłym związku ze zmianami w *objawach chemicznych* oddychania, spowodowanemi tym samym czynnikiem. A mianowicie, ilość oddechów w danym czasie zmniejsza się, albowiem przy każdym wdychaniu krew więcej pochłania tlenu, raz dla tego że z większą jego ilością przychodzi w zetknięcie, a potem że się to odbywa pod powiększonym ciśnieniem (prawo Biot'a). Łatwo więc zrozumieć, że w takich warunkach nawet przy zmniejszonej ilości oddechów może się więcej do krwi dostać tlenu, niż zwykle, jak tego najlepiej dowodzi zwiększona ilość wydalonego kwasu węglanego pod-

czas oddychania zgęszczoném powietrzem. W ogóle doświadczenie wykazało, że u osób dotkniętych dusznością, ilość oddechów w zgęszczoném powietrzu daleko bardziej się zmniejsza aniżeli u zdrowych.

Wiadomo znowu w jak ścisłym związku z oddychaniem zostaje krążenie krwi. Nie może więc zajść żadna ważniejsza zmiana w rytmie oddechowym ażeby takowa natychmiast nie pociągnęła zmiany i w krążeniu. Jakoż tętno pod wpływem ściśnionego powietrza wolniej i to témznaczniej, im prędszém było przedtém. U chorych wchodzących do przyrządu pneumatycznego z znacznie przyśpieszoném tętnem postrzegano nieraz już po pierwszej kąpieli ze zgęszczonego powietrza zwolnienie o 12 do 18 uderzeń, a w niektórych nawet wypadkach o 30 do 36 na minutę. I tak np. Professor Bertin ¹⁾ wspomina o jednym emfizematyku, u którego po pierwszej kąpieli puls spadł ze 108 na 72, podczas kuracyi ilość uderzeń stopniowo, prawie codziennie się zmniejszała, aż doszła w końcu do 45 na minutę. Na tym stopniu zwolnienia tętno pozostało kilka tygodni t. j. tak długo, póki chory brał kąpiele ze zgęszczonego powietrza; po zaprzestania zaś kuracyi tętno podniosło się tylko do 56 uderzeń na minutę. Tenże sam Bertin przytacza innego chorego na gruźlicę płucną, u którego podczas dreszczów codziennie niemal przychodzących tętno uderzało 120 razy na minutę, w innym zaś czasie 106; u tego po pierwszej kąpieli puls zwolniał o 30 uderzeń, a po 21ej dreszcze już się więcej nie pokazały.

Co się zaś tyczy naczyń włosowatych i żył, to w tych krążenie krwi pod wpływem zgęszczonego powietrza staje się szybszém, a to dla następujących powodów:

Wiadomo jak ważną rolę pomiędzy przyczynami poruszania się krwi w żyłach gra tak zwane wsyssanie przez klatkę piersiową; wiadomo także, iż siła nadmienionego wsyssania znajduje się w prostym stosunku do sprężystości płuc, będącej źródłem tak zwanego ujemnego ciśnienia (pod którym zostają w klatce piersiowej serce i wielkie pnie naczyniowe), a więc i wsyssania; wiadomo w ostatku że każde wdychanie z powodu mocniejszego rozdęcia sprężystych płuc powiększa wzmiankowane ciśnienie ujemne, a więc i wsyssanie do klatki piersiowej. Widzieliśmy zaś wyżej, że pod wpływem ściśnionego powietrza wdychania stają się głębszemi i wynikające ztąd rozdęcia płuc daleko znaczniejszymi, aniżeli w warunkach zwyczajnych; rzecz więc prosta że odpowiednio powiększy się także i wsyssanie przez klatkę piersiową. Z drugiej znowu strony powinniśmy jeszcze pamiętać i o téj okoliczności, że w mowie będącej wsyssanie krwi do klatki piersiowej koniecko końców jest następstwem różnicy pomiędzy ciśnieniem pod jakim krew się znajduje w żyłach klatki piersiowej, a tém na jakie wystawiona jest w żyłach zewnątrz nadmienionéj klatki położonych; że zatém prąd krwi w żyłach w ogóle będzie tém szybszym, im wzmiankowana różnica będzie większą. Otóż przy wystawieniu organizmu na działanie zgęszczonego powietrza otrzymujemy nie tylko podwyższenie w klatce piersiowej ciśnienia ujemnego (czyli zmniejszenie dodatniego), iak o tém wyżej była mowa, lecz nadto jeszcze zwiększamy znakomicie ciśnienie dodatnie w układzie żylnym zewnątrz klatki znajdującym się, a zatém

¹⁾ *Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé etc. Paris 1855.*

o tyle więcej jeszcze powyższą różnicę zwiększamy. Że przyspieszenie krążenia krwi w żyłach będzie miało w następstwie ułatwienie poruszania się jej w naczyniach włosowatych, to się samo przez się rozumie.

Widzieliśmy jak znaczny wpływ wywiera zgęszczone powietrze na oddychanie i krążenie krwi. Wiadomo zaś każdemu jak ważną odgrywają rolę te czynności w ogólnym odżywianiu organizmu ludzkiego, jak częstokroć zakłócenie którejkolwiek z nich pociąga za sobą znaczne upośledzenie nadmienionego odżywiania i jak pożądanymi są dla lekarza praktycznego w wielu razach środki przyczyniające się do wyrównania pomienionych zakłóceń. Z tego co się wyżej powiedziało wynika, iż zgęszczone powietrze należy do potężnych modyfikatorów ogólnego odżywiania, zwłaszcza zwichniętego i jako takie może znaleźć bardzo obszerne zastosowanie w medycynie praktycznej. Nie zostaje ono bez wpływu na ogólne odżywianie i w stanie zdrowia, lecz wpływ ten jest daleko mniejszy, a to dla tej przyczyny, że zdrowy organizm ludzki dosyć łatwo się zastosowuje do niezbyt wielkich i niezbyt nagłych zmian w normalnych warunkach życia. Bez takiego zastosowywania się wymieniony wpływ mógłby się stać wkrótce bardzo szkodliwym. W zgęszczonym powietrzu więcej jest tlenu; za każdym więc odetchnieniem krew więcej go chłonie, i to tém bardziej, ile że wdychania są głębsze; skutkiem tego roztwarzanie się (*decompositio*) mogłoby wiaść górę nad wytwarzaniem się; ale rytm oddechowy zależy przeważnie właśnie od ilości dostającego się tlenu do krwi. To przedewszystkiém jest powodem, że ilość oddechów w danej jednostce czasu o tyle zmniejszyć się może, iż przybytek tlenu w ogóle będzie bardzo nieznaczny, a więc i przyspieszenie zmiany materji bardzo niewielkie. Potęguje się ono wprawdzie przyspieszeniem krążenia krwi w naczyniach włosowatych i żylnych, jakie miewa miejsce pod wpływem ściśnionego powietrza; to też w skutek tego apetyt się zwiększa, zaspokojenie którego zapewnia najzupełniejsze wynagrodzenie strat.

Że pod wymienionym wpływem zmiana materji w ogóle jest szybszą, dowodzą tego tak powiększenie wydzielin przedewszystkiém moczu ¹⁾ i śliny, jak nie-mniej znaczniejsze pobudzenie układu nerwowego, objawiające się ożywieniem umysłu, pogodnym nastrojem ducha, podniesieniem energii układu mięśniowego i t. p.

(*Dokończenie nastąpi.*)

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

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(*Dokończenie.*)

Wykonanie operacji nie przedstawiało bynajmniej trudności. Chorój daliśmy położenie leżące na boku zdrowym, znieczulenie ogólne wywołaliśmy za pomocą chloroformu, i wyprostowawszy chorą kończynę, pierwsze cięcie w skórce

¹⁾ O zwiększonej ilości mocznika, przez Lehmana'a dowiedzionej (*Précis de chimie physiologique animale. Traduct. de M. Drion p. 226*).

zrobiliśmy podłużne w kierunku prostej linii na przestrzeni 5 cali zaczynając na cal powyżej skreću większego i prowadząc je tylnym jego brzegiem. Po rozcięciu skóry znaczna ilość wypłynęła ropy zmieszanej ze skrzepami włókniaka i kosmkami tkanki łączno-tłuszczowej w rozpadzie; drugie cięcie w tymże kierunku rozdzieliło mięśnie aż do kości, ropy podobną wydzieliła się ilość, ale mocno cuchnącej: palcem dopiero w głębi rany wyczuliśmy brzeg panewki (acetabulum) i skreć zewnętrzny, a wykonywając zarazem zgięcie i przyciąganie uda, trafiliśmy na otwór w torebce stawowej z tyłu i nieco ku dołowi; otwór ten prowadzący do próżni stawu skalpelem guziczkowatym rozszerzyliśmy prowadząc cięcie ku obwodowi torebki górnemu, dolnemu i tylnemu, wiąz wałkowy (*ligamentum teres*) był zupełnie zniszczony, zwichnienie przeto główki ze stawu przez wykonanie obrotu uda ku wewnątrz było nie zbyt trudnym; po przekonaniu się że spróchnienie ogranicza się główką i szyjką kości udowej, piłką łańcuszkową odpiłowaliśmy szyjkę powyżej skreću zewnętrznego. Panewka w kilku miejscach była nierówna i obnażona od chrząstki, miejsca te skrobaczką oczyściliśmy i żelazem rozpalonem potuszowaliśmy. Następnie kończynę operowaną wyprostowaliśmy, brzegi rany na przestrzeni $\frac{3}{4}$ długości połączyliśmy szwem, do otworu zaś dolnego wprowadziliśmy trąbkę drenową okręconą skubanką, nato położyliśmy grubą warstwę szarpi, którą umocowaliśmy kawałkiem płótna a nadto zrobiliśmy nawiązkę *spica cocae*, i położywszy na grzbiecie operowaną do łóżka o mocnej, równej podstawie, zewnętrzną stronę uda umocowaliśmy deszczułką idącą od *crista ossis ilei* aż do *malleoli cruris*, na wewnętrznej zaś stronie uda położyliśmy worek napełniony piaskiem: tym sposobem operowana kończyna była w zupełności unieruchomiona. W czasie operacji, która trwała 18 minut, prawie żadnego krwawienia nie było i dwie tylko mięśniowe tętniczki podwiązaliśmy.

Wypilowana główka kości udowej obnażona od chrząstki, nierówna, chropawa, pod naciskiem palca ustępuje i z łatwością się kraje, we wnętrzu główki próżnia napełniona posoczystą ropą i ziarniną przechodzącą w rozpad; szyjka kości udowej także spróchniała, miejscami oddzielają się z niej drobne zgorzelowe kawałki kości, główne jednakże zarysy tak główki jak i szyjki zachowane.

Wieczorem w dniu operacji chora bardzo osłabiona, leży spokojnie, tętno nader prędkie, zaledwo liczyć się daje, w kończynie operowanej na bole się nie skarży. W ciągu nocy (z dziesiątego na jedynasty stycznia) zupełnie nie spała; tętno pełniejsze, policzki zarumienione, brak apetytu. Dwunastego stycznia tętno 128, temperatura ciała podwyższona, noc bezsenna; szarpia przesiąknięta brudnym, cuchnącym nieco płynem. 13 stycz. zmieniono opatrunek: szwy wyjęto, brzegi rany spojone, z otworu rany i przez trąbkę drenową wypływa ropa rzadka, cuchnąca; zimne okłady, które od operacji stosowane były na ranę, zamieniono ciepłemi, ranę przemyto *inf. chamom.*, unieruchomienie kończyny te same. 14—18 stycz. gorączka przyrana (*febris vulneraria*) w tymże stopniu, tętno 120—132, wieczorami dreszcze, opatrunek dwa razy zmienia się dziennie. 21 stycz. z rany wypływa ropa gęsta, żółta, chora spokojna, tętno 103, apetyt zjawia się, sen orzeźwiający. 1 lutego gorączka zupełnie minęła, tętno 84, chora

wesoła, w ranie bujna ziarnina, położenie wciąż na grzbiecie, unieruchomienie kończyny stałe. 14 lut. apetyt dobry, dyeta pożywna, do opatrunku rany używa się *sol. nitr. arg.* (10 gr. na uncję wody). 2 lut. rana zablizniła się, obrzniętość stopy znikła, siły chorób wracają. 1 marca chora na kulach przechadza się, noga krótsza o $1\frac{1}{2}$ cala, palcami opiera się o ziemię, zastosowano wyciąganie kończyny za pomocą ciężaru. 15 marca chora przechadza się opierając się na kij, stan ogólny wyśmienity. 28 marca chora chodzi bez pomocy kija, kuleje, noga krótsza na 1 cal, odżywienie operowanej kończyny doskonałe, temperatura i uczucie normalne, mięśnie odzyskują siłę. 6 kwietnia chora w trzewiku o grubiej podszwie chodzi niekulejąc, stoi na kończynie operowanej, wykonywa wszystkie ruchy (*flexio, extensio, adductio, abductio*) w nowym stawie dosyć swobodnie bez współczesnych ruchów miednicy, co dowodzi, że spojenie między górnym końcem uda, a miednicą nie jest kostne, a tylko włókniste (*ankylosis fibrosa*).

Operacya wypiłowania szyjki kości udowej, której rezultat, pomimo braku przyrządów *H e a t h ' a i B o n n e t ' a* do unieruchomienia kończyny służących, przewyższył wszelkie oczekiwanie, jest pierwszą w naszym kraju. W zupełności odpowiadając zadaniu dzisiejszej chirurgii: „*zagrożone części naszego ciała utrzymać, a zniszczone nowymi zastąpić*,” była ona przekonującą zachętą do dalszych prac w tymże kierunku. Jakoż w d. 24 sierpnia 1865 r. i w d. 14 czerwca b. r. wykonaliśmy jeszcze dwa wypiłowania szyjki kości udowej z powodu *coxarthrocace* w szpitalu Ewangelickim, ale w obydwóch razach nie byliśmy już tak szczęśliwi, bo operowani w skutku wycięczenia (*inanitio*) i ważnych zmian w innych organach niezbędnych dla życia zmarli. Znamy jeszcze jeden wypadek wypiłowania szyjki kości udowej, wykonanego przez Dra. *S t a n k i e w i c z a* w r. 1863 z powodu rany postrzałowej (*fractura sclopetaria*) zakończony wyzdrowieniem, zatem w naszym kraju na 4 wypadki wypiłowania mamy 2 wyzdrowienia i 2 śmierci. Porównajmy rezultaty nasze z wykazami statystycznymi innych krajów: Dr. *S a y r e* (w r. 1860) zebrał 109 wypadków resekcji szyjki kości udowej, z których 71 wyzdrowiało, a 36 umarło, zatem $\frac{1}{3}$ operowanych; Dr. *H o d g e s* (w r. 1861) wykazał 111 operacji w mowie będącej, z których 56 wyzdrowiało, a 53 umarło, zatem $\frac{1}{2}$ operowanych; w b. r. Dr. *E u l e n b u r g* podał nowych 56 wypadków téjże operacji, z których 22 wyzdrowiało, a 24 umarło, zatem téż połowa operowanych. Statystyka więc nasza co do śmiertelności równą jest statystyce zagranicznej. Nie przeczymy, że procent śmiertelności jest ogromny, ale nie zapominajmy, że doniosłość jego tylko przez porównanie może być ocenioną i z tego punktu zapatrując się, nie możemy nie przyznać, że procent ten, tak pozornie wielki, w rzeczywistości stosunkowo jest nader małym, a operacya jedną z najświetniejszych. Zrozumiejmy się dobrze: jeśli w chorobach (*caries, necrosis, fractura sclopetaria*) w których wypiłowanie szyjki kości uda jest wskazanem, operacyi téj nie wykonamy, dla lekarza pozostaną tylko dwie drogi: albo 1), zostawić chorobę naturalnemu jej przebiegowi, albo 2), zrobić wyłuszczenie uda (*exarticulatio femoris*), w pierwszym razie wszyscy prawie chorzy umierają z wycięczenia, lub z posocznicy, w drugim zaś statystyka śmiertelności jest następująca: podług *D e m m e* z 62 wyłuszczeń uda umarło 51, zatem 82,2 pCt.; podług

E s c h e ze 157 operowanych (*exarticulatio fem.*) umarło 94, zatem 59,8 pCt. Tym czasem największa śmiertelność przy wypitowaniu stawu biodrowego wynosi 50 pCt., podług statystyki P i r r i e 35,7 pCt, (z 70 operowanych umarło 25), a podług P. C. P r i c e tylko 23 pCt. (z 59 oper. umarło 14). Martwe te cyfry są najlepszymi dowodami użyteczności wypitowania kości udowej.

W końcu, w obec różnorodności zdań co do operacyi w mowie będącej, uważamy za pożyteczne wskazać, ile razy w jakim kraju była już ona wykonaną. Na 90 wypadków téj operacyi zebranych przez F o c k a, w Anglii wykonano ją 46 razy, w Niemczech 34, w Ameryce 7, we Francyi 2, w Belgii 1. Z 56 wypadków resekcyi zebranych przez E u l e n b u r g a, na Niemcy wypada 28 razy, na Anglię 21, na Rosyę 5, na Amerykę i Francją po 1. W Polsce, o ile nam wiadomo, wykonano ją 4 razy.

Odpowiedź na „kilka słów o myelinie“

przez Dra. Fudakowskiego, Profesora-Adjunkta Szkoły Głównej *)

Podana w Nrze 6 Gazety wiadomość — a więc nie „rozprawa“, nie oryginalny artykuł, lecz zawiadomienie, sprawozdanie z wyników otrzymanych w ostatnich latach w Niemczech, przy poszukiwaniach nad składem mózgu i istoty nerwowej, a w części osobiście sprawdzonych — wiadomość ta wywołała artykuł P. Dra. Nawrockiego umieszczony w Nrze 13 tejże Gazety. W dzisiejszej mojej odpowiedzi chcąc dać objaśnienia na zarzuty P. N., winienem najprzód uprawnnić moje słowa: „przy tych danych dozwolonym jest wniosek: że z obecności myeliny wnosić można o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów“. Skoro wniosek podaje coś do rozwagi, do sprawdzenia, do stwierdzenia, może on zawierać tyle prawdopodobieństwa w pewnym stopniu, ile twierdzenie pewności. W naukach przyrodniczych, gdzie metoda indukcyjna przy badaniach zastosowaną być może, prawdopodobieństwem nazywamy te stopnie naszego uprawnienia w liczeniu, w oczekiwaniach na przypuszczane wyniki, na stwierdzenie, przez doświadczenia, czyli spowodowane spostrzeżenia, na jakie pozwala stan naszej wiedzy w danej chwili, zatem powyższe stopnie zależą od danych jakie już nauka nam daje i od ich spożytkowania. Skoro wnioskujemy, wydajemy sąd na tych zasadach, przyjmując najbliższe prawdopodobieństwo; natenczas idziemy najmniej błędną drogą, a im mniejszą jest liczba możliwych wniosków, tém bardziej wzmagą się prawdopodobieństwo. P. Nawrocki uderza na wniosek przyjęty przezemnie, przytacza słowa O. L i e b r e i c h a, który podstawy znalazł i wniosek ten postawił, здаwałoby się, że najprzód usiłuje wykazać większą bezwzględność w moim sposobie wyrażenia tego wniosku, aniżeli to uczynił sam L i e b r e i c h, a za nim powtarzając i K ü h n e. Winienem zwrócić uwagę na to, że w wyrażeniach uży-

*) Zamieszczając niniejszą „odповідź“ otwieramy kolumny Gazety naszej dla polemiki literackiej, bez której nie ma ani ruchu ani postępu naukowego. Uczynimy to chętnie w każdej innej kwestyi, jeżeli tylko strony spór wiodące nie przekroczą granic ś c i s ł é j n a u k o w o ś c i.

tych przezemnie, nie leży już twierdzenie: że zawsze i wszędzie obecność myeliny świadczy o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów; wyrażenia „wniosek i wnosić“ użyłem w podaném rozumieniu, zamiast „prawdopodobieństwa“ użytego przez L i e b r e i c h a.

P. N a w r o c k i uderzając tak niepomiernie na wniosek przyjęty przezemnie, podstawia natomiast orzeczenie, które wyraża w ten sposób: „sądzimy, że najwięcej do prawdy się zbliżamy, jeśli opierając się na własném doświadczeniu, jako też na tém co inni badacze dotąd podali, dzisiaj zdanie w następnych zamkniemy słowach: Uważamy myelinę za formę (do pewnego ciała bezwzględnie nie przywiązaną), którą wtedy spostrzegamy, gdy tłuszcze (kwasy tłuszczowe) zetkną się z inném ciałem mającém własności zasadowe; o ile zaś inne okoliczności bliżej nam jeszcze nie znane, przyczyniać się mogą do utworzenia form myelinowych? tego nie wiemy.“— Badaczem, którego spostrzeżenia P. N a w r o c k i stwierdził i przyjął, jest N e u b a u e r, który kształty myeliny otrzymywał mieszając kwas olejowy z amoniakiem, a P. N a w r o c k i widział je również przy użyciu rozcieńczonego ługu, potażu lub sody gryzącej; ztąd rozszerzył się wniosek stwierdzającego badacza, i objął kwasy tłuszczowe w ogóle. — Podając bezimienne sprawozdanie o protagonie do Gazety Lekarskiej w połowie lipca, przy zwykłych zwłokach w dochodzeniu do nas pism zagranicznych, nie miałem i nie mogłem mieć w ręku poszytu Archiwu V i r c h o w a, w którym pojawił się list N e u b a u e r a o kształtach myeliny; ztąd wynika przemilczenie moje o tych spostrzeżeniach. Że myelina nie istnieje jako osobne ciało chemiczne stwierdził więc i N e u b a u e r. — P. N a w r o c k i odrzucając inne możliwe wypadki, przyjmuje tylko tę przyczynę kształtów myeliny, jaką sam sprawdzając dostrzegł, i wnioskując dalej rozszerzył, a w ten sposób „sądzi, że najwięcej do prawdy się zbliży.“ W obec tego już bardziej twierdzącego orzeczenia, nie wiem zaprawdę jak mam je użyć do tłumaczenia sobie następnego mojego spostrzeżenia: że skoro wykrystalizowując z wysokoku już oczyszczony, lecz w niesymetrycznie ograniczonych kształtach otrzymany protagon, ogrzeję nad stopnie, przy których on zaczyna się w wysokoku rozkładać, natenczas w nierozpuszczonej pozostałości i między strącającemi się następnie kryształami znajduję tu i owdzie kulki i krople, wybitnie przypominające kształty myeliny. Nie wypełniłem w tym razie warunków żądanych przez P. N a w r o c k i e g o, a jednak dochodzę mniej więcej do jednego wyniku: ponieważ znaleziono, że przy ogrzewaniu nad 50° — 60° w wysokoku protagon się rozkłada, zatem pozyskuje mnie sobie prawdopodobieństwo przyjęte przez L i e b r e i c h a, i powiadam tylko: „dozwolonym jest wniosek: że z obecności myeliny wnosić można o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów.“ — Ponieważ w rozpoznawaniu myeliny przewodniczyły zawsze jej kształty, więc i ja tu przez nazwę „myelina“ rozumiem przede wszystkim jej kształty, bo innych wybitnych oznak nie ma.

P. N a w r o c k i we własnościach rozpuszczalności i t. d. myeliny szuka poparcia dla swojego wniosku, że w myelinie jest tłuszcz, ale naprzód też środki mniej więcej rozpuszczają protagon i cholesterinę, kwas siarczany stężony zabarwia również czerwono cholesterinę i inne ciała organiczne, i znajduwano też, że

cholesteryna zanieczyszcza tę domniemaną myelinę. — Mimowolnie nasuwa się tu pytanie: jeżeli myelina jest przeważnie złożoną z tłuszczu, dlaczego kształty jej kurczą się przy działaniu mocnych ługów gryzących alkaliów? — Pomimo to zgadzam się z zapatrywaniem P. N a w r o c k i e g o co do prawdopodobnej obecności tłuszczu w myelinie, prócz bowiem faktów podanych w Nrze 6 Gazety, przemawiających za tém zapatrywaniem, są jeszcze inne niemniej korzystnie o tém świadczące względy. — Wiara w podania ludzi dobrej wiary pomagać sobie musimy, bo sprawdzić sami wszystko nie zdołamy: M. S e h u l t z e znalazł, że kwas osmiumowy już w rozcieńczonym roztworze, przy zetknięciu z tłuszczami otlenia się szczególnie szybko i zabarwia je ciemno; z pochewką rdzenną nerwu widział on toż samo zjawisko. K ü h n e przy poszukiwaniach swoich nad zakończeniem nerwów w mięśniach (Archiw V i r c h o w ' a Tom XXXIV str. 412) spożytkował ten odczynnik na istotę rdzenną nerwu, i znalazł przytém, że nie od czystego protagonu, ale od jego rozkładowych produktów, a przeważnie od kwasu tłuszczowego wytwarzającego się przy rozkładzie protagonu, zależy odtlenianie kwasu osmiumowego. Jeżeli wybitny typ myeliny znajdujemy w istocie rdzenną nerwu, to dane te uprawniają do przyjęcia tłuszczu w skład myeliny, przemawiają zarówno za wnioskiem L i e b r e i c h ' a i N e u b a u e r ' a, lecz nie w tej wyłącznej postaci w jakiej P. N a w r o c k i go podał. — Kształty myeliny, które P. N a w r o c k i dostrzegał przy wyrabianiu hematyny znaną metodą W i t t i c h a, nie dowodzą, że „kształty myelinowe mogą powstać tam gdzie tłuszcze i alkalia się znajdują,“ bo tłuszcze i protagon znajdują się we krwi — a obecności tego ostatniego P. N a w r o c k i nie zaprzecza, opierając się na wiarogodnych poszukiwaniach innych — pierwsze powiększają rozpuszczalność drugiego w eterze, protagon zaś trudno rozpuszczalny w solnych roztworach, mógłby przejść w osad sprawiony przez węglan potażu, a z osadu protagon, i jego rozkładowe produktu zarówno z tłuszczami mógł rozpuścić wyskok przy 40° C. — Na tém miejscu pozwalam sobie tylko zwrócić uwagę na niedostateczność podpory, jaką P. N a w r o c k i szuka w pomienioném spostrzeżeniu.

P. N a w r o c k i zalicza siebie do obozu uczonych, którzy nie „z młodzieńczym zapałem bezwzględnie przyjęli ten nowy wiedzy nabytek,“ (to jest: nowo wynaleziony protagon), i którzy zatém „są mniej skłonni *stante pede in verba jurare magistri*.“ Jestto pierwszą cechą prawdy, że ona na każdym miejscu, przy wypełnieniu koniecznych warunków prawdzić się winna. Jeżeli P. N a w r o c k i „z prawdziwą radością przerabia liczne analizy elementarne L i e b r e i c h ' a i odpowiednie doświadczenia, aby bliżej naturę protagonu zbadać,“ to mógł się przeświadczyć: że ciało to istnieje, że posiada podane własności,— nie potrzebuje zatém wahając się zbytecznie czekać „dopóki inni uczeni nie powtórzą doświadczeń L i e b r e i c h ' a i rezultatów nie stwierdzą;“ w przeciwnym razie bowiem niewłaściwie użyta broń (*stante pede . . .*) może razić chcącego nią władać. Stwierdzenie przez innych jest koniecznym, pożądanym, wzmacnia nas bardziej, ale już wiara wzrasta w przekonanie, skoro sami mogliśmy się dotykalnie przeświadczyć. — Czy dla tego, że L i e b r e i c h nie mógł nic wnioskować o racjonalnym składzie protagonu, P. N a w r o c k i „uważa za przedczesne

budowanie nowych teoryj na istnieniu protagonu?“ — Nadmierna ta w tym razie ostrożność zniewala mnie do następujących zapytań: czy dawniejsze znajdowanie kwasu gliceryno-fosforowego w istocie nerwowej, a obecnie powstawanie jego z protagonu również znajdującego się w nerwie, nie pozwala w tym ostatnim szukać źródła pierwszego? — Czyli dlatego, że dla kwasu hippurowego, dla kreatyny, dla kwasu moczowego nie ma niezachwianych racjonalnych wzorów, a rozkłady ich nie znajdują sobie podobnych, omijając więc wszelkie z pomocą wyobraźni utworzone czysto spekulacyjne przypuszczenia, nie jest się dzisiaj wcale uprawnionym do stawienia więcej, aniżeli na danych opartych przypuszczeń, co do ich roli i ich wytwarzania się w ustroju zwierzęcym? — Nawet ciała białkowe, ta zbyt mało dla nas wyjaśniona grupa ciał, pozwalają a nawet zniewalają do przyjęcia ich za podstawę w mniej lub więcej uprawnionych przypuszczeniach. — Ponieważ teoria, to zapatrywanie się na pewnych podstawach wyrastające często z tymczasowych przypuszczeń, nie wyklucza zawsze prawdopodobieństwa, byle ono istniało w wysokich stopniach, zatem nie mogę się zgodzić na powyższe zdanie P. Nawrockiego, a porównanie z „halasem“ jaki niegdy narobiła haptogenmembran Ascher'sona, jest podług mnie bezwzględnie niewłaściwym, bo tam w przyczynach swoich nieznane, a potem dopiero przez Witticha i innych wyjaśnione, skromne zjawisko schwyciła wyobraźnia, i w nie wcielić chciała całość w znacznej części nieznanych nam czynników, którą żywotną siłą twórczą nazywamy.

P. Nawrocki podnosi dla czytelnika tajemniczą zastłonę ukrytych źródeł, przytacza wyjątki z prac wykazujących protagon we krwi, w roślinach; lecz czytelnik nie znajduje tam wzmianki o znalezieniu protagonu w ropie przez Dra. Fischera w Berlinie (*Centralblatt für die medic. Wissenschaften. April 1865. Nr. 15.*); nie wykonał on wprawdzie pierwiastkowego rozbioru, ale otrzymał z ropy to ciało w postaci krystalicznej i z opisaniami chemicznymi własnościami.

Próby robione przezemnie z żółtkiem kurzego jaja w grudniu 1862, kiedy nie jeszcze o protagonie nie wiedziano, a to w celu wydobycia zeń cholesteryny, zdają się przemawiać za przypuszczeniem Hoppe-Seylera: że w żółtku protagon się znajdzie. Postępowanie moje było następnem: z eterycznego wyciągu oddałem eter, a następnie znaczną część barwika wraz z tłuszczami przez zimny wyskok: z pozostałości eterycznego wyciągu zmydlone tłuszcze uniosły z sobą cholesterynę, którą eterem oddzielić mogłem z osadu, tworzącego się przy rozcieńczeniu wodą wspólnego ich wyskokowego roztworu; pozostałość ta w znacznej części pozbawiona mydeł i cholesteryny a przedstawiająca się jako biały osad, traktowana ciepłym wyskokiem dała roztwór, z którego otrzymałem wybitne kształty myeliny, barwiącej się czerwono przy działaniu stężonego kwasu siarczanego; ale pozostała była jeszcze część nierozpuszczalna, nieco pęczniejąca, w której przejrzyste kule i gwiazdki igiełek znalazłem. Te próby należy jeszcze powtórzyć, co też zamierzam uczynić zmieniając nieco postępowanie. Mimowolnie zbyt stanowcze wyrzeczenie co do obecności protagonu w żółtku, słusznie zwróciło uwagę p. Nawrockiego.

Wątpliwościom p. Nawrockiego wobec przyjęcia protagonu w skład roślinny, przeciwstawi się pytanie: jak wielkim jest szereg ciał wytwarzających się w ustrojach zwierzęcych i roślinnych, zawierających fosfor i azot, a rozpuszczalnych w eterze? zapewne więc p. Nawrocki zarzuci tylko p. Hoppe Seyler, że na przytoczonej stronnicy (142) użył wyrazów: „*es ist mir jetzt sehr wahrscheinlich*,” oraz „*scheint mir unzweifelhaft*.”

Tyle słów moich w poruszonej myelinowej kwestyi; oddałem w nich bez wszelkiej lęklności „*suum cuique*”, nie poczytując sobie tego zbyt za wadę.

Warszawa, 5 października 1866 r.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kliniczne postrzeżenia nad postępowym rozrostem tkanki tłuszczowej w mięśniach z następczym bezwładem. (*Lipomatosis luxurians musculorum progressiva*).

Dr. Adolf Heller, Assystent kliniki lekarskiej w Erlangen i Dr. C. Sigmundt b. assystent kliniki w Tübingen — opisują *) obserwowane przez nich wypadki samodzielnego przerostu tkanki łącznej położonej między włóknami mięsnymi ze znacznym rozrostem tkanki tłuszczowej, który uważany był dotąd za zwyczajny przerost samych mięśni. Pod względem klinicznym powyższa forma chorobna, w ostatnich dopiero czasach wyjaśniona, z tego względu zasługuje na szczególną uwagę, że łączy się zwykle ze stopniowem porażeniem mięśni dotkniętych podobnymi zmianami. Z tego też względu podajemy w treści postrzeżenia powyższych badaczy, dołączając wnioski przez nich wyprowadzone.

Dr. A. Heller przy szczegółowym opisie dwóch takich wypadków obserwowanych w klinice w 1865 r., zwraca na wstępie uwagę, że Duchenne pierwszy (w 1861 r.) opisał t. z. „*Paraplégie cérébrale congénitale hypertrophique*.” Później spotykamy się już z doniesieniami o podobnych wypadkach obserwowanych w klinikach: Schützenberger’a, Jaksch’a i Oppolzer’a. Pierwszy jednak Griesinger, łącząc ściśle obserwację kliniczną z badaniami mikroskopowemi, przyczynił się do wyjaśnienia téj zagadkowej formy chorobnej.

Dwa wypadki obserwowane przez Heller’a były następujące:

I. Niejaki Jan Braunecker rodem z Hohenstadt, liczący 11 lat, pochodzi z biednej familii kamieniarzy, która oddawna zamieszkuje w zimnej siedzibie wykutój w skale, prowadząc zresztą życie bardzo nędzne. Ojciec Jana B. zmarł z pijaństwa; matka zaś żyjąca zupełnie zdrowa, oddając syna do kliniki objaśniła: że Jan B. do 5go roku życia był zupełnie zdrow, że dopiero w 6 roku zaczęło się objawiać pewne osłabienie nóg, a przy pośpieszném chodzeniu często upadał na ziemię. Według dalszych zeznań matki i sióstr Jana B., starszy brat zmarły przed kilku laty cierpiał na podobną chorobę, a trzeci brat żyjący pozostaje w domu, jako dotknięty zupełnym bezwładem nóg. Nadto rodzony wuj Jana B. i przyrodni brat nazwiskiem G. S. zmarli w skutku porażenia kończyn dolnych.

Stan w jakim się Jan B. przedstawił w klinice był taki: pacjent na swój wiek małego wzrostu, nierozwinięty, cery zdrowej. Stojąc prosto, na nogach utrzymać się nie może bez mocnego pochylenia górnej części ciała ku tyłowi, skutkiem czego następuje skrzywienie kołunny kręgosłupa ku przodowi (lordosis). Mięśnie okolicy krzyżolędźwiowej, mięśnie pośladowe i w ogóle mięśnie kończyn dolnych w objętości znacznie powiększone, naprężone, twarde; mięśnie brzuszne również mocno rozwinięte i twarde. Przeciwnie, mięśnie kończyn górnych słabo rozwinięte, tylko mięśnie naramienne (m. deltoidei) w dolnej części uderzają swą

*) Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1866, I Tom str. 616 i 630.

twardością. Mięśnie dolnej połowy ciała uwydatniają się w swych atletycznych zarysach przy dowolnym ruchu, jednakże ich rzeczywista praca stoi w odwrotnym stosunku do grubości i twardości. Skoro chory pochyla się pod kątem 90° do dolnych kończyn, wówczas nie jest w możności wyprostować się bez oparcia się rękoma o uda. Chód Jana B. jest mocno utrudnionym, albowiem chory nie mogąc zginać nóg w biodrze przy stąpieniu, przechyla się mocno górną połową ciała ku tyłowi aby umieścić odpowiednią nogę ku górze. Ruchy jakie wówczas odbywa miednica podobne są do tych, jakie zazwyczaj spotykamy przy sztywności stawu biodrowego (ankylosis). Podniesienie się z krzesła bez obcej pomocy jest niemożliwe. W położeniu leżącym chory może jakkolwiek zginać nogi w biodrze, wyprostowanie jednak następuje powoli, słabo, z widoczną trudnością. W ogólności w postawie chorego uderza pewna niemiarowość między górną i dolną częścią ciała. Znaczne wychudnienie górnej połowy stoi w uderzającej sprzeczności z mocnym rozwinięciem pośladków i dolnych kończyn. Skóra pokrywająca dolną część ciała uderzała niebieskawo-czerwonem, marmurkowanym zabarwieniem. Zastosowanie faradyzacji wykazało bardzo słabe oddziaływanie mięśni dolnych kończyn — słabsze zaś jak w stanie normalnym mięśni górnych kończyn. Czułość i zmysł dotykania powierzchni ciała były niezmienione. Podobnież czynność wszystkich organów prawidłowa.

II. W drugim wypadku Michał Braunecker, rodzony i starszy brat poprzedniego, lat 16 liczący, sprowadzony do kliniki przez matkę, według własnego opowiadania do roku 7-go życia był zupełnie zdrow; dopiero później szczególnym swym chodem zwracał uwagę starszych, doznając pewnego osłabienia w nogach i bólu przykrego w kolanach. Zwolna do roku 14 wykształcił się zupełny bezwład kończyn dolnych.

Stan, w jakim się chory przedstawił w klinice, był taki: M. B. pozornie młodziej wygląda od młodszego brata J. B. Wejrzenie dziecinne, głupowate, rozwinięcie umysłowe na bardzo niskim stopniu. Zupełny bezwład obu nóg. Zginacze goleni i stopy, mianowicie po prawej stronie, w stanie skurczu; mięśnie ikrowe (mm. gastrocnemii) mocno naprężone, wydętne, — noga ma położenie jak przy „pes equinus.” Mięśnie biodra znacznej objętości, naprężone, twarde — mniej są wydętne mięśnie pośladkowe; mięśnie okolicy krzyżolędźwiowej i brzucha mocno rozwinięte. Mięśnie zaś górnej połowy ciała bardzo słabo rozwinięte, a piersiowe prawie zanikłe.

Przy zastosowaniu faradyzacji w mięśniach pośladkowych, silne nawet prądy nie wywołują żadnego oddziaływania — gdy tymczasem mm. czworoboczny uda (quadriceps femoris) i ikrowy już przy słabym strumieniu objawiają mocne kurcze. Dawano także spostrzegać bardzo słabe oddziaływanie mięśni położonych na przedniej powierzchni goleni i uda, umiarkowane w mm. brzucha, a mięśnie piersiowe pobudzone strumieniem indukcyjnym nie objawiały żadnego oddziaływania. Oddziaływanie mięśni górnych kończyn słabe. Czynności organów normalne.

Dr. C. Sig mundt obserwując podobny wypadek w klinice w Tübingen w r. 1865, wspomina również o 2 wypadkach, jakie napotkał w literaturze: jeden opisany przez Costea i Gioja, którzy wspominają o znacznym powiększeniu objętości mięśni grzbietu i kończyn górnych i dolnych u 2ch rodzonych braci; drugi opisany przez Meryon'a, w którym obserwowano u 4ch rodzonych braci, między 5 a 8 rokiem życia, niekształtności członków ciała ze zmniejszeniem siły mięśniowej.

Wypadek obserwowany przez Sig mundt'a był następujący: Grzegorz Grabherr, 14 lat liczący, przybył do kliniki w Tübingen w r. 1864. Według własnego i krewnych opowiadania, już w 3im roku życia doznawał uczucia ciężenia nóg, przy czém często upadał na ziemię. Od roku 8 spostrzeżono, że chód Grzegorza G. był wahający się i że wtedy górna część ciała przechylała się nieco ku tyłowi. Jednocześnie nogi stawały się coraz grubsze, a chód coraz bardziej utrudnionym. W 10 roku życia chory zaledwie kilkanaście kroków przejść potrafił, zawsze z widocznym przechyleniem górnej połowy ciała ku tyłowi, przy mocniejszym zaś pochyleniu się ku przodowi upadał.

Z przybyciem do kliniki, G. G. przedstawił się wzrostu średniego, twarzy pełnej z rumieńcami. W postawie stojącej, oś grzbietu z osią kończyn dolnych tworzyła kąt rozwarty

ku tyłowi. Po obnażeniu ciała, pośladki i dolne kończyny w objętości znacznie były powiększone, tak że patrząc od tyłu wydawało się jak gdyby grzbiet małego chłopca był osadzony na niednicy i dolnych kończynach mężczyzny dorosłego. Skóra pokrywająca części ciała nienormalnie powiększone, była chłonna, ciemno-czerwoną marmurkowaną. Inne części ciała słabo były rozwinięte. Stosowanie faradyzacji wykazywało słabe oddziaływanie w mięśniach pozornie przerosłych, tą też drogą żadnego polepszenia dla chorego wyzyskać nie można było.

Wypadki powyższe, dla stosunków familijnych wspomnianych chorych, nie mogły być do końca w klinice badane; — korzystając jednak z obserwacji przez pewien czas trwającej, wyprowadzono godne uwagi wnioski.

U chorych obserwowanych przez Dra Heller'a, prof. Ziemssen i prof. Zenker wycinali z różnych miejsc kawałki mięśni pozornie przerosłych, poddając je badaniom mikroskopowym. Już na pierwszy rzut oka mięśnie te przedstawiały się bardzo zmienione; nie były bowiem czerwone, a blade, biało-żółtawe, zbliżając się więcej wejrzeniem do tłuszczaka. Bliższe zbadanie mikroskopowe wykazało: *nadzwyczajny rozwój tkanki tłuszczowej pomiędzy pojedynczemi włóknami mięsnymi*. Uderzającą była ogromna *przewaga tkanki tłuszczowej nad samą substancją mięsną* — miejscami nawet *nie było wcale tkanki mięsnej a tylko liczne wielkie komórki tłuszczowe* położone pośród włóknikowatej substancji międzykomórkowej. Same włókna mięsne pojedynczo rozrzucone pośród tkanki tłuszczowej, blade, wyraźnie prążkowane ¹⁾.

Pytanie jednak zachodzi, czy ów przybytek tkanki tłuszczowej dzieje się kosztem zanikającej jednocześnie substancji mięsnej, czy też tkanka tłuszczowa bujając między włóknami mięsnymi, rozsuwa tylko takowe? Billroth przyłącza się do tego ostatniego przypuszczenia; słuszną jest jednak uwaga Heller'a, że gdyby przy tak znacznym rozwoju tkanki tłuszczowej jednocześnie nie zanikała właściwa substancja mięsna, to niewątpliwie przyszłoby do bardziej uderzającego powiększenia objętości członków, aniżeli to w istocie ma miejsce. Nareszcie brak zupełny włókien mięsnych w niektórych miejscach badanych mięśni, i stopniowe zmniejszanie się pobudzalności mięśni chorobnie zmienionych, zdają się najzupełniej przemawiać za zdaniem Heller'a, który utrzymuje: *że bujanie tkanki tłuszczowej przegródkowej (interstitialis) łączy się w tej formie chorobnej z jednoczesnym zanikiem pierwotnych włókien mięsnych*.

Przy rozbiórce momentów etjologicznych, tak Heller jak również Sigmundt, opierając się na przytoczonej statystyce są przekonania, że cierpienie to znajduje główną podstawę w usposobieniu familijném, skoro nawet w dwóch generacyach dawało się już spostrzegać; — opisy zaś Friedberg'a ²⁾ pokazują, że podobna choroba w jednej familii przechodzić miała przez wiele generacji. Rzeczywiście we wszystkich dotąd opisanych wypadkach pojawiała się już w młodym wieku, sprowadzając zwolna postępowy bezwład członków. Dotąd cierpienie to obserwowano tylko u mężczyzn, linija zaś żeńska zdaje się być zupełnie wyłączoną.

Z warunków higienicznych: wilgotne i zimne mieszkania (jak to miało miejsce w familji Brauneckerów), niedokładne okrycie ciała w czasie snu, niemniej nieznanie nam bliżej warunki endemiczne, mogą się według zdania Heller'a przyczynić do *postępowego rozwoju tkanki tłuszczowej w mięśniach*, (według Heller'a „Lipomatosis luxurians musculorum progressiva“), który dotąd niesłusznie uważany był za prosty przerost mięśni. C.

Do Kazuistyki choroby Addison'a.

Dr. Huber z Memmingen podaje ³⁾ ciekawy opis jednego wypadku mało dotąd poznanej choroby Addison'a, który w treści unieszczyamy:

Niejaki W. oberżysta, liczący 52 lat, silnej budowy ciała, ciesząc się dawniej zupełném zdrowiem, z niewiadomej przyczyny przed rokiem zezerniał na twarzy i rękach. Następnie

¹⁾ Badania mikroskopowe Griesinger'a zgadzają się najzupełniej z powyższymi przytoczonymi.

²⁾ *Pathologie und Therapie der Muskellähmung*. Lipsk. 1862. p. 121.

³⁾ *Deutsches Archiv für klinische Medicin* Tom I. 1866. str. 635.

twarz jego przybrała szaro-żółtawe zabarwienie, stan zaś ogólny zdrowia nie był wcale zakłócony. Dopiero na parę tygodni przed zasięgnięciem rady Dra H u b e r' a W. uczuł się bardzo osłabionym, stracił apetyt, doznając częstego porywania do wymiotów — a noce spędzał bezsenne. Stan w jakim się W. 18 stycznia 1866 r. przedstawił był taki: mężczyzna silnie zbudowany z dosyć rozwiniętym pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, zabarwienie twarzy szaro-żółtawe, białkówka oka niezmienioną barwy. Uczucie osłabienia i silnego zawrotu głowy. Język żółtawo obłożony, zupełny brak apetytu, nieustanne nudności i żółciowe wymioty, brzuch miękki niebolesny, stolce nieregularne. Mocz szczupły, koloru żółtawo-czerwonego, kwaśny, nie zawiera białka i barwników żółci. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, w okolicy podbojczykowej prawej przy perkussyi małe stopienie ołgłosu. Tętno serca czyste ale słabe, puls mały, miękki. Temperatura ciała normalna. Zupełna bezsenność.

Przy pierwszém obejrzeniu chorego, jak powiada H u b e r, istota cierpienia była zupełnie nie jasną, dopiero dnia następnego dowiedziawszy się od chorego o dawniejszém jeszcze zabarwieniu twarzy i rąk, wniesić można było z pewnóm prawdopodobieństwem o cierpieniu nadnerczy, pierwszy raz opisaném przez Addison'a.

Choremu zadano słaby roztwór chininy.

20 stycznia: wymioty nie ustają, puls słaby, prawie niedomacalny — pomimo to chory siedzi na łóżku i mówi dosyć głośno przy zupełnej przytomności umysłu. W nocy śmierć nastąpiła.

Ogłędziny pośmiertne dokonane zostały w 30 godzin po śmierci. Sądząc z wejrzenia trupa przypuszczaćby należało, że to są zwłoki człowieka w zupełném zdrowiu nagle zmarłego. Skóra na twarzy koloru słabo-żółtawego, zresztą na całym ciele normalnie zabarwiona. Tkanka tłuszczowa mocno rozwinięta. Przy wewnętrzném badaniu okazało się: lewe płuco normalne, prawe na całej przestrzeni do klatki piersiowej przyrosłe, górny zraz przekrwiony, w szczycie ognisko apoplektyczne. Serce wiotkie, tłuszczem obrosłe, substancycja mięsna czerwono-brunatna. Wątroba śluszczona. Śledziona powiększona tak jak w tyfusie. Nerki tłuszczem obrosłe, żadnych zбочeń nie przedstawiają. *Lewe nadnercze* (glandula suprarenalis) przedstawia rodzaj guza, który dochodzi wielkości kurzego jaja, otoczony jest tęgą włóknistą powłoką; przy nacięciu wypływa masa ropiasta, pośród niej zaś rdzeń serowaty wielkości orzecha laskowego. Niema nawet śladu normalnej tkanki. *Prawe nadnercze* na powierzchni przecięcia przedstawia pośród włóknistej zbitęj tkanki, małe serowate ogniska wielkości zajęczego śrótu. Stan kanału pokarmowego z przyczyn zewnętrznych, nie mógł być zbadany.

Wypadek opisany przez Dra H u b e r' a zgadza się najzupełniej ze znanymi dotąd opisami choroby A d d i s o n' a. Zabarwienie brązowe skóry, nieznaczne wychudnienie, uczucie ogólnego osłabienia ze skłonnością do wymiotów, są to objawy towarzyszące zazwyczaj temu zagadkowemu cierpieniu nadnerczy, nazwanemu przez Anglików „Bronzed Skin“. W wypadku przytoczonym uderza powolne zacieranie się ograniczonego zabarwienia skóry, jak niemińsz znaczne powiększenie śledziony. C.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 17 do 23 paźdź. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	573	179	132	22	598
„ Śgo Ducha	132	41	25	4	144
„ Ewangelickim	57	32	13	1	75
„ Śgo Rocha	81	37	24	5	89
„ Śgo Jana Bożego	150	3	4	1	148
„ Śgo Łazarza	274	63	37	3	297
„ Starozakonnych	301	81	74	7	301
Ogółem:	1568	436	309	43	1652

Od dnia 17 do 23 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholereę był następnym:

	Było	Przybyło	Wyzdrowiało	Umarło	Pozostaje
W szpitalu Śgo Łazarza	7	6	4	3	6
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	122	38	78	17	65
Razem	129	44	82	20	71

W ogóle do 23 października zachorowało 2129, wyzdrowiało 1400, a umarło 661.

Z całego wykazu wynika tedy, że w ostatnim tygodniu wypadki cholery były nader rzadkie. Najwięcej zachorowało d. 19 paźd. t. j. 19 osob, najmniej w d. 23 paźd. bo tylko 2 osoby. Natomiast powiększył się stan chorych na inne choroby, albowiem w szpitalach warszawskich wzrósł z 1568 osób na 1652, t. j. okazał się o 84 osób większy, aniżeli w poprzednim tygodniu.

Wiadomości bieżące.

— W N. 7 Gazety lekarskiej (z dnia 6/18 sierpnia) podaliśmy wiadomość o mającym odbyć się w Paryżu w r. przyszłym międzynarodowym zjeździe lekarskim. Uzupełniając tę wiadomość nadmieniamy, że komitet organizacyjny w pierwszych dniach b. miesiąca ogłosił statut i program prac zjazdu, które w streszczeniu obecnie przytaczamy. Zjazd, który minister oświecenia publicznego bierze pod swą szczególną pieczę, otwartym będzie w d. 16 sierpnia 1867 r. i trwać ma dwa tygodnie. Członkowie kongresu dzielą się na 1) członków założycieli, któremi być mogą tylko lekarze krajowi (francuzcy), i 2) członków przybranych (adhérents) z lekarzy zagranicznych. Żądający przyjąć udział w zgromadzeniu tém w charakterze członków założycieli zanoszą o to podanie do komitetu organizacyjnego z załączeniem 20 franków; przystępujący zaś do niego lekarze zagraniczni nadesłać winni swoje przyzwolenie do Dra J a c c o u d, sekretarza naczelnego komitetu organizacyjnego (M. le docteur J a c c o u d 4, rue Drouot, à Paris), członkowie przybrani wolni są od wszelkiej opłaty. Zjazd lekarski ma cechę wyłącznie naukową; program prac jego jest następujący: 1) anatomia i fizjologia patologiczna gruźlica (tuberculum); o gruźlicy (tuberculosis) w różnych krajach i o jej wpływie na śmiertelność ogólną; 2) o zawiśnięciach, czyli przypadłościach ogólnych, które bywają powodem śmierci po operacjach chirurgicznych; 3) czy jest możebnym przedłożyć rozmaitym rządóm pewne stanowcze środki celem ograniczenia szerzenia się chorób wenerycznych; 4) o wpływie pokarmów używanych w różnych krajach na wywołanie pewnych chorób; 5) o wpływie klimatu, plemion i różnych warunków życia na miesiączkę w rozmaitych krajach; 6) o aklimatyzacji plemion europejskich w krajach gorących; 7) o wnetrzakach (entozoa et entophyta) mogących rozwijać się u człowieka. Oprócz kwestyj objętych tym programem, dozwolone są prace osobistej inicjatywy. W rozprawach przyjmują udział tylko członkowie zjazdu, tak założyciele, jak i przybrani i proszeni są o nadesłanie prac swoich (na zadania programem objęte, lub osobistej inicjatywy) najdalej do 26 lipca 1867 r. pod adresem sekretarza naczelnego komitetu. Posiedzenia kongresu odbywać się będą codziennie (wyjąwszy niedzieli) dwa razy: we dnie od 2 do 6, wieczorem od 8 do 10 godziny. Żadna kwestya nie zajmie więcej nad jedno posiedzenie; porządek dzienny będzie następujący: 1) czytanie jednej z prac programem objętej i na porządku będącej (które dłużej nad 20 minut trwać nie może); 2) dyskusya nad pracą odczytaną; 3) komunikowanie prac osobistej inicjatywy, którym wyłącznie wieczorne posiedzenia poświęcone będą. Wszystkie prace zaraz po odczytaniu złożone będą na ręce sekretarza naczelnego i są własnością zjazdu, po skończeniu którego ogłoszone będą drukiem.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz**.

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

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 Stocjach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

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

TREŚĆ: O wpływie zgęszczonego powietrza na organizm ludzki w stanie zdrowia i choroby, *Wincenty Brodowski* — Zapalenie stawu biodrowego; wypilowanie szyjki kości udowej, wyzdrowienie, *Prof Girsztowl.* (Dokończenie) — Odpowiedź na: „kilka słów o myelinie.” *Prof. Fudakowski* — Kronika Zagraniczna. Kliniczne postrzeżenia nad postępowym rozrostem tkanki tłuszczowej w mięśniach z następczym bezwładem. Do Kazuistyki choroby Addison'a, *F. Czajewicz.* — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

O wpływie zgęszczonego powietrza na organizm ludzki w stanie zdrowia i choroby.

Przez *Wincentego Brodowskiego*, Lekarza wolno-praktykującego, współwłaściciela zakładu pneumatyczno-leczniczego w Warszawie.

Pierwsze postrzeżenia nad wpływem ściśnionego powietrza na organizm ludzki przypadają na wiek XVI. Były one czynione bądź w głębokich podziemiach, bądź też w dzwonie nurków. Już w owych czasach *Sturm i us*, (którego poczytują za wynalazcę dzwona nurka) i *Hal l é*, doszli do tego przekonania, że wypadki śmierci, jakie się zdarzały tak w nadmienionych podziemiach, jak i dzwonach, spowodowane pospolicie przekrwieniami lub krwotokami w rozmaitych wnętrznościach, nie były bezpośredniem następstwem podniesienia ciśnienia powietrza, jak zrazu mniemano, lecz zależały bądź od nagłego przejścia z powietrza ściśnionego do zwyczajnego, bądź też od nagromadzenia się w wspomnianych miejscach gazów duszących.

Jak dalece uczuwano potrzebę dokładniejszego zbadania wpływu ściśnionego powietrza, nie tylko na organizm zwierzęcy, lecz i roślinny, najlepiej dowodzi ta okoliczność, że już w r. 1782, Harlemskie towarzystwo naukowe wyznaczyło nagrodę dla tego, ktoby:

1) wynalazł przyrząd do robienia postrzeżeń nad działaniem zgęszczonego powietrza i

2) wykonał za pomocą takiego przyrządu szereg doświadczeń, objaśniających wpływ pomienionego powietrza na życie zwierzęce i roślinne.

O nagrodę tę nikt się jednak nie ubiegał. Dopiero w r. 1832 *Junod* wynalazł przyrząd, w którym podług upodobania można było zgęszczać i rozrzedzać powietrze, którego ciśnienie wymierzało się dodanym do nadmienionego przy-

rzędu manometrem. Owocem doświadczeń, jakie Junod za pomocą swego aparatu wykonał, była praca przedstawiona paryzkiej akademii nauk w 1835 r. pod napisem: „*De la condensation et de la rarefaction de l'air, opéré sur toute l'habitude du corps ou sur les membres seulement, considérées sous leurs rapports thérapeutiques.*“

Junod, co się tyczy powietrza ściśnionego sformułował swoje wnioski w sposób następujący:

1) Zgęszczone powietrze ciśnię na błonę bębenkową, skutkiem czego obok niewielkiego stopienia słuchu, doznaje się w uchu pewnego niemiłego uczucia.

2) Oddech staje się swobodniejszym, wdychanie głębszém; po 15 minutach doświadcza się uczucia lekkości w piersiach.

3) Krażenie krwi przyspiesza się, tętno staje się częstszém, umysł się pobudza, wyobrażenia zyskują na żywości, ruchom przybywa energii, apetyt się zwiększa, wydzielenie moczu i śliny obfitsze.

4) Ciężar ciała zmniejsza się, głos nabiera dźwięku metalicznego, staje się donośniejszym.

Zachęteni doświadczeniami Junod'a, Pravaz i Tabarié zaczęli stosować zgęszczone powietrze do celów lekarskich. Ich to usiłowaniam, a przede wszystkim Tabarié'go zawdzięczamy udoskonalenie przyrządów do zgęszczania powietrza. Im przypadł zaszczyt położenia podstaw racjonalnej pneumoterapii. Ich postrzeżenia i doświadczenia przyczyniły się najwięcej do wyjaśnienia wpływu zgęszczonego powietrza, tak na zdrowy jak i na chory organizm ludzki. Przypatrzmy się temu wpływowi bliżej.

Najważniejszym on jest niezaprzeczenie dla oddychania i krażenia krwi, za pośrednictwem których dopiero wywiera się i na inne czynności naszego organizmu. Nadto zgęszczone powietrze działa jako podniesione ciśnienie na powierzchnię naszego organizmu.

Co się tyczy oddychania, to ściśnione powietrze działa, tak na mechaniczne jak i chemiczne jego objawy. Pierwsze ulegają zmianom w dwojakim kierunku, to jest: pod względem rozległości wdychań i ich rytmu.

I tak co do pierwszej: wdychania pod wpływem zgęszczonego powietrza stają się rozleglejszemi i głębszemi. Oto w jaki sposób Pravaz¹⁾ tłumaczy tę zmianę. „Zdawałoby się zrazu, że ściśnione powietrze nie powinno w niczém zmieniać mechanizmu oddechowego, a to właśnie dla tego, że ciśnienie zewnętrzne, t. j. na ściany klatki piersiowej od zewnątrz, zdawałoby się powinno równoważyć takieżże samęj siły ciśnieniem wewnętrzném, t. j. na te same ściany od wewnątrz za pośrednictwem płuc, obwodowe części których, z powodu niemożności utworzenia się w opłucnej próżni podczas oddychania, zawsze się znajdują w bezpośredniem zetknięciu z nadmienionemi ścianami. Po dokładniejszém wszakże zważeniu wchodzących w grę czynników, łatwo da się wytłumaczyć znany z doświadczenia fakt, że powiększenie ściśliwości powietrza jest warunkiem sprzyjającym wykonywaniu i powiększeniu rozległości ruchów oddechowych.

„Dwie okoliczności składa się na to, aby rozszerzanie się pęcherzyków płucnych w zgęszczoném powietrzu łatwiej skuteczniało i zyskiwało na rozległości.“

¹⁾ *Essai sur l'emploi medical de l'air comprimé. Paris et Lyon 1850.*

„Nasamprzód, zważywszy, że opór jaki stawiają gałęzie oskrzelowe (*renitus bronchiarum Haller'a*) wchodzącemu do płuc powietrzu, rośnie w miarę rozszerzania się ostatnich; zważywszy z drugiej strony, że w zwyczajnych warunkach życia wdychanie (*inspiratio*) nigdy nie dochodzi do téj rozciągliwości, na jakaby pozwalały anatomiczne stosunki ścian klatki piersiowej, że zatem bezwątpienia u wielu osób zwłaszcza zaś u pędzących życie siedzące, a więc mniej zużywających tlenu, a tém samym i mniej wciągających przy oddychaniu powietrza, sama ściągliwość tkanki przyczynia się znakomicie do zmniejszenia tego maximum pojemności płuc, do jakiego one dochodzić mogą przy zwykłym ciśnieniu powietrza, a więc i do ograniczenia zwyczajnego rozszerzania się klatki piersiowej; łatwo przyjdziemy do tego wniosku, że podnosząc wzmiankowane ciśnienie, a więc powiększając siłę, która walczy przeciwko oporowi płuc, dajemy możność zwiększania maximum ich pojemności, a tém samym i rozleglejszego pod wpływem mięśni wdechowych rozszerzania się klatki piersiowej.

„Drugą okolicznością, która przyczynia się do powiększenia rozległości wdychania w powietrzu ściśnioném, jest zmiana, jaka zachodzi w zwyczajnym sposobie uskuteczniania się oddechu.

„M a g e n d i e, tłumacząc mechanizm przemiennego rozszerzania się i ściągania narzędzi oddechowych, pierwszy zwrócił uwagę na to, że obniżanie się przepony podczas wdychania nie tylko powoduje powiększenie się wymiaru pionowego klatki piersiowej, lecz nadto, podnosząc tę klatkę w całości, przyczynia się do powiększenia jój wymiarów poziomych. B e a u i M a i s i a t opierając się na danych anatomicznych i zasadach mechaniki, objaśnili to podnoszenie się klatki piersiowej i zostające z niém w związku powiększanie się jój wymiarów tak poprzecznego jak i przednio-tylnego.

„Podnoszenie się ścian klatki piersiowej jest podług Magendie'go w prostym stosunku do poruszalności żeber i oporu wnętrzości brzusznych. Otóż powiększenie ciśnienia atmosferycznego na ściany brzucha zwiększa sprężystość gazów zawartych w przewodzie pokarmowym, tém samym utrudnia obniżanie się przepony, w skutku czego żebra i mostek zmuszone są do brania większego udziału w mechanizmie oddychania. Jakkolwiek więc rozszerzenie klatki piersiowej w kierunku pionowym jest zmniejszone, to jednak pomienione zmniejszenie jest z lichwą wynagrodzone powiększeniem rozszerzenia tejże klatki w wymiarze przedniotylnym i poprzecznym, tak że koniec końcem powietrza do płuc za każdą inspiracją dostaje się więcej.”

Co się zaś tyczy rytmu oddechowego, to zmiany jakie w nim zachodzą pod wpływem zgęszczonego powietrza, zostają w ścisłym związku ze zmianami w *objawach chemicznych* oddychania, spowodowanemi tym samym czynnikiem. A mianowicie, ilość oddechów w danym czasie zmniejsza się, albowiem przy każdym wdychaniu krew więcej pochłania tlenu, raz dla tego że z większą jego ilością przychodzi w zetknięcie, a potem że się to odbywa pod powiększonym ciśnieniem (prawo Biot'a). Łatwo więc zrozumieć, że w takich warunkach nawet przy zmniejszonej ilości oddechów może się więcej do krwi dostać tlenu, niż zwykle, jak tego najlepiej dowodzi zwiększona ilość wydalonego kwasu węglanego pod-

czas oddychania zgęszczoném powietrzem. W ogóle doświadczenie wykazało, że u osób dotkniętych dusznością, ilość oddechów w zgęszczoném powietrzu daleko bardziej się zmniejsza aniżeli u zdrowych.

Wiadomo znowu w jak ścisłym związku z oddychaniem zostaje krążenie krwi. Nie może więc zajść żadna ważniejsza zmiana w rytmie oddechowym ażeby takowa natychmiast nie pociągnęła zmiany i w krążeniu. Jakoż tętno pod wpływem ściśnionego powietrza wolniej i to témznaczniej, im prędszém było przedtém. U chorych wchodzących do przyrządu pneumatycznego z znacznie przyśpieszoném tętnem postrzegano nieraz już po pierwszej kąpieli ze zgęszczonego powietrza zwolnienie o 12 do 18 uderzeń, a w niektórych nawet wypadkach o 30 do 36 na minutę. I tak np. Professor Bertin ¹⁾ wspomina o jednym emfizematyku, u którego po pierwszej kąpieli puls spadł ze 108 na 72, podczas kuracyi ilość uderzeń stopniowo, prawie codziennie się zmniejszała, aż doszła w końcu do 45 na minutę. Na tym stopniu zwolnienia tętno pozostało kilka tygodni t. j. tak długo, póki chory brał kąpiele ze zgęszczonego powietrza; po zaprzestania zaś kuracyi tętno podniosło się tylko do 56 uderzeń na minutę. Tenże sam Bertin przytacza innego chorego na gruźlicę płucną, u którego podczas dreszczów codziennie niemal przychodzących tętno uderzało 120 razy na minutę, w innym zaś czasie 106; u tego po pierwszej kąpieli puls zwolniał o 30 uderzeń, a po 21ej dreszcze już się więcej nie pokazały.

Co się zaś tyczy naczyń włosowatych i żył, to w tych krążenie krwi pod wpływem zgęszczonego powietrza staje się szybszém, a to dla następujących powodów:

Wiadomo jak ważną rolę pomiędzy przyczynami poruszania się krwi w żyłach gra tak zwane wsyssanie przez klatkę piersiową; wiadomo także, iż siła nadmienionego wsyssania znajduje się w prostym stosunku do sprężystości płuc, będącej źródłem tak zwanego ujemnego ciśnienia (pod którym zostają w klatce piersiowej serce i wielkie pnie naczyniowe), a więc i wsyssania; wiadomo w ostatku że każde wdychanie z powodu mocniejszego rozdęcia sprężystych płuc powiększa wzmiarkowane ciśnienie ujemne, a więc i wsyssanie do klatki piersiowej. Widzieliśmy zaś wyżej, że pod wpływem ściśnionego powietrza wdychania stają się głębszemi i wynikające ztąd rozdęcia płuc daleko znaczniejszymi, aniżeli w warunkach zwyczajnych; rzecz więc prosta że odpowiednio powiększy się także i wsyssanie przez klatkę piersiową. Z drugiej znowu strony powinniśmy jeszcze pamiętać i o téj okoliczności, że w mowie będące wsyssanie krwi do klatki piersiowej konieckońców jest następstwem różnicy pomiędzy ciśnieniem pod jakim krew się znajduje w żyłach klatki piersiowej, a tém na jakie wystawiona jest w żyłach zewnątrz nadmienionéj klatki położonych; że zatem prąd krwi w żyłach w ogóle będzie tém szybszym, im wzmiarkowana różnica będzie większą. Otóż przy wystawieniu organizmu na działanie zgęszczonego powietrza otrzymujemy nie tylko podwyższenie w klatce piersiowej ciśnienia ujemnego (czyli zmniejszenie dodatniego), iak o tém wyżej była mowa, lecz nadto jeszcze zwiększamy znakomicie ciśnienie dodatnie w układzie żylnym zewnątrz klatki znajdującym się, a zatem

¹⁾ *Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé etc. Paris 1855.*

o tyle więcej jeszcze powyższą różnicę zwiększamy. Że przyspieszenie krążenia krwi w żyłach będzie miało w następstwie ułatwienie poruszania się jej w naczyniach włosowatych, to się samo przez się rozumie.

Widzieliśmy jak znaczny wpływ wywiera zgęszczone powietrze na oddychanie i krążenie krwi. Wiadomo zaś każdemu jak ważną odgrywają rolę te czynności w ogólnym odżywianiu organizmu ludzkiego, jak częstokroć zakłócenie którejkolwiek z nich pociąga za sobą znaczne upośledzenie nadmienionego odżywiania i jak pożądanymi są dla lekarza praktycznego w wielu razach środki przyczyniające się do wyrównania pomienionych zakłóceń. Z tego co się wyżej powiedziało wynika, iż zgęszczone powietrze należy do potężnych modyfikatorów ogólnego odżywiania, zwłaszcza zwichniętego i jako takie może znaleźć bardzo obszerne zastosowanie w medycynie praktycznej. Nie zostaje ono bez wpływu na ogólne odżywianie i w stanie zdrowia, lecz wpływ ten jest daleko mniejszy, a to dla tej przyczyny, że zdrowy organizm ludzki dosyć łatwo się zastosowuje do niezbyt wielkich i niezbyt nagłych zmian w normalnych warunkach życia. Bez takiego zastosowywania się wymieniony wpływ mógłby się stać wkrótce bardzo szkodliwym. W zgęszczonym powietrzu więcej jest tlenu; za każdym więc odetchnieniem krew więcej go chłonie, i to tém bardziej, ile że wdychania są głębsze; skutkiem tego roztwarzanie się (*decompositio*) mogłoby wiaść górę nad wytwarzaniem się; ale rytm oddechowy zależy przeważnie właśnie od ilości dostającego się tlenu do krwi. To przedewszystkiém jest powodem, że ilość oddechów w danej jednostce czasu o tyle zmniejszyć się może, iż przybytek tlenu w ogóle będzie bardzo nieznaczny, a więc i przyspieszenie zmiany materji bardzo niewielkie. Potęguje się ono wprawdzie przyspieszeniem krążenia krwi w naczyniach włosowatych i żylnych, jakie miewa miejsce pod wpływem ściśnionego powietrza; to też w skutek tego apetyt się zwiększa, zaspokojenie którego zapewnia najzupełniejsze wynagrodzenie strat.

Że pod wymienionym wpływem zmiana materji w ogóle jest szybszą, dowodzą tego tak powiększenie wydzielin przedewszystkiém moczu ¹⁾ i śliny, jak nie-mniej znaczniejsze pobudzenie układu nerwowego, objawiające się ożywieniem umysłu, pogodnym nastrojem ducha, podniesieniem energii układu mięśniowego i t. p.

(*Dokończenie nastąpi.*)

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

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(*Dokończenie.*)

Wykonanie operacji nie przedstawiało bynajmniej trudności. Chorój daliśmy położenie leżące na boku zdrowym, znieczulenie ogólne wywołaliśmy za pomocą chloroformu, i wyprostowawszy chorą kończynę, pierwsze cięcie w skórce

¹⁾ O zwiększonej ilości mocznika, przez Lehmana'a dowiedzionej (*Précis de chimie physiologique animale. Traduct. de M. Drion p. 226*).

zrobiliśmy podłużne w kierunku prostej linii na przestrzeni 5 cali zaczynając na cal powyżej skreću większego i prowadząc je tylnym jego brzegiem. Po rozcięciu skóry znaczna ilość wypłynęła ropy zmieszanej ze skrzepami włókniaka i kosmkami tkanki łączno-tłuszczowej w rozpadzie; drugie cięcie w tymże kierunku rozdzieliło mięśnie aż do kości, ropy podobną wydzieliła się ilość, ale mocno cuchnącej: palcem dopiero w głębi rany wyczuliśmy brzeg panewki (acetabulum) i skreću zewnętrzny, a wykonywając zarazem zgięcie i przyciąganie uda, trafiliśmy na otwór w torebce stawowej z tyłu i nieco ku dołowi; otwór ten prowadzący do próżni stawu skalpelem guziczkowatym rozszerzyliśmy prowadząc cięcie ku obwodowi torebki górnemu, dolnemu i tylnemu, wiąz wałkowy (*ligamentum teres*) był zupełnie zniszczony, zwichnienie przeto główki ze stawu przez wykonanie obrotu uda ku wewnątrz było nie zbyt trudnym; po przekonaniu się że spróchnienie ogranicza się główką i szyjką kości udowej, piłką łańcuszkową odpiłowaliśmy szyjkę powyżej skreću zewnętrznego. Panewka w kilku miejscach była nierówna i obnażona od chrząstki, miejsca te skrobaczką oczyściliśmy i żelazem rozpalonem potuszowaliśmy. Następnie kończynę operowaną wyprostowaliśmy, brzegi rany na przestrzeni $\frac{3}{4}$ długości połączyliśmy szwem, do otworu zaś dolnego wprowadziliśmy trąbkę drenową okręconą skubanką, nato położyliśmy grubą warstwę szarpi, którą umocowaliśmy kawałkiem płótna a nadto zrobiliśmy nawiązkę *spica cocae*, i położywszy na grzbiecie operowaną do łóżka o mocnej, równej podstawie, zewnętrzną stronę uda umocowaliśmy deszczułką idącą od *crista ossis ilei* aż do *malleoli cruris*, na wewnętrznej zaś stronie uda położyliśmy worek napełniony piaskiem: tym sposobem operowana kończyna była w zupełności unieruchomiona. W czasie operacji, która trwała 18 minut, prawie żadnego krwawienia nie było i dwie tylko mięśniowe tętniczki podwiązaliśmy.

Wypilowana główka kości udowej obnażona od chrząstki, nierówna, chropawa, pod naciskiem palca ustępuje i z łatwością się kraje, we wnętrzu główki próżnia napełniona posoczystą ropą i ziarniną przechodzącą w rozpad; szyjka kości udowej także spróchniała, miejscami oddzielają się z niej drobne zgorzelowe kawałki kości, główne jednakże zarysy tak główki jak i szyjki zachowane.

Wieczorem w dniu operacji chora bardzo osłabiona, leży spokojnie, tętno nader prędkie, zaledwo liczyć się daje, w kończynie operowanej na bole się nie skarży. W ciągu nocy (z dziesiątego na jedynasty stycznia) zupełnie nie spała; tętno pełniejsze, policzki zarumienione, brak apetytu. Dwunastego stycznia tętno 128, temperatura ciała podwyższona, noc bezsenna; szarpia przesiąknięta brudnym, cuchnącym nieco płynem. 13 stycz. zmieniono opatrunek: szwy wyjęto, brzegi rany spojone, z otworu rany i przez trąbkę drenową wypływa ropa rzadka, cuchnąca; zimne okłady, które od operacji stosowane były na ranę, zamieniono ciepłemi, ranę przemyto *inf. chamom.*, unieruchomienie kończyny te same. 14—18 stycz. gorączka przyrana (*febris vulneraria*) w tymże stopniu, tętno 120—132, wieczorami dreszcze, opatrunek dwa razy zmienia się dziennie. 21 stycz. z rany wypływa ropa gęsta, żółta, chora spokojna, tętno 103, apetyt zjawia się, sen orzeźwiający. 1 lutego gorączka zupełnie minęła, tętno 84, chora

wesoła, w ranie bujna ziarnina, położenie wciąż na grzbiecie, unieruchomienie kończyny stałe. 14 lut. apetyt dobry, dyeta pożywna, do opatrunku rany używa się *sol. nitr. arg.* (10 gr. na uncję wody). 2 lut. rana zablizniła się, obrzniętość stopy znikła, siły chorób wracają. 1 marca chora na kulach przechadza się, noga krótsza o $1\frac{1}{2}$ cala, palcami opiera się o ziemię, zastosowano wyciąganie kończyny za pomocą ciężaru. 15 marca chora przechadza się opierając się na kiju, stan ogólny wyśmienity. 28 marca chora chodzi bez pomocy kija, kuleje, noga krótsza na 1 cal, odżywienie operowanej kończyny doskonałe, temperatura i uczucie normalne, mięśnie odzyskują siłę. 6 kwietnia chora w trzewiku o grubiej podszewie chodzi niekulejąc, stoi na kończynie operowanej, wykonywa wszystkie ruchy (*flexio, extensio, adductio, abductio*) w nowym stawie dosyć swobodnie bez współczesnych ruchów miednicy, co dowodzi, że spojenie między górnym końcem uda, a miednicą nie jest kostne, a tylko włókniste (*ankylosis fibrosa*).

Operacya wypiłowania szyjki kości udowej, której rezultat, pomimo braku przyrządów *H e a t h ' a i B o n n e t ' a* do unieruchomienia kończyny służących, przewyższył wszelkie oczekiwanie, jest pierwszą w naszym kraju. W zupełności odpowiadając zadaniu dzisiejszej chirurgii: „*zagrożone części naszego ciała utrzymać, a zniszczone nowymi zastąpić*,” była ona przekonującą zachętą do dalszych prac w tymże kierunku. Jakoż w d. 24 sierpnia 1865 r. i w d. 14 czerwca b. r. wykonaliśmy jeszcze dwa wypiłowania szyjki kości udowej z powodu *coxarthrocace* w szpitalu Ewangelickim, ale w obydwóch razach nie byliśmy już tak szczęśliwi, bo operowani w skutku wycięczenia (*inanitio*) i ważnych zmian w innych organach niezbędnych dla życia zmarli. Znamy jeszcze jeden wypadek wypiłowania szyjki kości udowej, wykonanego przez Dra. *S t a n k i e w i c z a* w r. 1863 z powodu rany postrzałowej (*fractura sclopetaria*) zakończony wyzdrowieniem, zatem w naszym kraju na 4 wypadki wypiłowania mamy 2 wyzdrowienia i 2 śmierci. Porównajmy rezultaty nasze z wykazami statystycznymi innych krajów: Dr. *S a y r e* (w r. 1860) zebrał 109 wypadków resekcji szyjki kości udowej, z których 71 wyzdrowiało, a 36 umarło, zatem $\frac{1}{3}$ operowanych; Dr. *H o d g e s* (w r. 1861) wykazał 111 operacji w mowie będącej, z których 56 wyzdrowiało, a 53 umarło, zatem $\frac{1}{2}$ operowanych; w b. r. Dr. *E u l e n b u r g* podał nowych 56 wypadków téjże operacji, z których 22 wyzdrowiało, a 24 umarło, zatem téż połowa operowanych. Statystyka więc nasza co do śmiertelności równą jest statystyce zagranicznej. Nie przeczymy, że procent śmiertelności jest ogromny, ale nie zapominajmy, że doniosłość jego tylko przez porównanie może być ocenioną i z tego punktu zapatrując się, nie możemy nie przyznać, że procent ten, tak pozornie wielki, w rzeczywistości stosunkowo jest nader małym, a operacya jedną z najświetniejszych. Zrozumiejmy się dobrze: jeśli w chorobach (*caries, necrosis, fractura sclopetaria*) w których wypiłowanie szyjki kości uda jest wskazanem, operacyi téj nie wykonamy, dla lekarza pozostaną tylko dwie drogi: albo 1), zostawić chorobę naturalnemu jej przebiegowi, albo 2), zrobić wyłuszczenie uda (*exarticulatio femoris*), w pierwszym razie wszyscy prawie chorzy umierają z wycięczenia, lub z posocznicy, w drugim zaś statystyka śmiertelności jest następująca: podług *D e m m e* z 62 wyłuszczeń uda umarło 51, zatem 82,2 pCt.; podług

E s c h e ze 157 operowanych (*exarticulatio fem.*) umarło 94, zatem 59,8 pCt. Tym czasem największa śmiertelność przy wypitowaniu stawu biodrowego wynosi 50 pCt., podług statystyki P i r r i e 35,7 pCt, (z 70 operowanych umarło 25), a podług P. C. P r i c e tylko 23 pCt. (z 59 oper. umarło 14). Martwe te cyfry są najlepszymi dowodami użyteczności wypitowania kości udowej.

W końcu, w obec różnorodności zdań co do operacyi w mowie będącej, uważamy za pożyteczne wskazać, ile razy w jakim kraju była już ona wykonaną. Na 90 wypadków téj operacyi zebranych przez F o c k a, w Anglii wykonano ją 46 razy, w Niemczech 34, w Ameryce 7, we Francyi 2, w Belgii 1. Z 56 wypadków resekcyi zebranych przez E u l e n b u r g a, na Niemcy wypada 28 razy, na Anglię 21, na Rosyę 5, na Amerykę i Francją po 1. W Polsce, o ile nam wiadomo, wykonano ją 4 razy.

Odpowiedź na „kilka słów o myelinie“

przez Dra. Fudakowskiego, Profesora-Adjunkta Szkoły Głównej *)

Podana w Nrze 6 Gazety wiadomość — a więc nie „rozprawa“, nie oryginalny artykuł, lecz zawiadomienie, sprawozdanie z wyników otrzymanych w ostatnich latach w Niemczech, przy poszukiwaniach nad składem mózgu i istoty nerwowej, a w części osobiście sprawdzonych — wiadomość ta wywołała artykuł P. Dra. Nawrockiego umieszczony w Nrze 13 tejże Gazety. W dzisiejszej mojej odpowiedzi chcąc dać objaśnienia na zarzuty P. N., winienem najprzód uprawnić moje słowa: „przy tych danych dozwolonym jest wniosek: że z obecności myeliny wnosić można o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów“. Skoro wniosek podaje coś do rozwagi, do sprawdzenia, do stwierdzenia, może on zawierać tyle prawdopodobieństwa w pewnym stopniu, ile twierdzenie pewności. W naukach przyrodniczych, gdzie metoda indukcyjna przy badaniach zastosowaną być może, prawdopodobieństwem nazywamy te stopnie naszego uprawnienia w liczeniu, w oczekiwaniach na przypuszczane wyniki, na stwierdzenie, przez doświadczenia, czyli spowodowane spostrzeżenia, na jakie pozwala stan naszej wiedzy w danej chwili, zatem powyższe stopnie zależą od danych jakie już nauka nam daje i od ich spożytkowania. Skoro wnioskujemy, wydajemy sąd na tych zasadach, przyjmując najbliższe prawdopodobieństwo; natenczas idziemy najmniej błędną drogą, a im mniejszą jest liczba możliwych wniosków, tém bardziej wzmagą się prawdopodobieństwo. P. Nawrocki uderza na wniosek przyjęty przezemnie, przytacza słowa O. L i e b r e i c h a, który podstawy znalazł i wniosek ten postawił, здаwałoby się, że najprzód usiłuje wykazać większą bezwzględność w moim sposobie wyrażenia tego wniosku, aniżeli to uczynił sam L i e b r e i c h, a za nim powtarzając i K ü h n e. Winienem zwrócić uwagę na to, że w wyrażeniach uży-

*) Zamieszczając niniejszą „odповідź“ otwieramy kolumny Gazety naszej dla polemiki literackiej, bez której nie ma ani ruchu ani postępu naukowego. Uczynimy to chętnie w każdej innej kwestyi, jeżeli tylko strony spór wiodące nie przekroczą granic ś c i s ł é j n a u k o w o ś c i.

tych przezemnie, nie leży już twierdzenie: że zawsze i wszędzie obecność myeliny świadczy o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów; wyrażenia „wniosek i wnosić“ użyłem w podaném rozumieniu, zamiast „prawdopodobieństwa“ użytego przez *L i e b r e i c h a*.

P. N a w r o c k i uderzając tak niepomiernie na wniosek przyjęty przezemnie, podstawia natomiast orzeczenie, które wyraża w ten sposób: „sądzimy, że najwięcej do prawdy się zbliżamy, jeśli opierając się na własném doświadczeniu, jako też na tém co inni badacze dotąd podali, dzisiaj zdanie w następnych zamkniemy słowach: Uważamy myelinę za formę (do pewnego ciała bezwzględnie nie przywiązaną), którą wtedy spostrzegamy, gdy tłuszcze (kwasy tłuszczowe) zetkną się z inném ciałem mającém własności zasadowe; o ile zaś inne okoliczności bliżej nam jeszcze nie znane, przyczyniać się mogą do utworzenia form myelinowych? tego nie wiemy.“— Badaczem, którego spostrzeżenia *P. N a w r o c k i* stwierdził i przyjął, jest *N e u b a u e r*, który kształty myeliny otrzymywał mieszając kwas olejowy z amoniakiem, a *P. N a w r o c k i* widział je również przy użyciu rozcieńczonego ługu, potażu lub sody gryzącej; ztąd rozszerzył się wniosek stwierdzającego badacza, i objął kwasy tłuszczowe w ogóle. — Podając bezimienne sprawozdanie o protagonie do *Gazety Lekarskiej* w połowie lipca, przy zwykłych zwłokach w dochodzeniu do nas pism zagranicznych, nie miałem i nie mogłem mieć w ręku poszytu *Archiwu V i r c h o w a*, w którym pojawił się list *N e u b a u e r a* o kształtach myeliny; ztąd wynika przemilczenie moje o tych spostrzeżeniach. Że myelina nie istnieje jako osobne ciało chemiczne stwierdził więc i *N e u b a u e r*. — *P. N a w r o c k i* odrzucając inne możliwe wypadki, przyjmuje tylko tę przyczynę kształtów myeliny, jaką sam sprawdzając dostrzegł, i wnioskując dalej rozszerzył, a w ten sposób „sądzi, że najwięcej do prawdy się zbliży.“ W obec tego już bardziej twierdzącego orzeczenia, nie wiem zaprawdę jak mam je użyć do tłumaczenia sobie następnego mojego spostrzeżenia: że skoro wykrystalizowując z wysokoku już oczyszczony, lecz w niesymetrycznie ograniczonych kształtach otrzymany protagon, ogrzeje nad stopnie, przy których on zaczyna się w wysokoku rozkładać, natenczas w nierozpuszczonej pozostałości i między strącającemi się następnie kryształami znajduję tu i owdzie kulki i krople, wybitnie przypominające kształty myeliny. Nie wypełniłem w tym razie warunków żądanych przez *P. N a w r o c k i e g o*, a jednak dochodzę mniej więcej do jednego wyniku: ponieważ znaleziono, że przy ogrzewaniu nad 50° — 60° w wysokoku protagon się rozkłada, zatem pozyskuje mnie sobie prawdopodobieństwo przyjęte przez *L i e b r e i c h a*, i powiadam tylko: „dozwolonym jest wniosek: że z obecności myeliny wnosić można o obecności protagonu i jego rozkładowych produktów.“ — Ponieważ w rozpoznawaniu myeliny przewodniczyły zawsze jej kształty, więc i ja tu przez nazwę „myelina“ rozumiem przede wszystkim jej kształty, bo innych wybitnych oznak nie ma.

P. N a w r o c k i we własnościach rozpuszczalności i t. d. myeliny szuka poparcia dla swojego wniosku, że w myelinie jest tłuszcz, ale naprzód też środki mniej więcej rozpuszczają protagon i cholesterinę, kwas siarczany stężony zabarwia również czerwono cholesterinę i inne ciała organiczne, i znajduwano też, że

cholesteryna zanieczyszcza tę domniemaną myelinę. — Mimowolnie nasuwa się tu pytanie: jeżeli myelina jest przeważnie złożoną z tłuszczu, dlaczego kształty jej kurczą się przy działaniu mocnych ługów gryzących alkaliów? — Pomimo to zgadzam się z zapatrywaniem P. N a w r o c k i e g o co do prawdopodobnej obecności tłuszczu w myelinie, prócz bowiem faktów podanych w Nrze 6 Gazety, przemawiających za tém zapatrywaniem, są jeszcze inne niemniej korzystnie o tém świadczące względy. — Wiara w podania ludzi dobrej wiary pomagać sobie musimy, bo sprawdzić sami wszystko nie zdołamy: M. S e h u l t z e znalazł, że kwas osmiumowy już w rozcieńczonym roztworze, przy zetknięciu z tłuszczami otlenia się szczególnie szybko i zabarwia je ciemno; z pochewką rdzenną nerwu widział on toż samo zjawisko. K ü h n e przy poszukiwaniach swoich nad zakończeniem nerwów w mięśniach (Archiw V i r c h o w ' a Tom XXXIV str. 412) spożytkował ten odczynnik na istotę rdzenną nerwu, i znalazł przytém, że nie od czystego protagonu, ale od jego rozkładowych produktów, a przeważnie od kwasu tłuszczowego wytwarzającego się przy rozkładzie protagonu, zależy odtlenianie kwasu osmiumowego. Jeżeli wybitny typ myeliny znajdujemy w istocie rdzennej nerwu, to dane te uprawniają do przyjęcia tłuszczu w skład myeliny, przemawiają zarówno za wnioskiem L i e b r e i c h ' a i N e u b a u e r ' a, lecz nie w tej wyłącznej postaci w jakiej P. N a w r o c k i go podał. — Kształty myeliny, które P. N a w r o c k i dostrzegał przy wyrabianiu hematyny znaną metodą W i t t i c h a, nie dowodzą, że „kształty myelinowe mogą powstać tam gdzie tłuszcze i alkalia się znajdują,“ bo tłuszcze i protagon znajdują się we krwi — a obecności tego ostatniego P. N a w r o c k i nie zaprzecza, opierając się na wiarogodnych poszukiwaniach innych — pierwsze powiększają rozpuszczalność drugiego w eterze, protagon zaś trudno rozpuszczalny w solnych roztworach, mógłby przejść w osad sprawiony przez węglan potażu, a z osadu protagon, i jego rozkładowe produktu zarówno z tłuszczami mógł rozpuścić wyskok przy 40° C. — Na tém miejscu pozwalam sobie tylko zwrócić uwagę na niedostateczność podpory, jaką P. N a w r o c k i szuka w pomienioném spostrzeżeniu.

P. N a w r o c k i zalicza siebie do obozu uczonych, którzy nie „z młodzieńczym zapałem bezwzględnie przyjęli ten nowy wiedzy nabytek,“ (to jest: nowo wynaleziony protagon), i którzy zatém „są mniej skłonni *stante pede in verba jurare magistri*.“ Jestto pierwszą cechą prawdy, że ona na każdym miejscu, przy wypełnieniu koniecznych warunków prawdzić się winna. Jeżeli P. N a w r o c k i „z prawdziwą radością przerabia liczne analizy elementarne L i e b r e i c h ' a i odpowiednie doświadczenia, aby bliżej naturę protagonu zbadać,“ to mógł się przeświadczyć: że ciało to istnieje, że posiada podane własności,— nie potrzebuje zatém wahając się zbytecznie czekać „dopóki inni uczeni nie powtórzą doświadczeń L i e b r e i c h ' a i rezultatów nie stwierdzą;“ w przeciwnym razie bowiem niewłaściwie użyta broń (*stante pede . . .*) może razić chcącego nią władać. Stwierdzenie przez innych jest koniecznym, pożądanym, wzmacnia nas bardziej, ale już wiara wzrasta w przekonanie, skoro sami mogliśmy się dotykalnie przeświadczyć. — Czy dla tego, że L i e b r e i c h nie mógł nic wnioskować o racjonalnym składzie protagonu, P. N a w r o c k i „uważa za przedczesne

budowanie nowych teoryj na istnieniu protagonu?“ — Nadmierna ta w tym razie ostrożność zniewala mnie do następujących zapytań: czy dawniejsze znajdowanie kwasu gliceryno-fosforowego w istocie nerwowej, a obecnie powstawanie jego z protagonu również znajdującego się w nerwie, nie pozwala w tym ostatnim szukać źródła pierwszego? — Czyli dlatego, że dla kwasu hippurowego, dla kreatyny, dla kwasu moczowego nie ma niezachwianych racjonalnych wzorów, a rozkłady ich nie znajdują sobie podobnych, omijając więc wszelkie z pomocą wyobraźni utworzone czysto spekulacyjne przypuszczenia, nie jest się dzisiaj wcale uprawnionym do stawienia więcej, aniżeli na danych opartych przypuszczeń, co do ich roli i ich wytwarzania się w ustroju zwierzęcym? — Nawet ciała białkowe, ta zbyt mało dla nas wyjaśniona grupa ciał, pozwalają a nawet zniewalają do przyjęcia ich za podstawę w mniej lub więcej uprawnionych przypuszczeniach. — Ponieważ teoria, to zapatrywanie się na pewnych podstawach wyrastające często z tymczasowych przypuszczeń, nie wyklucza zawsze prawdopodobieństwa, byle ono istniało w wysokich stopniach, zatem nie mogę się zgodzić na powyższe zdanie P. Nawrockiego, a porównanie z „halasem“ jaki niegdy narobiła haptogenmembran Ascher'sona, jest podług mnie bezwzględnie niewłaściwym, bo tam w przyczynach swoich nieznanie, a potem dopiero przez Witticha i innych wyjaśnione, skromne zjawisko schwyciła wyobraźnia, i w nie wcielić chciała całość w znacznej części nieznanych nam czynników, którą żywotną siłą twórczą nazywamy.

P. Nawrocki podnosi dla czytelnika tajemniczą zastłonę ukrytych źródeł, przytacza wyjątki z prac wykazujących protagon we krwi, w roślinach; lecz czytelnik nie znajduje tam wzmianki o znalezieniu protagonu w ropie przez Dra. Fischeera w Berlinie (*Centralblatt für die medic. Wissenschaften. April 1865. Nr. 15.*); nie wykonał on wprawdzie pierwiastkowego rozbioru, ale otrzymał z ropy to ciało w postaci krystalicznej i z opisaniami chemicznymi własnościami.

Próby robione przezemnie z żółtkiem kurzego jaja w grudniu 1862, kiedy nie jeszcze o protagonie nie wiedziano, a to w celu wydobycia zeń cholesteryny, zdają się przemawiać za przypuszczeniem Hoppe-Seylera: że w żółtku protagon się znajdzie. Postępowanie moje było następnem: z eterycznego wyciągu oddałem eter, a następnie znaczną część barwika wraz z tłuszczami przez zimny wyskok: z pozostałości eterycznego wyciągu zmydlone tłuszcze uniosły z sobą cholesterynę, którą eterem oddzielić mogłem z osadu, tworzącego się przy rozcieńczeniu wodą wspólnego ich wyskokowego roztworu; pozostałość ta w znacznej części pozbawiona mydeł i cholesteryny a przedstawiająca się jako biały osad, traktowana ciepłym wyskokiem dała roztwór, z którego otrzymałem wybitne kształty myeliny, barwiącej się czerwono przy działaniu stężonego kwasu siarczanego; ale pozostała była jeszcze część nierozpuszczalna, nieco pęczniejąca, w której przejrzyste kule i gwiazdki igiełek znalazłem. Te próby należy jeszcze powtórzyć, co też zamierzam uczynić zmieniając nieco postępowanie. Mimowolnie zbyt stanowcze wyrzeczenie co do obecności protagonu w żółtku, słusznie zwróciło uwagę p. Nawrockiego.

Wątpliwościom p. Nawrockiego wobec przyjęcia protagonu w skład roślinny, przeciwstawi się pytanie: jak wielkim jest szereg ciał wytwarzających się w ustrojach zwierzęcych i roślinnych, zawierających fosfor i azot, a rozpuszczalnych w eterze? zapewne więc p. Nawrocki zarzuci tylko p. Hoppe Seyler, że na przytoczonej stronnicy (142) użył wyrazów: „*es ist mir jetzt sehr wahrscheinlich*,” oraz „*scheint mir unzweifelhaft*.”

Tyle słów moich w poruszonej myelinowej kwestyi; oddałem w nich bez wszelkiej lęklności „*suum cuique*”, nie poczytując sobie tego zbyt za wadę.

Warszawa, 5 października 1866 r.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kliniczne postrzeżenia nad postępowym rozrostem tkanki tłuszczowej w mięśniach z następczym bezwładem. (*Lipomatosis luxurians musculorum progressiva*).

Dr. Adolf Heller, Assystent kliniki lekarskiej w Erlangen i Dr. C. Sigmundt b. assystent kliniki w Tübingen — opisują *) obserwowane przez nich wypadki samodzielnego przerostu tkanki łącznej położonej między włóknami mięsnymi ze znacznym rozrostem tkanki tłuszczowej, który uważany był dotąd za zwyczajny przerost samych mięśni. Pod względem klinicznym powyższa forma chorobna, w ostatnich dopiero czasach wyjaśniona, z tego względu zasługuje na szczególną uwagę, że łączy się zwykle ze stopniowem porażeniem mięśni dotkniętych podobnymi zmianami. Z tego też względu podajemy w treści postrzeżenia powyższych badaczy, dołączając wnioski przez nich wyprowadzone.

Dr. A. Heller przy szczegółowym opisie dwóch takich wypadków obserwowanych w klinice w 1865 r., zwraca na wstępie uwagę, że Duchenne pierwszy (w 1861 r.) opisał t. z. „*Paraplégie cérébrale congénitale hypertrophique*.” Później spotykamy się już z doniesieniami o podobnych wypadkach obserwowanych w klinikach: Schützenberger’a, Jaksch’a i Oppolzer’a. Pierwszy jednak Griesinger, łącząc ściśle obserwację kliniczną z badaniami mikroskopowemi, przyczynił się do wyjaśnienia téj zagadkowej formy chorobnej.

Dwa wypadki obserwowane przez Heller’a były następujące:

I. Niejaki Jan Braunecker rodem z Hohenstadt, liczący 11 lat, pochodzi z biednej familii kamieniarzy, która oddawna zamieszkuje w zimnej siedzibie wykutój w skale, prowadząc zresztą życie bardzo nędzne. Ojciec Jana B. zmarł z pijaństwa; matka zaś żyjąca zupełnie zdrowa, oddając syna do kliniki objaśniła: że Jan B. do 5go roku życia był zupełnie zdrow, że dopiero w 6 roku zaczęło się objawiać pewne osłabienie nóg, a przy pośpieszném chodzeniu często upadał na ziemię. Według dalszych zeznań matki i sióstr Jana B., starszy brat zmarły przed kilku laty cierpiał na podobną chorobę, a trzeci brat żyjący pozostaje w domu, jako dotknięty zupełnym bezwładem nóg. Nadto rodzony wuj Jana B. i przyrodni brat nazwiskiem G. S. zmarli w skutku porażenia kończyn dolnych.

Stan w jakim się Jan B. przedstawił w klinice był taki: pacjent na swój wiek małego wzrostu, nierozwinięty, cery zdrowej. Stojąc prosto, na nogach utrzymać się nie może bez mocnego pochylenia górnej części ciała ku tyłowi, skutkiem czego następuje skrzywienie kołunny kręgosłupa ku przodowi (lordosis). Mięśnie okolicy krzyżolędźwiowej, mięśnie pośladkowe i w ogóle mięśnie kończyn dolnych w objętości znacznie powiększone, naprężone, twarde; mięśnie brzuszne również mocno rozwinięte i twarde. Przeciwnie, mięśnie kończyn górnych słabo rozwinięte, tylko mięśnie naramienne (m. deltoidei) w dolnej części uderzają swą

*) Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1866, I Tom str. 616 i 630.

twardością. Mięśnie dolnej połowy ciała uwydatniają się w swych atletycznych zarysach przy dowolnym ruchu, jednakże ich rzeczywista praca stoi w odwrotnym stosunku do grubości i twardości. Skoro chory pochyla się pod kątem 90° do dolnych kończyn, wówczas nie jest w możności wyprostować się bez oparcia się rękoma o uda. Chód Jana B. jest mocno utrudnionym, albowiem chory nie mogąc zginać nóg w biodrze przy stąpieniu, przechyla się mocno górną połową ciała ku tyłowi aby umieścić odpowiednią nogę ku górze. Ruchy jakie wówczas odbywa miednica podobne są do tych, jakie zazwyczaj spotykamy przy sztywności stawu biodrowego (ankylosis). Podniesienie się z krzesła bez obcej pomocy jest niemożliwe. W położeniu leżącym chory może jakkolwiek zginać nogi w biodrze, wyprostowanie jednak następuje powoli, słabo, z widoczną trudnością. W ogólności w postawie chorego uderza pewna niemiarkowatość między górną i dolną częścią ciała. Znaczne wychudzenie górnej połowy stoi w uderzającej sprzeczności z mocnym rozwinięciem pośladków i dolnych kończyn. Skóra pokrywająca dolną część ciała uderzała niebieskawo-czerwonem, marmurkowanym zabarwieniem. Zastosowanie faradyzacji wykazało bardzo słabe oddziaływanie mięśni dolnych kończyn — słabsze zaś jak w stanie normalnym mięśni górnych kończyn. Czułość i zmysł dotykania powierzchni ciała były niezmienione. Podobnież czynność wszystkich organów prawidłowa.

II. W drugim wypadku Michał Braunecker, rodzony i starszy brat poprzedniego, lat 16 liczący, sprowadzony do kliniki przez matkę, według własnego opowiadania do roku 7-go życia był zupełnie zdrow; dopiero później szczególnym swym chodem zwracał uwagę starszych, doznając pewnego osłabienia w nogach i bólu przykrego w kolanach. Zwolna do roku 14 wykształcił się zupełny bezwład kończyn dolnych.

Stan, w jakim się chory przedstawił w klinice, był taki: M. B. pozornie młodziej wygląda od młodszego brata J. B. Wejrzenie dziecinne, głupowate, rozwinięcie umysłowe na bardzo niskim stopniu. Zupełny bezwład obu nóg. Zginacze goleni i stopy, mianowicie po prawej stronie, w stanie skurczu; mięśnie ikrowe (mm. gastrocnemii) mocno naprężone, wydane, — noga ma położenie jak przy „pes equinus.” Mięśnie biodra znacznej objętości, naprężone, twarde — mniej są wydane mięśnie pośladkowe; mięśnie okolicy krzyżolędźwiowej i brzucha mocno rozwinięte. Mięśnie zaś górnej połowy ciała bardzo słabo rozwinięte, a piersiowe prawie zanikłe.

Przy zastosowaniu faradyzacji w mięśniach pośladkowych, silne nawet prądy nie wywołują żadnego oddziaływania — gdy tymczasem mm. czworoboczny uda (quadriceps femoris) i ikrowy już przy słabym strumieniu objawiają mocne kurcze. Dawano się także spostrzegać bardzo słabe oddziaływanie mięśni położonych na przedniej powierzchni goleni i uda, umiarkowane w mm. brzucha, a mięśnie piersiowe pobudzone strumieniem indukcyjnym nie objawiały żadnego oddziaływania. Oddziaływanie mięśni górnych kończyn słabe. Czynności organów normalne.

Dr. C. Sig mundt obserwując podobny wypadek w klinice w Tübingen w r. 1865, wspomina również o 2 wypadkach, jakie napotkał w literaturze: jeden opisany przez Costea i Gioja, którzy wspominają o znacznym powiększeniu objętości mięśni grzbietu i kończyn górnych i dolnych u 2ch rodzonych braci; drugi opisany przez Meryon'a, w którym obserwowano u 4ch rodzonych braci, między 5 a 8 rokiem życia, niekształtności członków ciała ze zmniejszeniem siły mięśniowej.

Wypadek obserwowany przez Sig mundt'a był następujący: Grzegorz Grabherr, 14 lat liczący, przybył do kliniki w Tübingen w r. 1864. Według własnego i krewnych opowiadania, już w 3im roku życia doznawał uczucia ciężenia nóg, przy czém często upadał na ziemię. Od roku 8 spostrzeżono, że chód Grzegorza G. był wahający się i że wtedy górna część ciała przechylała się nieco ku tyłowi. Jednocześnie nogi stawały się coraz grubsze, a chód coraz bardziej utrudnionym. W 10 roku życia chory zaledwie kilkanaście kroków przejść potrafił, zawsze z widocznym przechyleniem górnej połowy ciała ku tyłowi, przy mocniejszym zaś pochyleniu się ku przodowi upadał.

Z przybyciem do kliniki, G. G. przedstawił się wzrostu średniego, twarzy pełnej z rumieńcami. W postawie stojącej, oś grzbietu z osią kończyn dolnych tworzyła kąt rozwarty

ku tyłowi. Po obnażeniu ciała, pośladki i dolne kończyny w objętości znacznie były powiększone, tak że patrząc od tyłu wydawało się jak gdyby grzbiet małego chłopca był osadzony na niednicy i dolnych kończynach mężczyzny dorosłego. Skóra pokrywająca części ciała nienormalnie powiększone, była chłonna, ciemno-czerwoną marmurkowaną. Inne części ciała słabo były rozwinięte. Stosowanie faradyzacji wykazywało słabe oddziaływanie w mięśniach pozornie przerosłych, tą też drogą żadnego polepszenia dla chorego wyzyskać nie można było.

Wypadki powyższe, dla stosunków familijnych wspomnianych chorych, nie mogły być do końca w klinice badane; — korzystając jednak z obserwacji przez pewien czas trwającej, wyprowadzono godne uwagi wnioski.

U chorych obserwowanych przez Dra Heller'a, prof. Ziemssen i prof. Zenker wycinali z różnych miejsc kawałki mięśni pozornie przerosłych, poddając je badaniom mikroskopowym. Już na pierwszy rzut oka mięśnie te przedstawiały się bardzo zmienione; nie były bowiem czerwone, a blade, biało-żółtawe, zbliżając się więcej wejrzeniem do tłuszczaka. Bliższe zbadanie mikroskopowe wykazało: *nadzwyczajny rozwój tkanki tłuszczowej pomiędzy pojedynczemi włóknami mięsnymi*. Uderzającą była ogromna *przewaga tkanki tłuszczowej nad samą substancją mięsną* — miejscami nawet *nie było wcale tkanki mięsnej a tylko liczne wielkie komórki tłuszczowe* położone pośród włóknokowatej substancji międzykomórkowej. Same włókna mięsne pojedynczo rozrzucone pośród tkanki tłuszczowej, blade, wyraźnie prążkowane ¹⁾.

Pytanie jednak zachodzi, czy ów przybytek tkanki tłuszczowej dzieje się kosztem zanikającej jednocześnie substancji mięsnej, czy też tkanka tłuszczowa bujając między włóknami mięsnymi, rozsuwa tylko takowe? Billroth przyłącza się do tego ostatniego przypuszczenia; słuszną jest jednak uwaga Heller'a, że gdyby przy tak znacznym rozwoju tkanki tłuszczowej jednocześnie nie zanikała właściwa substancja mięsna, to niewątpliwie przyszłoby do bardziej uderzającego powiększenia objętości członków, aniżeli to w istocie ma miejsce. Nareszcie brak zupełny włókien mięsnych w niektórych miejscach badanych mięśni, i stopniowe zmniejszanie się pobudzalności mięśni chorobnie zmienionych, zdają się najzupełniej przemawiać za zdaniem Heller'a, który utrzymuje: *że bujanie tkanki tłuszczowej przegródkowej (interstitialis) łączy się w tej formie chorobnej z jednoczesnym zanikiem pierwotnych włókien mięsnych*.

Przy rozbiórce momentów etjologicznych, tak Heller jak również Sigmundt, opierając się na przytoczonej statystyce są przekonania, że cierpienie to znajduje główną podstawę w usposobieniu familijném, skoro nawet w dwóch generacjach dawało się już spostrzegać; — opisy zaś Friedberg'a ²⁾ pokazują, że podobna choroba w jednej familii przechodzić miała przez wiele generacji. Rzeczywiście we wszystkich dotąd opisanych wypadkach pojawiała się już w młodym wieku, sprowadzając zwolna postępowy bezwład członków. Dotąd cierpienie to obserwowano tylko u mężczyzn, linija zaś żeńska zdaje się być zupełnie wyłączoną.

Z warunków higienicznych: wilgotne i zimne mieszkania (jak to miało miejsce w familji Brauneckerów), niedokładne okrycie ciała w czasie snu, niemniej nieznanne nam bliżej warunki endemiczne, mogą się według zdania Heller'a przyczynić do *postępowego rozwoju tkanki tłuszczowej w mięśniach*, (według Heller'a „Lipomatosis luxurians musculorum progressiva“), który dotąd niesłusznie uważany był za prosty przerost mięśni. C.

Do Kazuistyki choroby Addison'a.

Dr. Huber z Memmingen podaje ³⁾ ciekawy opis jednego wypadku mało dotąd poznanej choroby Addison'a, który w treści unieszczyamy:

Niejaki W. oberżysta, liczący 52 lat, silnej budowy ciała, ciesząc się dawniej zupełném zdrowiem, z niewiadomej przyczyny przed rokiem zezerniał na twarzy i rękach. Następnie

¹⁾ Badania mikroskopowe Griesinger'a zgadzają się najzupełniej z powyższymi przytoczonymi.

²⁾ *Pathologie und Therapie der Muskellähmung*. Lipsk. 1862. p. 121.

³⁾ *Deutsches Archiv für klinische Medicin* Tom I. 1866. str. 635.

twarz jego przybrała szaro-żółtawe zabarwienie, stan zaś ogólny zdrowia nie był wcale zakłócony. Dopiero na parę tygodni przed zasięgnięciem rady Dra H u b e r' a W. uczuł się bardzo osłabionym, stracił apetyt, doznając częstego porywania do wymiotów — a noce spędzał bezsenne. Stan w jakim się W. 18 stycznia 1866 r. przedstawił był taki: mężczyzna silnie zbudowany z dosyć rozwiniętym pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, zabarwienie twarzy szaro-żółtawe, białkówka oka niezmienioną barwy. Uczucie osłabienia i silnego zawrotu głowy. Język żółtawo obłożony, zupełny brak apetytu, nieustanne nudności i żółciowe wymioty, brzuch miękki niebolesny, stolce nieregularne. Mocz szczupły, koloru żółtawo-czerwonego, kwaśny, nie zawiera białka i barwników żółci. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, w okolicy podobojczykowej prawej przy perkussyi małe stopienie ołgłosu. Tętno serca czyste ale słabe, puls mały, miękki. Temperatura ciała normalna. Zupełna bezsenność.

Przy pierwszém obejrzeniu chorego, jak powiada H u b e r, istota cierpienia była zupełnie nie jasną, dopiero dnia następnego dowiedziawszy się od chorego o dawniejszém jeszcze zabarwieniu twarzy i rąk, wniesić można było z pewnóm prawdopodobieństwem o cierpieniu nadnerczy, pierwszy raz opisaném przez Addison'a.

Choremu zadano słaby roztwór chininy.

20 stycznia: wymioty nie ustają, puls słaby, prawie niedomacalny — pomimo to chory siedzi na łóżku i mówi dosyć głośno przy zupełnej przytomności umysłu. W nocy śmierć nastąpiła.

Ogłędziny pośmiertne dokonane zostały w 30 godzin po śmierci. Sądząc z wejrzenia trupa przypuszczaćby należało, że to są zwłoki człowieka w zupełném zdrowiu nagle zmarłego. Skóra na twarzy koloru słabo-żółtawego, zresztą na całym ciele normalnie zabarwiona. Tkanka tłuszczowa mocno rozwinięta. Przy wewnętrzném badaniu okazało się: lewe płuco normalne, prawe na całej przestrzeni do klatki piersiowej przyrosłe, górny zraz przekrwiony, w szczycie ognisko apoplektyczne. Serce wiotkie, tłuszczem obrosłe, substancycja mięsna czerwono-brunatna. Wątroba śluszczona. Śledziona powiększona tak jak w tyfusie. Nerki tłuszczem obrosłe, żadnych zбочeń nie przedstawiają. *Lewe nadnercze* (glandula suprarenalis) przedstawia rodzaj guza, który dochodzi wielkości kurzego jaja, otoczony jest tęgą włóknistą powłoką; przy nacięciu wypływa masa ropiasta, pośród niej zaś rdzeń serowaty wielkości orzecha laskowego. Niema nawet śladu normalnej tkanki. *Prawe nadnercze* na powierzchni przecięcia przedstawia pośród włóknistej zbitej tkanki, małe serowate ogniska wielkości zajęczego śrótu. Stan kanału pokarmowego z przyczyn zewnętrznych, nie mógł być zbadany.

Wypadek opisany przez Dra H u b e r' a zgadza się najzupełniej ze znanymi dotąd opisami choroby A d d i s o n' a. Zabarwienie brązowe skóry, nieznaczne wychudnienie, uczucie ogólnego osłabienia ze skłonnością do wymiotów, są to objawy towarzyszące zazwyczaj temu zagadkowemu cierpieniu nadnerczy, nazwanemu przez Anglików „Bronzed Skin“. W wypadku przytoczonym uderza powolne zacieranie się ograniczonego zabarwienia skóry, jak niemiłej znaczne powiększenie śledziony. C.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 17 do 23 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	573	179	132	22	598
„ Śgo Ducha	132	41	25	4	144
„ Ewangelickim	57	32	13	1	75
„ Śgo Rocha	81	37	24	5	89
„ Śgo Jana Bożego	150	3	4	1	148
„ Śgo Łazarza	274	63	37	3	297
„ Starozakonnych	301	81	74	7	301
Ogółem:	1568	436	309	43	1652

Od dnia 17 do 23 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholereę był następnym:

	Było	Przybyło	Wyzdrowiało	Umarło	Pozostaje
W szpitalu Śgo Łazarza	7	6	4	3	6
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	122	38	78	17	65
Razem	129	44	82	20	71

W ogóle do 23 października zachorowało 2129, wyzdrowiało 1400, a umarło 661.

Z całego wykazu wynika tedy, że w ostatnim tygodniu wypadki cholery były nader rzadkie. Najwięcej zachorowało d. 19 paźd. t. j. 19 osob, najmniej w d. 23 paźd. bo tylko 2 osoby. Natomiast powiększył się stan chorych na inne choroby, albowiem w szpitalach warszawskich wzrósł z 1568 osób na 1652, t. j. okazał się o 84 osób większy, aniżeli w poprzednim tygodniu.

Wiadomości bieżące.

— W N. 7 Gazety lekarskiej (z dnia 6/18 sierpnia) podaliśmy wiadomość o mającym odbyć się w Paryżu w r. przyszłym międzynarodowym zjeździe lekarskim. Uzupełniając tę wiadomość nadmieniamy, że komitet organizacyjny w pierwszych dniach b. miesiąca ogłosił statut i program prac zjazdu, które w streszczeniu obecnie przytaczamy. Zjazd, który minister oświecenia publicznego bierze pod swą szczególną pieczę, otwartym będzie w d. 16 sierpnia 1867 r. i trwać ma dwa tygodnie. Członkowie kongresu dzielą się na 1) członków założycieli, któremi być mogą tylko lekarze krajowi (francuzcy), i 2) członków przybranych (adhérents) z lekarzy zagranicznych. Żądający przyjąć udział w zgromadzeniu tém w charakterze członków założycieli zanoszą o to podanie do komitetu organizacyjnego z załączeniem 20 franków; przystępujący zaś do niego lekarze zagraniczni nadesłać winni swoje przyzwolenie do Dra J a c c o u d, sekretarza naczelnego komitetu organizacyjnego (M. le docteur J a c c o u d 4, rue Drouot, à Paris), członkowie przybrani wolni są od wszelkiej opłaty. Zjazd lekarski ma cechę wyłącznie naukową; program prac jego jest następujący: 1) anatomia i fizjologia patologiczna gruźlica (tuberculium); o gruźlicy (tuberculosis) w różnych krajach i o jej wpływie na śmiertelność ogólną; 2) o zawiśnięciach, czyli przypadłościach ogólnych, które bywają powodem śmierci po operacjach chirurgicznych; 3) czy jest możebnym przedłożyć rozmaitym rządóm pewne stanowcze środki celem ograniczenia szerzenia się chorób wenerycznych; 4) o wpływie pokarmów używanych w różnych krajach na wywołanie pewnych chorób; 5) o wpływie klimatu, plemion i różnych warunków życia na miesiączkę w rozmaitych krajach; 6) o aklimatyzacji plemion europejskich w krajach gorących; 7) o wnetrzakach (entozoa et entophyta) mogących rozwijać się u człowieka. Oprócz kwestyj objętych tym programem, dozwolone są prace osobistej inicjatywy. W rozprawach przyjmują udział tylko członkowie zjazdu, tak założyciele, jak i przybrani i proszeni są o nadesłanie prac swoich (na zadania programem objęte, lub osobistej inicjatywy) najdalej do 26 lipca 1867 r. pod adresem sekretarza naczelnego komitetu. Posiedzenia kongresu odbywać się będą codziennie (wyjąwszy niedzieli) dwa razy: we dnie od 2 do 6, wieczorem od 8 do 10 godziny. Żadna kwestya nie zajmie więcej nad jedno posiedzenie; porządek dzienny będzie następujący: 1) czytanie jednej z prac programem objętej i na porządku będącej (które dłużej nad 20 minut trwać nie może); 2) dyskusya nad pracą odczytaną; 3) komunikowanie prac osobistej inicjatywy, którym wyłącznie wieczorne posiedzenia poświęcone będą. Wszystkie prace zaraz po odczytaniu złożone będą na ręce sekretarza naczelnego i są własnością zjazdu, po skończeniu którego ogłoszone będą drukiem.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz**.

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

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

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.