

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
" " rocznie . . . lś. 6.
" " półrocznie " 3.

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

TRESC: Znaczne zwężenie odźwiernika (strictura pylori) rakiem żołądka spowodowane; śmierć z wyniszczenia. Spostrzeżenie Dra Wszebora. — Kazuistyka. Zranienie oka odłamkiem żelaza. Obserwacya Dr Narkiewicza Jodki, Docenta oftal. Szk. Gł. Warsz. — Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych etc. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. — Kronika Zagraniczna. Przyczynek do nauki o samodzielnem rozlaném zapaleniu szpiku kostnego. (dokochzenie). Dra Witkowskiego. — Część statystyczna. Wiadomości bieżące.

Znaczne zwężenie odźwiernika (*strictura pylori*) rakiem żołądka spowodowane;
śmierć z wyniszczenia.

Spostrzeżenie Dra. Wszebora.

A. S., służący, 48 lat wieku liczący, przybył do oddziału mego w szpitalu Dtka Jezus dnia 22 grudnia 1866 r. Nazajutrz, na ranniej wizycie, przedstawiał stan następujący:

Wychudnienie całego ciała do najwyższego stopnia posunięte; skóra blada, brudno żółtawa, wiotka, licznymi zmarszczkami pokryta, utraciła w znacznym stopniu sprężystość i ujęta w palce pozostawia fałd długi czas nierozchodzący się. Osłabienie ogromne: chory leży na grzbiecie, z trudnością poruszać się może, i mowa nawet widocznie go męczy; na zapytania odpowiada powoli i krótko. Jeśli przy pomocy innej osoby spróbuje z łóżka się podnieść, doznaje zawrotu, nogi się pod nim chwieją, odmawiając mu wszelkiej pomocy. Stan ten osłabienia głównie zmusił chorego do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu.

Puls słaby, uderzeń 60 razy na minutę, ciepło ciała nie tylko niepodwyższone, zdaje się być raczej obniżone. Język biało obłożony, brak apetytu, smak gorzki, odbijania połączone z oddawaniem płynu gorzkawego, przezroczystego, ciągnącego się. Chory częstokroć doznaje uczucia jakby podnoszenia się stopniowego kuli z dołka podsercowego do gardła, i to mu sprawia największą przykrość. Cała górna część brzucha od wyrostka mieczowego (*processus xiphoides*) do pępka przedstawiała wygórowanie, którego dolna granica wyraźny zakreślała łuk wypukłością swoją zwrócony ku dołowi, przechodzący na linii pośredkowej przez pępek a z boków zbiegający się z brzegiem dolnym ostatnich żeber. Przy opukiwaniu na górnej części wzmiankowanej wyniosłości dawał się

słyszec odgłos jasny bębenkowy, na dolnej zaś tępy, a w dotknięciu była ona podobną do poduszki powietrzem wypełnionej. Dolna część brzucha poniżej wygórowania zapadła, w dotknięciu ciastowata; stolec zaparty od kilku dni. Wątroba zmniejszona i nieco podniesiona, granica jej tępości poczyna się na linii sutkowej od brzegu dolnego 5go żebra i nie dochodzi blisko 3 cent. do łuku żebrowego; granica tępości serca i śledziony prawidłowa.

W płucach oddech pęcherzykowy zaostrozony, kaszel lekki, rzadki i niemęczący.

Pytany o początek i przebieg choroby, S. . . opowiada, że oddawna już ma lekki kaszelek, który uwagi jego nigdy nie zwracał. że objawy ze strony żołądka wystąpiły dopiero od niespełna 4ch miesięcy, to jest od września r. b. i wówczas to stracił apetyt, zaczął doznawać wyżej nadmienionego uczucia podnoszenia się kuli, dostał odbijań przy których wyżej wzmiankowany płyn odchodził, do wyraźnych jednak i dobrowolnych wymiotów nie przyznawał się wcale. Chory udawał się już raz do szpitala, gdzie leczyl się przez parę tygodni i doznawszy ulgi powrócił do domu. Obecnie zaś wszystko jak przedtém się wróciło.

Rozpoznanie. Katar chroniczny żołądka, zajmujący pozornie najważniejsze miejsce w powyższym obrazie choroby, nie był wystarczający dla wytłumaczenia wysokiego stopnia wychudnienia i wyniszczenia chorego. Musieliśmy się domyślać choroby ważniejszej, której katar żołądka byłby tylko powikłaniem, albo następstwem. Zmniejszenie tępości wątroby jakkolwiek musiało pochodzić od zmniejszenia się znacznej objętości tego narządu, nie mogło zależeć od *cirrhosis*, bo przy tym stopniu pomniejszenia, musiałyby wystąpić znaki utrudnienia krążenia krwi w żyłę wrotną (*vena portae*), mianowicie prócz kataru żołądka, musiałyby się wykształcić puchlina jamy brzucha, że zaś tej nie było, pomniejszenie wątroby prawdopodobnie było tylko prostem następstwem zaniku ogólnego wszystkich tkanek organizmu.

Ogromne rozdęcie żołądka niezawodnie przyczyną było opisanego powyżej wygórowania w górnej połowie brzucha, bowiem siedlisko, kształt i inne własności fizyczne tegoż wygórowania żadnej pod tym względem nie mogły zostawiać wątpliwości. Rozdęcie takie żołądka nie mogło z żadną przyczyną pochodzić jak od przeszkody usadowionej w okolicach odźwiernika, ścieśniającej światło jego i niedozwalającej przejścia pokarmów do dwunastnicy; wysoki zaś stopień rozdęcia, świadczył za dość długim już czasem trwania przeszkody. Przy takim stanie rzeczy, trudno było przypuścić, by chory nigdy dobrowolnie nie oddawał przyjętych pokarmów, jak sam twierdził, i późniejsza obserwacja przekonała, że stale po przyjęciu płynnych czy półpłynnych pokarmów w parę godzin wyrzucał je powrotnie. Mieliśmy zatem dostateczne dowody zwężenia odźwiernika, lecz pozostawało jeszcze rozstrzygnąć od czego ono zawisło? Czy od stałego nacisku wywartego od zewnątrz, czy od nowotworu w samych ścianach żołądka mającego swe siedlisko, czy od blizn po wrzodzie okrągłym powstałych, czy wreszcie od zgrubienia ścian na drodze prostej hyperplazji tkanki łącznej? Nacisk od zewnątrz mogliśmy

wyłączyć; wątroba bowiem zmniejszona nie była go w stanie wywierać, a żadnego guza w jamie brzusznej wymacać nie mogliśmy, co tém pewniej na nieobecność jego wskazywało, że przy znacznem wychudnieniu i zmniejszeniu wątroby, mieliśmy warunki sprzyjające do wykrycia go, gdyby rzeczywiście był istniał.

Zwężenie zatém w samych ścianach żołądka musiało mieć swoją przyczynę. Wyłączyć jednak można było blizny po wrzodzie okrągłym, bo w takim razie wykształcenie zwężenia musiałyby poprzedzać napady bólu gastralgicznego i wymioty krwawe zwykle wrzodowi okrągłemu towarzyszące, a o których nie tak łatwo byłby chory zapomniał. Nie mogliśmy z pewnością twierdzić, że mamy do czynienia z rakiem żołądka, nie było bowiem ani cechującego guza, ani bólów przeszywających, ani fusowatych wymiotów. Pomimo tego wygląd chorego, jego cera, znaczny stopień wychudnienia, przemawiały za rakiem, zwłaszcza z uwagi na krótkość czasu trwania choroby, które według zeznań chorego nie przenosiło czterech miesięcy. Wiadomo jednak jak mało bywa ścisłości w zeznaniach chorych niewykształconych, zwłaszcza gdy chorobą znękani nie chętnie odpowiadają na zadawane pytania. Z tego powodu nie mogliśmy w zupełności odrzucić możebności zgrubienia ścian na rozroście (*hyperplasia*) tkanki łącznej opartego, po długotrwałych katarach żołądka wydarzającego się.

Zasadzając się na powyższych wywodach uznaliśmy chorobę obecną za zwężenie odźwiernika skutkiem zgrubienia ścian żołądka, nie mogąc jednakże z wszelką stanowczością określić bliżej natury tego zgrubienia.

Rokowanie w obec zupełnego prawie upadku odżywiania i niemożności usunięcia przyczyny jego, wydało się nam zupełnie niepomyślne (*prognosis infausta*).

Leczenie mogło być tylko symptomatyczne i paliatywne. Zadaniem lekarza było zatém: starać się podnieść siły chorego przez podawanie najpożywniejszych pokarmów płynnych; działanie na łagodzenie kataru żołądka; zresztą usuwanie przykrych przypadłości, któreby w ciągu choroby wystąpić mogły.

Zapisaliśmy choremu do wewnątrz *Natrum bicarbonicum* w roztworze z jednej drachmy na 6 uncji wody, i dyetę złożoną z mleka, rosółu, polewki piwnej i jaj surowych.

Dalszy przebieg choroby. Przez pobyt dwutygodniowy chorego w szpitalu siły stopniowo coraz upadały. Od dnia 31 grudnia przestał wymiotować spożyte pokarmy: nie był to jednak żaden dowód polepszenia, przeciwnie jednocześnie wystąpił w okolicy żołądka ból dość przykry, łagodniejący pod okładami ciepłymi; oczy zapadły, przyłączyły się majączenia w nocy. Długi czas rozciągane ściany żołądka utraciły zdolność kurczenia się, i temu tylko przypisywałem ustanie wymiotów.

Dnia 5 stycznia z rana chory oddał bez wielkiego wysilenia kilka uncyj płynu fusowatego, puls mały i słaby, uderzał tylko 60 razy na minutę. Chory ciągle pocichu bredził, ale zapytywany, odpowiadał jeszcze przytomnie. — Dnia 6go o godzinie 4tej rano życie zakończył.

Sekcja dopełniona przez Prof. Brodowskiego wykazała tak znaczne zwężenie odźwiernika, że do światła jego zaledwie pióro gęsie dałoby się wprowadzić. Zgrubienie ścian żołądka naokoło odźwiernika znaczne, największa gru-

bość dochodziła do 3 centymetrów. Począwszy od samego odźwiernika, zgrubienie zajmowało przestrzeń mogącą mieć około 6 centymetrów długości coraz mniej znaczném się stając, jednakże brzeg jego zwrócony do dna żołądka po większej części wyczuwał się z łatwością, jako ostro odgraniczony i miejscami tylko z resztą ścian zlewał się nieznacznie. Zgrubiałe ściany posiadały prawie chrząstkową twardość.

Na powierzchni rozkroju w ogóle szarawo-białej, spostrzegać się dawały zgrubiałe z lekka czerwonawe wiązki włókien gładkich mięśni, w wielu miejscach poprzedzielane dosyć grubemi pręgami biało-szarawemi. Z wyjątkiem błony śluzowej która była znacznie ścięczałą, wszystkie inne warstwy w skład ścian żołądka wchodzące, a przeważnie podśluzowa i mięsna, wzięły udział we wzmiankowanym zgrubieniu.

Pod względem budowy histologicznej, nowoutworzona tkanka okazała się dosyć różnorodną, i przeważnie heterologiczną. Przeważała budowa tak zwanego mięsaka włóknistego (*fibro-sarcoma*), po większej części wrzecionowato i drobno komórkowego (*fuso et parvicellulare*), miejscami tylko kulisto-komórkowego (*globocellulare*), ale oprócz tego dawały się spostrzegać tu mniej, owdzie więcej liczne ogniska, już to wrzecionowate, już jajowate, a nawet i okrągłe, rozmaitej wielkości (ostatnie największe), składające się z dość dużych komórek najwyraźniejszego wzoru nabłonkowego, jedne z bardzo niewielką ilością substancji między-komórkowej, inne zaś wcale bez niej. Najliczniejszymi były one w zwyrodniałej warstwie podśluzowej, dawały się jednak spostrzegać i pomiędzy wiązeczkami mocno zgrubiałych włókien mięsnych, w pośród owych wyż nadmienionych pręg biało-szarawych. W błonie śluzowej, mikroskop wykrywał ledwo tylko ślady gruczołów trawieńcowych w pośród ciemno-szarą, drobnoziarnistą, bliższą zupełnego rozpadu masy, na którą zmieniły się składające ją pierwiastki anatomiczne.

Cały żołądek był mocno rozдутy i wypełniony płynem fusowatym w ilości około półtora garnca. Błona śluzowa mocno zaczerwieniona i drobnymi czarnymi plamami zasiana.

Kiszki cienkie i grube mocno ściągnięte. — W tych ostatnich błona śluzowa zaczerwieniona, mianowicie w kątnicy (*caecum*). Wątroba blisko o połowę zmniejszona, dosyć wiotka, na rozkroju czerwonawa, budowy zrazikowej niewyraźnej.

W płucach znaki kataru chronicznego oskrzeli.

Epicrisis. Sekeya, której wszystkie szczegóły zawdzięczamy uprzejmości Prof. Brodowskiego, rozstrzygnęła wątpliwości rozpoznania. Przyczyną zwięzienia był w obecnym przypadku nowotwór, który jakkolwiek do mieszanych (*neoplasmata mixta*) należy, jednakże przez wzgląd na owe dosyć liczne ogniska komórek wzoru nabłonkowego, śmiało może być do raków zaliczony. Godnym on jest z tego jeszcze względu uwagi, że spowodził śmierć w tak wczesnym okresie swego rozwoju, nie przeszedłszy w rozmięknienie, nie dawszy powodu do otwartego wrzodu. Jeśli wolno stawić hipotezy, to zdaje nam się, że przyczyną tego był jego jednostajny rozwój naokoło odźwiernika, przez co daleko wcześniej przyszło do zwięzienia, aniżeli przy guzach z jednej tylko strony odźwiernika wy-

rastających. W innych przypadkach, śmierć przy raku żołądka w tém samym miejscu usadowionego, następuje nieraz dopiero wówczas, kiedy skutkiem rozpadu nowotworu, zwężenie odźwiernika zmniejszy się i pokarmy z większą swobodą przechodzą do kiszek; śmierć wtedy jest często tylko następstwem charłactwa (*cachexia*) towarzyszącego nowotworowi. Tu zaś nowotwór rzec można zagłodził chorego przez mechaniczny opór, jaki przejściu pokarmów stawiał, nim jeszcze właściwe charłactwo należycie się rozwinąć mogło.

Przebieg choroby odznaczał się brakiem cechujących dla raka objawów. — W ostatniej chwili ukazał się płyn fusowaty, nie były to jednak wymioty, a tylko regurgitacye; ściany żołądka nadmiernie rozdęte utraciły możność kurczenia się. z przepełnienia tego organu doszła mała część jego zawartości do przełyku i ztąd ruchem antiperystaltycznym wyprowadzoną została na zewnątrz. Krew domieszana do zawartości żołądkowych nie pochodziła z owrzodzeń, a z drobnych rozdarć włosowatych naczyń, prawdopodobnie w następstwie zbytecznego rozciągnięcia błony śluzowej powstałych. Przy sekeyi bowiem nie znaleziono żadnego wyraźnego przerwania naczyń, błona śluzowa była tylko zaczerwieniona i ciemnymi drobnymi plamami (od krwi wynaczynionój) zasiana.

K A Z U I S T Y K A.

Zranienie oka odłamkiem żelaza.

Obserwował Dr. Narkiewicz-Jodko.

1go lipca r. p. wezwany byłem do pana S. M... właściciela fabryki fortepianów; przyszedłszy, zanim chorego obejrzałem, dowiedziałem się, iż przed półgodziną w czasie zajęcia nad wykończeniem jednego z fortepianów, odłamek żelaza uderzył go w prawe oko. Przy obejrzeniu chorego dostrzegłem tkwiący w górnej powiece kawałeczek metalu; gdy dla wydobycia tegoż chciałem nieco unieść powiekę, przekonałem się iż wzmiankowany kawałek żelaza, przenikłszy na wylot powiekę, utkwiał w gałce jakby przykuwając do téj ostatniej powiekę i to w takim stopniu, że powieki od oka odciągnąć niepodobnem było. Kawałeczek ten żelaza na zewnątrz wystający, zakończył się ostro i sterczał o tyle, iż mogłem go ująć cążkami do wyrywania rzes używanemi i przy małych rotacyach wyciągnąć na zewnątrz. Po wydobyciu przekonałem się iż miał 6—7 mil. długości; z jednej strony był zupełnie prosty i gładki, z drugiej zaś jakby pół okrągławy o chropowatym brzegu, najgrubszy na 2mm. od miejsca które na zewnątrz powieki było widzialne. W powiece malutka ranka wcale nie krwawiąca przedstawiała się w kształcie linijki równoległej do brzegu o 5 do 6m. od tegoż odległej, a dłuższej na $1\frac{1}{2}$ do 2mm. Po nad głównym szczytem rogówki w odległości 3m. od jój widzialnego brzegu dostrzegłem ranę w błonie twardej, kształtem i kierunkiem podobną do widzianej na powiece, tylko nieco mniejszą od tamtój; obok niej żadnego wynaczynienia pod łącznicą nie było, w samej zaś ranie kawałeczek ciała szklanego.

Największe i jedyne z widzialnych zmian przedstawiała tęcza, której część górna leżąca na przeciw rany w błonie twardej była zupełnie niewidzialna tak.

iż źrenica przedstawiała się w kształcie jajowatym, końcem ostrym obrócona ku górze i schowana pod nabrzmałością obrączkową łącznicy (*annulus conjunctivae*); przy najdokładniejszym śledzeniu nawet brzegu źrenicznego tęczy w tém miejscu dojrzeć nie mogłem.

Oko było tak rozdrażnione tym świeżym wypadkiem, iż o ścisłym badaniu za pomocą wziernika mowy być nie mogło; przelotnie tylko oświeciłem wnętrze tegoż i przekonawszy się, iż przedstawiało kolor oka zdrowego, wnioskując, iż niema żadnego wynaczynienia wewnętrznego, zaprzestałem dalszego badania.

Pod względem siły wzroku, także z powodu rozdrażnienia, rzetelnych rezultatów badania spodziewać się nie mogłem, wymierzyłem tylko pole widzenia i takowe znalazłem zupełnie normalnem.

Zimne okłady zanim przyszedłem były używane; sądząc jednak, że najwłaściwiej będzie, unieruchomiwszy oko, wywołać jak najspieszniejsze zgojenie się ranki w błonie twardej, założyłem opaskę naciskającą (*Druckverband*). Mając wszakże na względzie najważniejszą zmianę w oku dotyczącą położenia tęczy i chcąc takową o ile to się da do normy przyprowadzić, przed zawiązaniem opaski włożyłem odrobinę proszku siarczanu atropiny, który zwykle noszę przy sobie. Za pomocą siarczanu atropiny, który jak się zdaje, nie tylko poraża włókna obrączkowe tęczy, ale i pobudza do skurczu włókna promieniste tejże, zamierzałem wyciągnąć wpadnięty do komórki tylniej górny kawałek tęczy i w ten sposób normalny stosunek tejże do innych części oka sprowadzić. Może użyciem kalabaru, który jak wiadomo, mocno pobudza do skurczu włókna obrączkowe tęczy, cel mój łatwiej bym osiągnął, ale mocne podrażnienie oka, które użycie tego środka za sobą pociąga, przechyliło mnie do wybrania siarczanu atropiny, jakkolwiek środek ten względnie do osiągnięcia się mającego rezultatu mniej był pewny; za użyciem jednak jego przemawiały zupełny brak drażniących oko własności i działanie że się tak wyrażę przeciw-zapalne, we wszystkich zapalnych cierpieniach tęczy i ciała rzęskowego.

Wieczorem dnia tegoż odwiedziwszy chorego, znalazłem nieco gorączki, silne rozdrażnienie nerwowe; chory użalał się na ból w górnej części gałki oka z uczuciem palenia połączony. Po zdjęciu opaski znalazłem bardzo małe obrzmienie łącznicy na około całej rógówki, lekkie nastrzyknięcie naczyń podłącznicowych, w ranie brak uprzednio widzianego kawałeczka ciała szklistego, a źrenicę jakkolwiek znacznie rozszerzoną, jednak również nieregularną jak to z rana widziałem. Po włożeniu nowej dozy siarczanu atropiny i nowem założeniu opaski, zapisałem $\frac{1}{12}$ część grana morphium i zaleciłem w razie silnego uczucia gorąca w oku przykładanie na opaskę płatów z kawałeczkami lodu we środku. Noc przeszła zupełnie spokojnie, bóle w pół godziny po nałożeniu opaski znacznie się zmniejszyły, chory jakkolwiek przerywanie, ale spał długo i sen go pod względem zdrowia ogólnego znacznie wzmocnił. Po trzech dniach podobnego wyżej opisanego leczenia, ranki tak w powiece jak i w błonie twardej zupełnie się pozagajały i tylko tęcza została na zawsze w kształcie zmienionym. Po tygodniu chory już tylko z powodu rozszerzonej źrenicy musiał nosić ciemny fartuszek zasłania-

jący od rażącego światła; zaniechałem zupełnie użycia atropiny. Chory wypytywany o różnicę wzroku mówił, iż okiem zranionem mniej widzi niż drugim; że jednak oprócz drobniejszych druków, których rozpoznać nie może, widzi przedmioty otaczające dokładnie. We trzy tygodnie po wypadku, kiedy działanie atropiny zupełnie już przeszło, badałem oko z pomocą wziernika i robiłem próby pod względem nastawczości (akomodacyi) i łamliwości (refrakcyi), a te doprowadziły mnie do następujących rezultatów:

Oko lewe normalne, prawe badane za pomocą wziernika nie przedstawiało nic godnego uwagi, siła wzroku tegoż nieco zmniejszona; jeżeli normalną siłę wzroku porównamy z jednością, to oko prawe chorego miało tylko $\frac{9}{10}$ tejże. Pod względem łamliwości znacznie większa zachodziła różnica, oko bowiem prawe było krótkowidzającym; ten wzrok krótki podług ogólnych zasad przyjętych przez tegoczesnych okulistów oznaczamy utamkiem $\frac{1}{14}$, chcąc przez to wykazać, iż ze szkłem wklęsem o 14 calowem ognisku (Nr.—14) chory widział w większych odległościach prawie również dobrze jak okiem zdrowym. Przestrzeń akomodacyjna oka chorego porównana z taką w zdrowym oku, okazała się być też nieco mniejszą. Chory wypytywany o wzrok oka prawego przed wypadkiem twierdził, iż tenże był zupełnie dobrym, a na poparcie tego twierdzenia przytaczał iż jako myśliwy, zwykle oka tego przy strzelaniu używał.

Jeżeli zastanowimy się nad opisanym powyżej wypadkiem i zechcemy powstałe w skutek niego zmiany sobie wytłumaczyć, to przedewszystkiem uwagę naszą zwrócić musimy na miejscowość w której oko zranione zostało i przypuszczalny kierunek rany w głąb oka się zapuszczającej.

Błona twarda, jak to widzieliśmy, zranioną była w części 3mm. od brzegu widzialnego błony rogowej odległej; po za tem miejscem leży ścięgno mięśnia Brückego, po za niem zaś, jeżeli postępujemy w kierunku prostopadłym do kuli ocznej, natrafiamy na rąbek Zinna (*Zonula Zinni*), a następnie na kulę szklaną. W kierunku tym prawdopodobnie utkwiał odłamek żelaza przez nas wydobyty; twierdzimy tak, bo przy zboczeniu ku wewnątrz lub ku zewnątrz tego kierunku, mielibyśmy w pierwszym razie zranienie soczewki i w następstwie pociemnienie tejże, w drugim zaś zranienie ciała rzęskowego (*corpus ciliare*) z wynaczynieniem krwi tak do oka jak i pod łącznicę. Żadnej z tych przypadłości nie mieliśmy przed sobą, a natomiast dostrzegliśmy w ranie kawałeczek ciała szklanego, obecność którego tem większe nadaje prawdopodobieństwo naszemu przypuszczeniu; wskazaną bowiem tylko drogą, a nie żadną inną, ciało szkliste mogło się dostać do rany zewnętrznej. Zmiana w położeniu tęczy musiała powstać nie w skutku zranienia oka, ale w skutku raptownego wydobywania odłamku żelaza, po którym to wydobyciu ciecz wodna komórki tylnej wypływająca przez otwór w błonie twardej, pociągnęła za sobą tęczę i wpadnięcie jej do komórki tylnej sprowadziła.

Tłumaczenie to mechanizmu zranienia zdaje się potwierdzać stan łamliwości oka, po wyleczeniu znaleziony. Zmiana wzroku normalnego na krótki nie daje się wytłumaczyć ani zmianą w tęczy, ani zmianami przez zranienie błony twardej powstać mogącymi; jedno tylko przypuszczane przez nas częściowe przerwanie

rąbka Zinna, mógł zmianę tę łamliwości spowodzić. Wszyscy w ostatnich czasach opracowujący kwestję łamliwości i nastawczości oka zgodzili się na to, iż rąbek Zinna, utrzymujący związek pomiędzy wyrostkiem rzęskowym a soczewką, napina w czasie spokoju oka torebki soczewkowe przednią i tylną, prowadząc przez to obustronnie wypukłą soczewkę do minimum wypukłości; zwalnianiu tego naprężenia towarzyszy większe wypuklanie się soczewki a zarazem większa łamliwość tejże. Opisany wypadek przedstawia właśnie nagłą zmianę łamliwości oka na silniejszą i zmiana ta prawdopodobnie powstała przez przerwanie części górnej rąbka Zinna, w skutku czego soczewka stała się bardziej wypukłą niż w oku zdrowym.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu S. Ducha w Warszawie,
przez Dra Ludwika Adolfa Neugebauera,
lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

W pięciu latach dotychczasowego urzędowania mego, jako lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Ducha w Warszawie, miałem sposobność leczenia w tymże zakładzie znacznej liczby kobiet dotkniętych chorobami pomocy chirurgicznej wymagającymi, tudzież cierpieniami kobietom właściwymi. Pragnąc zaś postrzeżenia przy tej sposobności zrobione spożytkować dla nauki, postanowiłem ciekawsze z nich publicznie ogłosić. Dziś przystępuję do ogłoszenia przypadków czysto chirurgicznych, do chorób kobietom właściwych nieodnoszących się. Co zaś do postrzeżeń dotyczących tychże chorób, te połączyłem w oddzielny przegląd, który wkrótce po niniejszej pracy do druku oddać zamierzam.

Postrzeżenia tedy moje czysto chirurgiczne były następujące:

I. *Wady rozwojowe.*

Warga zajęcza podwójna (*labium leporinum duplex*).

E. F., córka czeladnika stolarskiego, lat 3½ licząca, usposobienia skrofulicznego, w dniu 23 września 1862 r. do szpitala przyjęta, miała *wargę zajęczą podwójną*.

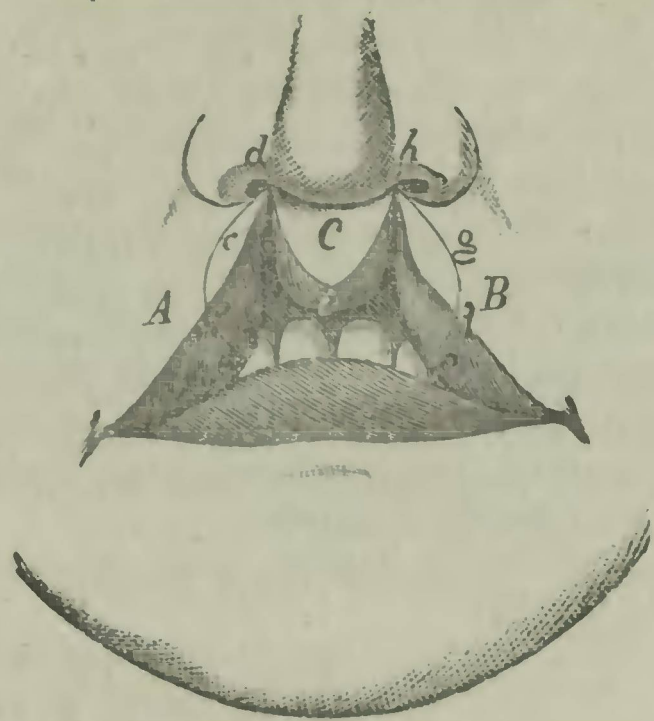
Oba boczne zrazy wargi zajęczej były mocno na zewnątrz skierowane, zraz średni był skrócony i ku górze zadarty. W cierpieniu tém wargi górnej i szczęka górna miała także udział. Niebyła ona wprawdzie rozdzielona, ale zawsze ta jej część, która morfologicznie odpowiadała prawej kości śród-szczękowej, była wraz z dwoma jej zębami siecznymi nieco ku przodowi wysunięta. W skutek tego prawy z dwóch siecznych zębów nie przystawał do kła odpowiedniej strony, lecz o trzy linie przed nim leżał.

Odpowiednio tej wadzie przyrodzonej kości górno-szczękowej i wargi górnej w końcu jeszcze i nos w części swój prawej był nieco spłaszczony i wszerek rozciągnięty.

Zresztą twarz, jako i cała reszta ciała były dobrze zbudowane.

Potrzebną, w celu uleczenia opisanego co dopiero cierpienia, operację wykonałem w tymże jeszcze dniu i to przy asystencyi naczelnego lekarza szpitala pana doktora Groëra.

Fig. 1 przedstawia okolice ustną dziewczynki dotkniętej wargą zajęczą podwójną, w naturalnej wielkości. A i B prawy i dolny zraz boczny; C zraz średni



wargi górnej; *a, b, c, d, i e, f, g, h*, kierunku cięć, okrwawiających brzegi zrazów bocznych; *a, i, i, h*, kierunku cięć okrwawiających brzegi zrazu średniego.

Okrwawiłem przedewszystkiem brzegi rozdzielenia w wardze górnej istniejącego, w sposób następujący: ujawszy najprzód palcami ręki lewój prawy zraz boczny wargi, i rozciągnawszy go nieco ku dołowi, nożykiem wypukłym zrobiłem cięcie trzy linie głębokie w tém miejscu, w którém po połączeniu zrazów wargi, brzeg wolny stykać się powinien z odpowiednim brzegiem zrazu bocznego drugiej strony. W kąt tegoż cięcia następnie wstawiłem nożyczki

proste i odciąłem niemi brzeg zrazu rozdzieleniu wargi odpowiedni, aż do otworu nozdrzowego.

W podobny sposób okrwawiłem i brzeg zrazu bocznego strony lewój. Po takowém (w głównych swych punktach *h* na sposobie operowania Dieffenbacha ¹⁾ opartem) okrwawieniu dwóch zrazów bocznych, ściałem w końcu jeszcze i wolne brzegi zrazu pośredniego cięciami lekko krzywemi, ku stronie zewnętrznej wypukłemi i na wolnym końcu zrazu pod kątem ostrym schodzącemi się.

W końcu wszystkie trzy zrazy za pomocą noża o tyle oddzieliłem od górnej szczęki, że stały się dostatecznie podatnymi. Tak przygotowane do krwawego szwu zrazy wargi połączyłem za pomocą szwu krwawego podwójnego w taki sposób, że po założeniu tegoż szwu wzajemnie z sobą stykające się brzegi zrazów składały figurę litery Y. Fig. 2. Okolica ustna tejże choréj po założeniu szwu krwawego,

w naturalnej wielkości. Trzy zrazy wargi górnej (*A, B* i *C*), połączone są szwem krwawym w taki sposób, że wzajemnie stykające się, okrwawione ich brzegi (*a, b, c*), składają razem figurę podobną do litery Y. Połączenie uskutecznione jest 1) szpilką karlsbadzką grubszą (*DD*), uzbrojoną w gałki kostne (*d* i *e*) i wpuszczone w téż gałki szrubki (*d** i *e**); 2) szpilką karlsbadzką cieńszą, okręconą nitką bawełnianą; — i 3) dwoma ścięgami podwiązkowemi z drutu srebrnego (*F* i *G*).

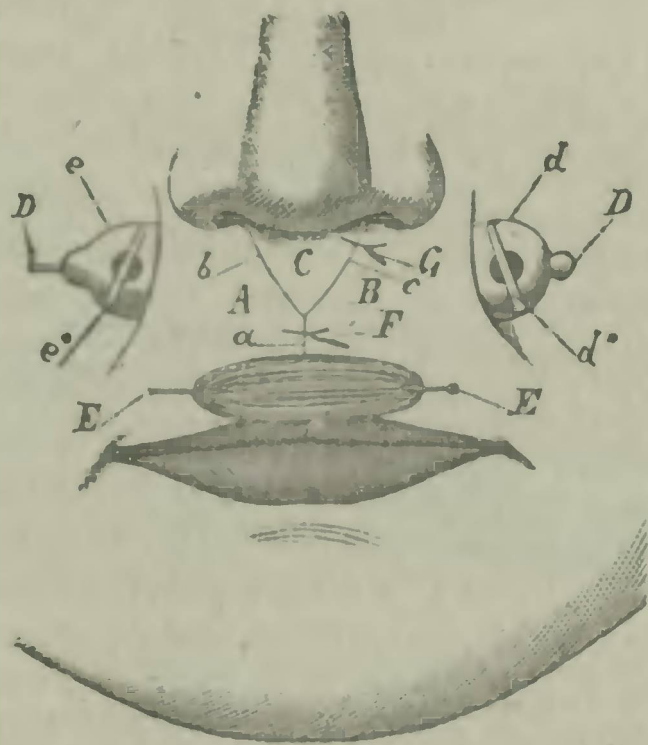


Fig. 2.

Rzeczony szew podwójny złożony z dwóch szpilek karlsbadzkich lekko skrzyżowanych, a mianowicie jednej grubszej, drugiej cieńszej, i dwóch ścię-

¹⁾ Die operative Chirurgie von Johann Friedrich Dieffenbach, I. Band Leipzig 1845. 8^o. S. 403,

gów podwiązkowych. Szpilki założyłem *głęboko*, grubszą wyżej, odpowiednio połowie wysokości wargi, — cieńszą niżej, tuż po nad jej wolnym brzegiem, przeprowadzając tamtę przez całą szerokość wargi tak, że przechodziła przez oba zrazy boczne i zarazem przez koniec zrazu średniego, tę zaś tylko przez brzegi zrazów bocznych. Następnie szpilkę grubszą czyli górną, na zasadzie szwu tak zwanego gałkowego, opatrzyłem dwiema gałkami kościanymi i utwierdziłem też gałki na niej znajdującymi się w nich szrubkami, zsunawszy je o tyle na szpilce, ile do należytego zetknięcia trzech zrazów w argi, na nią nasadzonych, było potrzeba. Szpilkę cieńszą zaś okręciłem nitką bawełnianą. Co zaś do ściegów podwiązkowych, te założyłem bardziej powierzchownie: jeden tuż poniżej końców zrazu średniego, drugi odpowiednio odnodze rany, rozgraniczający zraz średni od lewego. Użyłem do nich cienkiego drutu z miękkiego srebra.

Już w dniu 20 września usunąłem rzeczony co dopiero ściegi druciane, w dniu zaś 1 października usunąłem także i szpilki.

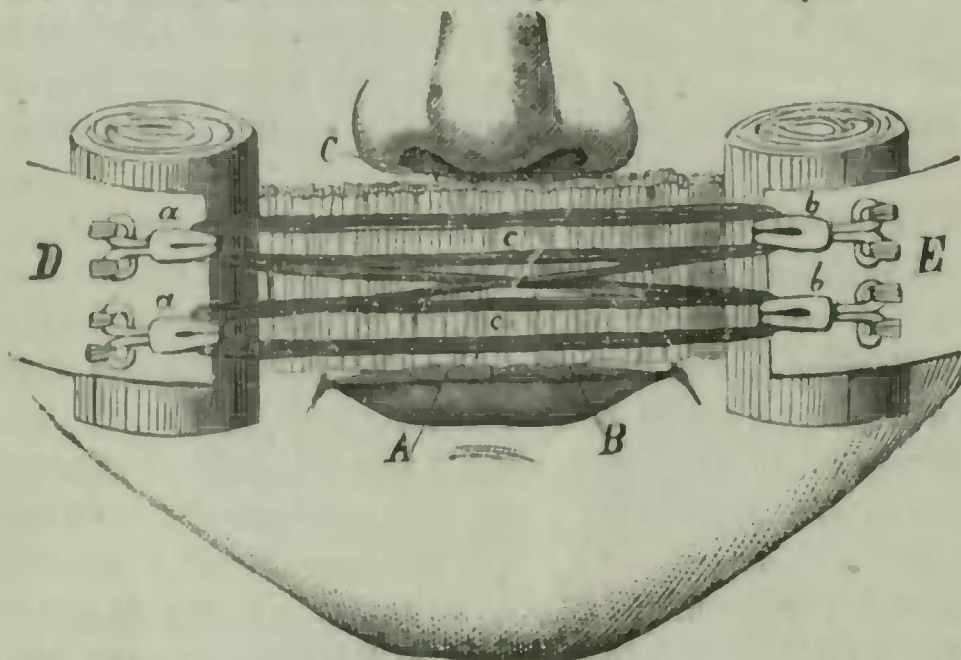


Fig. 3.

Dolna część twarzy tejże chorój, po założeniu opaski *Gröerowski* w naturalnej wielkości. *A, A*, pokład skubanki pokrywającej wargę górną; — *B i C*, dwa wałki przyrządzone z plastru lepkiego, przyklepione po prawej i lewej stronie wargi górnej do policzków; (*D i E*), paski plastra lepkiego nalepione na też wałki i oprowa-

dzone na około policzków do karku; — *aa i bb*, haczyki druciane, czyli tak zwane koniki, przymocowane do przednich końców opasek dopiero co wspomnianych; — *c*, nitka bawełniana okręcona na około czterech haczyków druczianych.

Rana okazała się we wszystkich częściach w drodze pierwszego zlepiania spojona, jedynie w jej środku, w miejscu nader określonym a odpowiedniemi końcowi zrazu średniego, znać było lekkie, powierzchowne ropienie. Oprócz tego, miejsca które były ściśnięte gałkami kościanymi, okazały się bledszymi od części przyległych skóry i przedstawiały wejście jakby pargaminowe. Po usunięciu szpilek, pokryłem wargę górną miękką skubanką i przytwierdziłem ją opaską szczegółowo do tej operacji zastosowaną, a mającą głównie na celu utrzymanie spojenia między zrazami wargi; jaką to opaskę zawdzięczam koledze *Gröerowi*, który jej z korzyścią w takich razach używał. Opaska ta urządzona była w sposób następujący: zwinąłem nasamprzód dwa paski cal szerokości mające plastru lepkiego w wałki sześć do ośmiu linii grube w taki sposób, że w każdym z tych wałków strona lepka paska otrzymała położenie na zewnątrz. Oprócz tego przy-

gotowałem dwa inne paski takiegoż plastru około ośmiu cali długie, a około ośmiu linii szerokie, mające do jednego ze swych końców na stronie swój nielepkiej przyszyte dwa haczyki drutowe czyli tak zwane koniki. Opisane wyżej dwa wałki przyłożyłem po obu stronach wargi górnej do policzków, równoległe do linii pośrodkowej tw arzy; przyklepiłem do nich końce pasków niezwinionych uzbrojone haczykami i pozostałe części tychże pasków oprowadziłem przez policzki do karku chorój, gdzie jeden z wolnych ich końców wlepiłem na drugi. To uczyniwszy okręciłem wyżej wspomniane haczyki druciane nitką bawełnianą, przybliżając nią haczyki jednej ku haczykom drugiej strony aż do zupełnego zwolnienia wargi operowanej, czem zarazem i skubanka dostatecznie została do wargi przymocowaną. Opatrunek ten codziennie odnawiałem.

W pierwszych dniach po wyjęciu szpilek, miejsca przez gałki kościane gniescone przeszły w powierzchowne ropienie.

Okolica ustna tejże chorój po ukończonem leczeniu wargi zajęczój — w naturalnej wielkości. Litery *A, B, C* i *a, b, c* oznaczają toż samo co w figurze 2; litery zaś *DD, EE, FF* i *GG*, oznaczają miejsca, w których szpilki i druty do połączenia zrazów wargi użyte w substancję tejże wargi wstępowały i z niej występowały.

Dosyć szybko jednak w tych miejscach, jak również i w miejscu ropiejącem w środku spojonej rany pojawiły się granulacye i w ciągu dwóch tygodni wszystkie te miejsca zablizniły się.

Przy wyjściu małej chorój ze szpitala, spojenie trzech zrazów wargi okazywało się tak ściśłem, iż bardzo wątpliwość tylko bliźnę znać było w miejscu, w którym owe zrazy z sobą były połączone.

Przytem sama warga należyta miała wysokość i wolny jój brzeg, w środku bardzo lekko tylko wzięty, okazywał grubość mało co mniejszą od grubości prawidłowej.

Przypadek ten operacji wargi zajęczój był pierwszym przypadkiem tego kalectwa, w którym użyłem mojej odmiany szwu głębokiego *Heurteloupa*, czyli tak zwanego szwu gałkowego⁽¹⁾; nikt nie zaprzeczy, iż pomyślny wypadek operacji w tym przypadku, który bynajmniej nie należał do lżejszych przykładów wargi zajęczój, zawisł był głównie od okoliczności, iż części wargi szwem połączone podczas samego processu gojenia żadnego nie doznały natężenia i targania.

(1) Bliższy opis tego sposobu szwu krwawego dałem w rozprawie mojej „Nowy sposób robienia krwawego szwu krocza i sromu“ w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Redaktor główny *Dybek*, Serya 3, tom 1. (Ogólnego zbioru tom 43). Warszawa, 1860. 8vo. str. 387—412, z figurami.

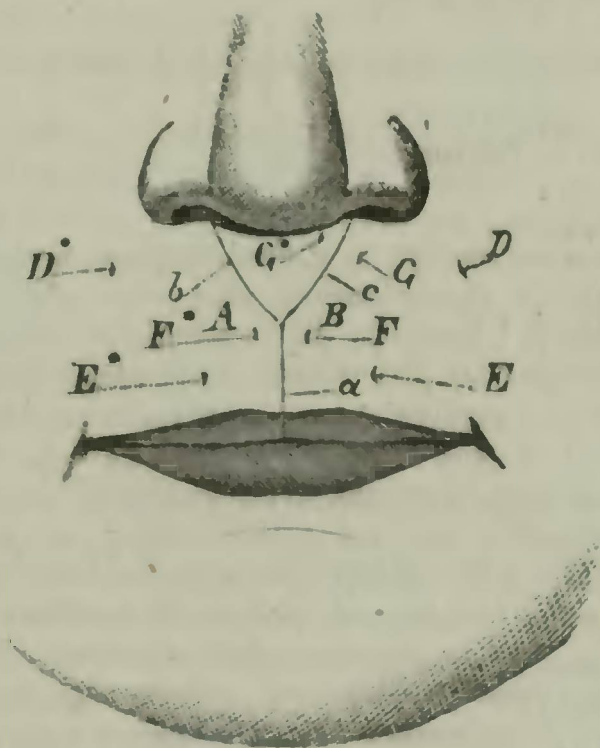


Fig. 4.

Ten brak natężenia i targania w nich niczemu innemu nie był do zawdzięczenia, jak zastosowanemu, chociaż w tak szczupłej tylko mierze, *szwu galkowemu*. Chociaż bowiem jedna tylko szpilka gałkami uzbrojona była użyta, dwie jej gałki jednak, z odległości, żeby tak rzec, działające, zrazy wargi o tyle na szpilce zsuniętymi utrzymywały, iż ta szpilka w połączeniu z dodatkową a od niej cieńszą szpilką okręconą i z dwoma powierzchownie założonemi ściegami drucianemi wystarczyły do sprowadzenia zupełnego spojenia okrwawionych powierzchni tychże zrazów. Co do opaski zwalniającej, po usunięciu szpilek i ściegów założonej, ta miała tę korzyść, że nie pozwalając rozchodzeniu się świeżo spojonych brzegów rany samemu spojeniu dała sposobność do tem mocniejszego ustalenia się.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra **Hermana Demme**.

(Dokończenie).

Jeśli dobrowolne otworzenie zebranego ropnia nie nastąpi, to w dwojaki sposób możemy się objaśnić o cierpieniu kości, to jest: przez badanie igłą akupunkturową, albo przez głębokie przecięcie części miękkich aż do kości, i badanie palcem lub sondą. Za pomocą igły możemy się przekonać o położeniu zebrania ropy, czy jest zewnątrz czy pod okostną, o oddzieleniu okostnej, chropowatości lub gładkości powierzchni okostnej i poczynającem się odkładaniu nowej kostnej substancji. Jeśli zrobimy głębokie cięcie aż do okostnej, wtedy wyleje się ropa lub posoka czasem z płatkami zgangrenowanej tkanki łącznej, skrzepami krwi, włókniaka, kroplami tłuszczu; ilość jej wynosi czasem kilka kwart. Okostna albo jest całkiem uniesiona, albo w niektórych miejscach przylega jeszcze do kości; jest żółta, połyskująca, szaro zielona, lub zgangrenowana, czarniawa. Do zgorzeli kości pomimo to niezawsze przychodzi, i wyleczenie bez jej oddzielenia może nastąpić.

Jednym z najważniejszych znaków takiego obrotu rzeczy jest znaczne zgrubienie w okolicy chorąg kości, powstające z jej hyperplazji które wszakże tak dobrze może oznaczać tworzenie się *capsulae sequestralis* jak i hyperplazją kości. W tym wypadku do odróżnienia służy ta okoliczność, że przy tworzeniu się *capsulae* kształt zgrubienia jest nieregularny i powierzchnia chropowata, brzegi rany powierzchownej zostają otwarte i przedstawiają objawy trwałego zadrażnienia, a jeśli się rana zablizni, to prędko powstają nowe ropnie i fistuły komunikujące z otworami kloaki; przy hyperplazji sklerotycznej kości, niema objawów zadrażnienia i gojenie ran dobrze i stale postępuje.

Co do zejścia cierpienia stawu, to albo następuje mniej lub więcej zupełne przywrócenie funkcji stawu, albo pozostają zboczenia kości skutkiem rozmiękczenia więzów lub oddzielenia epiphysów, albo wreszcie następuje zupełne zrosnięcie stawu (*ankylosis*).

Dyagnoza. Ponieważ pierwsze objawy zewnętrzne dają się widzieć w częściach miękkich, idzie więc o rozpoznanie czy w danym wypadku mamy pierwotne zapalenie tych części i okostnej, czy też następce w skutek zapalenia szpiku kostnego. Pod tym względem ważną jest anamneza. Jeśli ból wystąpił na kilka dni przed obrzmieniem, jeśli ma charakter centralny uporczywy, jeśli ruch kończyny był niemożliwy od początku, jeśli objawy ogólne jednocześnie lub przed miejscowymi wystąpiły, to możemy wnosić o obecności rozlanego zapalenia szpiku kostnego.

Może też zachodzić potrzeba odróżnienia pierwotnego zapalenia okostnej i ograniczonego zapalenia kości: w pierwszej jednak objawy nie dochodzą nigdy takiej wysokości. Do wyłączenia pierwotnego zapalenia tkanki łącznej podskórnej służy brak czerwoności skóry.

Przy pierwotnym zapaleniu okostnej niemamy zniesienia od początku funkcji kończyny, a nadto zapalenie tkanki łącznej albo wcale mu nie towarzyszy, albo występuje dopiero w późniejszym przebiegu, gdy tymczasem przy zapaleniu szpiku kostnego występuje dość wcześnie. Ważną jest także obecność głębokiego od kości odchodzącego guza, dającego uczucie głębokiego chęłbotania (*fluctuatio*); wreszcie przyłączające się cierpienie stawu rozstrzyga rozpoznanie. W razie wątpliwości badanie igłą daje możność przekonania się łatwo o stanie kości.

Rokowanie jest w każdym razie ciężkie, lubo nie można go uważać za bezwarunkowo złe jak to robi większa część autorów, gdyż na 17 wypadków przez *Demme* g o opisanych, 13-ie zakończyło się wyzdrowieniem, a zatem 76⁰/₁₀₀. W czterech zakończonych źle, śmierć dwa razy była skutkiem pyemii, i dwa razy skutkiem wycieńczenia. Śmierć najwcześniej nastąpiła w 15 dni od początku choroby, najpóźniej w 138 dni. Najprędsze wyleczenie nastąpiło w 96 dni, najpóźniejsze w 290, lubo ten czas liczy się do wyjścia ze szpitala, poczem następstwa choroby jeszcze przez jakiś czas trwać mogą, w jednym nawet wypadku oddzielenie epiphyzów kostnych jeszcze po 9-iu latach pozostało niezmiennione.

Leczenie. Prawie wszyscy autorowie dotąd zgadzali się że jak najwcześniejsze i szerokie cięcia części miękkich aż do kości są nieodzownymi przy rozlanem zapaleniu szpiku kostnego. Tu tylko w zdaniach zachodziła różnica, iż jedni jak *Chassaig* n a o uważają te cięcia jedynie za środek ułatwiający rozpoznanie i mniemają że tylko jednoczesne otworzenie kanału kostnego przez trepanacyą lub amputacyą na samą chorobę podziałac może. Inni zaś jak *Klose*, *Gosselin*, *Frank*, *Fischer* są zdania że przez wczesne, szerokie i głębokie cięcia usuwając nagromadzoną ropę, wiele wpłynąć możemy na stan choroby, gdyż przez to wstrzymujemy szerzenie zapalenia żył kostnych i oddzielonej od źródła swego odżywiania powierzchni kostnej, przywracamy takowe i zapobiegamy jej zgorzeli.

Demme przeciwnie jest zdania że szerokie i głębokie cięcia części miękkich nigdy niepowinny być robione podczas ostrego okresu choroby, lecz dopiero wtedy gdy choroba przyjmie więcej chroniczny przebieg. Zdanie to usprawiedliwia następującymi klinicznymi faktami.

a. że mortyfikacya kości nie następuje bardzo prędko pomimo najostrejszego przebiegu choroby.

b. że ważną korzyścią jest niedopuszczenie przystępu zewnętrznego powietrza do ogniska ropienia podczas ostrego peryodu choroby, gdyż przez to chronimy produkta zapalne od rozpadu posokowatego który zwykle do septycemii prowadzi.

c. że szerokie i głębokie cięcia nie są mało znaczącymi ale ważnymi operacyami, wykonywanie których w stadium zapalnym i gorączkowym daje najgorsze rokowanie.

d. iż doświadczenie przekonało, iż Pyemia i Septycemia z fatalnem zejściem choroby najczęściej się zdarzają w tych wypadkach, w których wielkie cięcia podczas silnej gorączki były robione, gdy przeciwnie tam gdzie się z nimi opóźniano rezultat bywał dobry.

Co do leczenia miejscowego w ostrym okresie choroby, autor oświadcza się przeciw deplecyom tak ogólnym jak i miejscowym, gdyż w cierpieniu które przez znaczny ubytek soków i przewlekły przebieg samo przez się przedstawia niebezpieczeństwo zubożenia krwi i wycieńczenia, więcćj one szkody przynieść mogą niż pożytku. Kataplasma zdaniem jego niemają żadnego znaczenia; co do wezykatoryj doświadczenie bynajmniej skuteczności ich nie stwierdziło; kanteryzacyi szczególniej żelazem rozpalonem autor nie używał w celach derywacyjnych i alterujących; z tegoż powodu nie jest w stanie wyrzec się stanowczego co do użycia zimna zwłaszcza lodu. Za to autor zachwala bardzo użycie w okresie gorączkowym nalewki jodowej. Nalewka jaką zaleca jest nieco mocniejsza od zwykle przysposobianej w aptekach, zawiera bowiem 60 do 65 gran jodu na jedną uncję alkoholu; taka zdaniem jego działa daleko lepiej niż zwyczajna. nie wywołując wezykatoryi; smaruje się nią okolicę chorą, a na wierzch przykładają się watę lub kompressa zwilżone oliwą; smarowanie to powtarza się przynajmniej co dwa dni. Jeśli wystąpią pęcherze, to okłady z wody gulardowej, roztworu alunu lub opium szybko je znoszą. Wypuszczenie ropy za pomocą podskórnego przekłucia troakarem może być pomocnym w tym okresie, nie narażając na niebezpieczny wpływ zewnętrznego powietrza. Ważnem jest także unieruchomienie członka chorego w położeniu nieco zgiętym za pomocą opaski,

która o ile możności otaczać powinna całą kończynę i wznosić się aż powyżej stawu biodrowego.

Co do leczenia ogólnego, to w okresie ostrym choroby powinno być przeciwgorączkowe, lecz nieosłabiające. Kwasy, dyeta, świeże powietrze, wystarczają. W razie silnych bólów i braku snu można dać choremu opium. Zresztą leczenie to powinno być zastosowane do szczególnych, mogących zajść wskazań.

Po przejściu okresu ostrego choroby i ustaniu gorączki, jest najwłaściwsza pora przystąpić do przecięcia części miękkich. Przecięcie to musi być szerokie i głębokie. Co do sposobu otworzenia tych części, autor zwraca uwagę na potrzebę oszczędzania krwi u osób już chorobą osłabionych, i na niebezpieczeństwo wystawiania otworów zięjących naczyń na zatknięcie się z posokowatemi płynami, czego łatwo uniknąć zastępując nóż żelazem rozpalonem lub ciastem cynkowym, a jeżeli się robi cięcie bisturem to radzi zaraz przypieć brzegi rany żelazem. Dla ograniczenia ropienia i pobudzenia czynności plastycznej po otworzeniu, służą przestrzykiwania chlorowe lub jodowe, pędzlowanie lub tamponada nalewką jodową, lub też opatrunek Acido Pyrolignoso.

Otworzenie ropnia kostnego za pomocą trepanacyi, ma także licznych stronników; Petit, Macfarlane, Erichsen, Hamilton, Klose, Lee, Brodie, Stanley, Hey, Gerdy, przemawiają za niem. Autor przyznaje że niema pod tym względem dostatecznego doświadczenia, nie sądzi jednak aby przez trepanację można było dać należyty odpływ produktom zapalnym z wnętrza kości, jak to wnosi z tych wypadków, gdzie nastąpiło dobrowolne otworzenie kanału kostnego.

Przy leczeniu zgorzeli osteomyelitycznej trzeba się trzymać tych samych prawideł co przy każdej inniej zgorzeli.

Przy cierpieniach stawów trzeba się starać przedewszystkiem o unieruchomienie stawu, a następnie smarować staw nalewką jodową dla wywołania resorbeyi. Co do otworzenia stawu, bez którego często można się obejść, a które jednak niezawsze do zrośnięcia stawu prowadzi, należy zachować te same prawidła co z otwieraniem innych ognisk płęgmonicznych i periostalnych. Przy prostem powierzchownem ropieniu torebki stawowej, dostateczną jest punkcja podskórna; przy wrzodach lub przedziurawieniu stawu, radzą wstrzykiwania z nalewki jodowej lub roztworu saletranu srebra; przy subluxacyach opatrunek prostujący. Zwraca wreszcie uwagę, aby przy osteomyelitycznem zapaleniu stawu strzedz się metodycznych ruchów biernych, dla zapobieżenia zrośnięciu stawu, bo przy niezupełnie umocowanych epiphyzach odlamanie ich można sztucznie wywołać.

Przy oddzieleniu epiphyzów najwłaściwsze jest leczenie wyczekujące i symptomatyczne. Opaski utrzymujące kończynę w należytem położeniu, zapobiegające zwichnieniu, sprzyjają włóknistemu lub kostnemu zrośnięciu się ich napowrót z kością.

Przy fistulach dobrze działają wody siarczane i solne, szczególniej Schinznach.

Do uporeczywych następstw choroby należy chroniczna, przez rozległe zatkanie żył głębokich podtrzymywana puchlina kończyny chorój, w skutek której mogą powstawać włókniste zgrubienia tkanek; przeciw tej puchlinie, autor radzi używać opaski flanelowe naciskające, i fomentacye z spirytusu Minderera, odwaru arniki, Digitalis. Ogólne leczenie w drugim peryodzie powinno być pokrzepiające. Wzmacniająca dyeta, tran, żelazo, z uwagą naturalnie na stan kanału trawienia.

Chassaignae utrzymuje że jedynym środkiem skutecznym do wyleczenia osteomyelitis diffusa jest wczesna amputacya powyżej miejsca chorego, a Roux posuwa się jeszcze dalej i uważa za konieczną nie tylko amputacyę, ale nawet exartikulacyę w stawie po nad miejscem choroby położonym, gdyż zdaniem jego choroba szybko rozszerza się wzdłuż całego kanału szpikowego; autor zaś amputacyę wyrzuca z rzędu środków leczących chorobę, uważa ją tylko jako *ultimum refugium* do którego ze zbytelnym pośpiechem przystępować nienależy.

Dr. S. Witkowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.
Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 6 lutego do 12 lutego (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	689	178	168	15	684
„ Śgo Ducha	141	33	18	6	150
„ Ewangelickim	86	14	14	—	86
„ Śgo Rocha	100	34	33	2	99
„ Śgo Jana Bożego	162	1	2	—	161
„ Śgo Łazarza	294	86	49	1	330
„ Starozakonnych	380	94	75	11	383
Ogółem:	1852	440	359	35	1898

Wiadomości bieżące.

Stan i ruch zdrojowisk w r. 1866.

W przekonaniu, że zdrojowiska, jako instytucje humanitarne-medyczne i ekonomiczne, zasługują na wszechstronną uwagę, podajemy obraz statystyczny obecnego stanu i ruchu w zakładach zdrojowych za r. 1866, którego nam udzielił Dr. Zieleniewski, Sekretarz Komisji Balneologicznej w Tow. Nauk. Krakowskim.

ZAKŁAD ZDROJOWY	Ilość			Liczba			Ilość						
	domów gościennych (1)	pokojów gościennych	pokojów łazienych	ogólna gości świadczających	z tych			udzielonych kąpeli mineralnych	rozprzedanych flaszek wody mineralnej	rozprzedanych ługow mineraln. garncy	rozprzedanych soli zdrojowej pudełek	rozprzedanych pudełek pastylek zdrojowych	
					osob wiaściwie leczących się	mężczyzn	kobiet						dzieci
Busk				812	627	253	217	157	17140	1254			Rozprzedano: wody buskiej na kąpiele 34 beczek, młtu buskiego na miejsu funt. 8000 młtu buskiego wysłano f. 600.
Ciechocinek				1159	1169	621		538	34142		720		Rozprzedano szlamu solnego 11330 garncy.
Iwonicz	16	234	33	500	280	70	110	100	9900	30000			
Krynica (2)	55	479	72	940	523	131	309	83	17140	42413		50	
Krościenko				100	70				150	8500			
Lubień				361	361				9349				
Majdan średni	1	12	12	39	39	11	22	6	770				
Rabka	6	100	20	67	55	22	33		1418	1500			Rozprzedano wo- dy mineralnej na kąpiele 50 wiader.
Solec				540	358	141	124	93	9073	719			
Swoszowice	5	66	23	112	75	42	33	6	4950				Rozprzedano wo- dy mineralnej na kąpiele 6013 garncy.
Szczawnica (3)	27	314	11	1074	757	359	312	36	1160	30000	200	50	

W niniejszym opisie niedostaje wiadomości: z Burkutu, z Druskienik, z Dorny, z Jakobonów, z Jaszczurówki, z Konopkówki, z Korsowa, z Krzeszowie, z Latoszyna, z Niemirowa, z Rzegiestowa, ze Szkla i z Truskawca, albowiem te zdrojowiska jakkolwiek przez gości w r. 1866 odwiedzane były, jednak swych sprawozdań Komisji Balneol: nie nadesłały.

(1) W wykazaną ilość domów niewliczono wcale zabudowań miejscowych włościan.

(2) Istnieje w Krynicy zawiązek Szpitala zdrojowego, w skutku przeznaczenia dla pomieszczenia ubogich leczenia zdrojowego potrzebujących 5 umeblowanych pokojów przez całą porę zdrojową; przy rozdzielaniu 600 kąpeli bezpłatnych i wsparciu z corocznych procentów od kapitału Zł. reń. 1,500 w oblig. fun: złożonego.

(3) Zarząd zakładu w Szczawnicy udziela corocznie bezpłatnego pomieszczenia 3m żołnierzom z. c. k. armii, rodem z Galicyi, zasilając każdego podczas leczenia zdrojowego w Szczawnicy po 10 xr. dziennie.

— W zimowym półroczu roku naukowego 1866/7 na wydziale lekarskim Warszawskiej Szkoły Głównej wykładane były następujące przedmioty: anatomia praktyczna (prof. Pilcicki), anatomia opisowa (pr. Hirschfeld), fizyka (pr. Przysiański), zoologia i anatomia porównawcza (adjunkt Wrześniowski), chemia nieorganiczna (p. o. adjunkta Wawnikiewicz), chemia organiczna (docent Langer), botanika (pr. Alexandrowicz), mineralogia (pr. Jurkiewicz), farmacya (pr. Werner), fizyologia (pr. Hoyer), akuszerya z kliniką akusz. (pr. Tyrchowski), patologia ogólna (pr. Łuczkiwicz), patologia specjalna (pr. Rosé), chirurgia teoretyczna (pr. Girsztowt), materya lekarska (pr. Kryszka), higiena, dyetetyka i psychiatria (pr. Płaskowski), dermatologia (docent Chojnowski), zasady chemii zwierzęcej (adjunkt Fudakowski), anatomia patologiczna (pr. Brodowski), klinika terapeutyczna (pr. Chałubiński), semiotyka (adjunkt Baranowski), klinika chirurgiczna (pr. Le Brun), gynecologia (pr. Głiszczyński), chirurgia operacyjna (pr. Korzeniowski), oftalmologia z kliniką okulistyczną i otyatrią (pr. Szokalski), nauka o operacjach ocznych (docent Narkiewicz-Jodko), medycyna sądowa i policya lekarska (pr. Wisłocki), nauka o operacjach akuszeryjnych (docent Neugebauer), epizoocycologia (mag. wet. Sejfmán).
(Wykaz Szkoły Głównej Warsz. N. 6).

— Na ostatniem posiedzeniu oddziału chirurgii Tow. Lek. Warszawskiego, w d. 4 lutego b. r. odbytem, Prof. Girsztowt przedstawiał chorego, któremu z najpomyślniejszym skutkiem wykonał przecięcie obu dolnych przyczepów mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego (*m. sternocleidomastoideus*) prawego z powodu przykurczenia tego mięśnia i stałego w skutek tego przechylenia głowy na bok. Choroba datowała od lat 14, dziś jednak chory zupełnie prosto głowę trzyma i z przykrego swego kalectwa jest oswobodzony. Dr. Śniadkowski nadesłał z Lublina ciekawy okaz kostniaka czaszki (*osteoma*) rzadkiej wielkości, bo wystając na zewnątrz i na wewnątrz czaszki zajmował prawie całą jej połowę, wypełniając w większej części odpowiedni oczodoł. Okaz ten pochodził z kobiety zmarłej w szpitalu lubelskim i dołączony był do niego drugi z tejże kobiety pochodzący, t. j. obie kości goleniowe na których liczne wyrosła kostne w kształcie cierni osadzone były. Dr. Jodko wprowadził chorego dotkniętego od 12 tygodni ograniczonym zaciemkiem (*cataracta partialis*) początku traumatycznego, co jak wiadomo należy do wyjątkowych przypadków, gdyż po obrażeniach mechanicznych zwykle w bardzo krótkim czasie zaciemnek rozszerza się na całą soczewkę. Dr. Girsztowt zwrócił uwagę członków na wydarzające się dosyć często przypadki *syphilis vaccinalis*, przedstawiając na poparcie tego młodego 20-letniego starozakonnego, który od chwili zaszczepienia ospy przed 18 laty przechodził najrozmaitsze formy cierpienia syfilitycznego, a obecnie znajduje się u niego w kuracyi. Dr. Korzeniowski mówił o szczęśliwem uleczeniu kobiety, która spadła z wysokości 2ch pięter, i uległa złamania kości obu goleni, wyrostka poprzecznego 7 kręgu piersiowego i rozerwaniu więzów wyrostków ciernistych. Przez kilka dni chora ta doznawała napadów zaduszania i cyanozy, które co chwila kazaly się spodziewać jej śmierci, nie było jednak, prócz zatrzymania moczu, innych objawów porażenia. Nakoniec celem zasięgnięcia zdania obecnych członków oddziału co do sposobu leczenia Prof. Girsztowt przedstawił młodego chłopca z 3ma przetokami *in regione trochanteris majoris dextri*, prowadzącemi do kości. Z powodu tego zawiązała się dyskusya o wskazaniach do wypilowania szyjki kości udowej i gwałtownego wyprostowania (*brisement forcé*) sztywności w stawie biodrowym.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz**.

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

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolfa 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. —
" " " " 2 " 50
" " " " 1 " 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
" " " " rocznie . . . lś. 6.
" " " " polrocznie " 3.

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

TRESC: Znaczne zwężenie odźwiernika (*strictura pylori*) rakiem żołądka spowodowane; śmierć z wyniszczenia. Spostrzeżenie Dra Wszebora. — Kazuistyka. Zranienie oka odłamkiem żelaza. Obserwacya Dr Narkiewicza Jodki, Docenta oftal. Szk. Gł. Warsz. — Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych etc. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. — Kronika Zagraniczna. Przyczynek do nauki o samodzielnem rozlaném zapaleniu szpiku kostnego. (dokochzenie). Dra Witkowskiego. — Część statystyczna. Wiadomości bieżące.

Znaczne zwężenie odźwiernika (*strictura pylori*) rakiem żołądka spowodowane;
śmierć z wyniszczenia.

Spostrzeżenie Dra. Wszebora.

A. S., służący, 48 lat wieku liczący, przybył do oddziału mego w szpitalu Dtka Jezus dnia 22 grudnia 1866 r. Nazajutrz, na ranniej wizycie, przedstawiał stan następujący:

Wychudnienie całego ciała do najwyższego stopnia posunięte; skóra blada, brudno żółtawa, wiotka, licznymi zmarszczkami pokryta, utraciła w znacznym stopniu sprężystość i ujęta w palce pozostawia fałd długi czas nierozchodzący się. Osłabienie ogromne: chory leży na grzbiecie, z trudnością poruszać się może, i mowa nawet widocznie go męczy; na zapytania odpowiada powoli i krótko. Jeśli przy pomocy innej osoby spróbuje z łóżka się podnieść, doznaje zawrotu, nogi się pod nim chwieją, odmawiając mu wszelkiej pomocy. Stan ten osłabienia głównie zmusił chorego do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu.

Puls słaby, uderzeń 60 razy na minutę, ciepło ciała nie tylko niepodwyższone, zdaje się być raczej obniżone. Język biało obłożony, brak apetytu, smak gorzki, odbijania połączone z oddawaniem płynu gorzkawego, przezroczystego, ciągnącego się. Chory częstokroć doznaje uczucia jakby podnoszenia się stopniowego kuli z dołka podsercowego do gardła, i to mu sprawia największą przykrość. Cała górna część brzucha od wyrostka mieczowego (*processus xiphoides*) do pępka przedstawiała wygórowanie, którego dolna granica wyraźny zakreślała łuk wypukłością swoją zwrócony ku dołowi, przechodzący na linii pośredkowej przez pępek a z boków zbiegający się z brzegiem dolnym ostatnich żeber. Przy opukiwaniu na górnej części wzmiankowanej wyniosłości dawał się

słyszec odgłos jasny bębenkowy, na dolnej zaś tępy, a w dotknięciu była ona podobną do poduszki powietrzem wypełnionej. Dolna część brzucha poniżej wygórowania zapadła, w dotknięciu ciastowata; stolec zaparty od kilku dni. Wątroba zmniejszona i nieco podniesiona, granica jej tępości poczyna się na linii sutkowej od brzegu dolnego 5go żebra i nie dochodzi blisko 3 cent. do łuku żebrowego; granica tępości serca i śledziony prawidłowa.

W płucach oddech pęcherzykowy zaostrozony, kaszel lekki, rzadki i niemęczący.

Pytany o początek i przebieg choroby, S. . . opowiada, że oddawna już ma lekki kaszelek, który uwagi jego nigdy nie zwracał. że objawy ze strony żołądka wystąpiły dopiero od niespełna 4ch miesięcy, to jest od września r. b. i wówczas to stracił apetyt, zaczął doznawać wyżej nadmienionego uczucia podnoszenia się kuli, dostał odbijań przy których wyżej wzmiankowany płyn odchodził, do wyraźnych jednak i dobrowolnych wymiotów nie przyznawał się wcale. Chory udawał się już raz do szpitala, gdzie leczyl się przez parę tygodni i doznawszy ulgi powrócił do domu. Obecnie zaś wszystko jak przedtém się wróciło.

Rozpoznanie. Katar chroniczny żołądka, zajmujący pozornie najważniejsze miejsce w powyższym obrazie choroby, nie był wystarczający dla wytłumaczenia wysokiego stopnia wychudnienia i wyniszczenia chorego. Musieliśmy się domyślać choroby ważniejszej, której katar żołądka byłby tylko powikłaniem, albo następstwem. Zmniejszenie tępości wątroby jakkolwiek musiało pochodzić od zmniejszenia się znacznej objętości tego narządu, nie mogło zależeć od *cirrhosis*, bo przy tym stopniu pomniejszenia, musiałyby wystąpić znaki utrudnienia krążenia krwi w żyłę wrotną (*vena portae*), mianowicie prócz kataru żołądka, musiałyby się wykształcić puchlina jamy brzucha, że zaś tej nie było, pomniejszenie wątroby prawdopodobnie było tylko prostem następstwem zaniku ogólnego wszystkich tkanek organizmu.

Ogromne rozdęcie żołądka niezawodnie przyczyną było opisanego powyżej wygórowania w górnej połowie brzucha, bowiem siedlisko, kształt i inne własności fizyczne tegoż wygórowania żadnej pod tym względem nie mogły zostawiać wątpliwości. Rozdęcie takie żołądka nie mogło z żadną przyczyną pochodzić jak od przeszkody usadowionej w okolicach odźwiernika, ścieśniającej światło jego i niedozwalającej przejścia pokarmów do dwunastnicy; wysoki zaś stopień rozdęcia, świadczył za dość długim już czasem trwania przeszkody. Przy takim stanie rzeczy, trudno było przypuścić, by chory nigdy dobrowolnie nie oddawał przyjętych pokarmów, jak sam twierdził, i późniejsza obserwacja przekonała, że stale po przyjęciu płynnych czy półpłynnych pokarmów w parę godzin wyrzucał je powrotnie. Mieliśmy zatem dostateczne dowody zwężenia odźwiernika, lecz pozostawało jeszcze rozstrzygnąć od czego ono zawisło? Czy od stałego nacisku wywartego od zewnątrz, czy od nowotworu w samych ścianach żołądka mającego swe siedlisko, czy od blizn po wrzodzie okrągłym powstałych, czy wreszcie od zgrubienia ścian na drodze prostej hyperplazji tkanki łącznej? Nacisk od zewnątrz mogliśmy

wyłączyć; wątroba bowiem zmniejszona nie była go w stanie wywierać, a żadnego guza w jamie brzusznej wymacać nie mogliśmy, co tém pewniej na nieobecność jego wskazywało, że przy znacznem wychudnieniu i zmniejszeniu wątroby, mieliśmy warunki sprzyjające do wykrycia go, gdyby rzeczywiście był istniał.

Zwężenie zatém w samych ścianach żołądka musiało mieć swoją przyczynę. Wyłączyć jednak można było blizny po wrzodzie okrągłym, bo w takim razie wykształcenie zwężenia musiałyby poprzedzać napady bólu gastralgicznego i wymioty krwawe zwykle wrzodowi okrągłemu towarzyszące, a o których nie tak łatwo byłby chory zapomniał. Nie mogliśmy z pewnością twierdzić, że mamy do czynienia z rakiem żołądka, nie było bowiem ani cechującego guza, ani bólów przeszywających, ani fusowatych wymiotów. Pomimo tego wygląd chorego, jego cera, znaczny stopień wychudnienia, przemawiały za rakiem, zwłaszcza z uwagi na krótkość czasu trwania choroby, które według zeznań chorego nie przenosiło czterech miesięcy. Wiadomo jednak jak mało bywa ścisłości w zeznaniach chorych niewykształconych, zwłaszcza gdy chorobą znękani nie chętnie odpowiadają na zadawane pytania. Z tego powodu nie mogliśmy w zupełności odrzucić możebności zgrubienia ścian na rozroście (*hyperplasia*) tkanki łącznej opartego, po długotrwałych katarach żołądka wydarzającego się.

Zasadzając się na powyższych wywodach uznaliśmy chorobę obecną za zwężenie odźwiernika skutkiem zgrubienia ścian żołądka, nie mogąc jednakże z wszelką stanowczością określić bliżej natury tego zgrubienia.

Rokowanie w obec zupełnego prawie upadku odżywiania i niemożności usunięcia przyczyny jego, wydało się nam zupełnie niepomyślne (*prognosis infausta*).

Leczenie mogło być tylko symptomatyczne i paliatywne. Zadaniem lekarza było zatém: starać się podnieść siły chorego przez podawanie najpożywniejszych pokarmów płynnych; działanie na łagodzenie kataru żołądka; zresztą usuwanie przykrych przypadłości, któreby w ciągu choroby wystąpić mogły.

Zapisaliśmy choremu do wewnątrz *Natrum bicarbonicum* w roztworze z jednej drachmy na 6 uncji wody, i dyetę złożoną z mleka, rosółu, polewki piwnej i jaj surowych.

Dalszy przebieg choroby. Przez pobyt dwutygodniowy chorego w szpitalu siły stopniowo coraz upadały. Od dnia 31 grudnia przestał wymiotować spożyte pokarmy: nie był to jednak żaden dowód polepszenia, przeciwnie jednocześnie wystąpił w okolicy żołądka ból dość przykry, łagodniejący pod okładami ciepłymi; oczy zapadły, przyłączyły się majączenia w nocy. Długi czas rozciągane ściany żołądka utraciły zdolność kurczenia się, i temu tylko przypisywałem ustanie wymiotów.

Dnia 5 stycznia z rana chory oddał bez wielkiego wysilenia kilka uncyj płynu fusowatego, puls mały i słaby, uderzał tylko 60 razy na minutę. Chory ciągle pocichu bredził, ale zapytywany, odpowiadał jeszcze przytomnie. — Dnia 6go o godzinie 4tej rano życie zakończył.

Sekcja dopełniona przez Prof. Brodowskiego wykazała tak znaczne zwężenie odźwiernika, że do światła jego zaledwie pióro gęsie dałoby się wprowadzić. Zgrubienie ścian żołądka naokoło odźwiernika znaczne, największa gru-

bość dochodziła do 3 centymetrów. Począwszy od samego odźwiernika, zgrubienie zajmowało przestrzeń mogącą mieć około 6 centymetrów długości coraz mniej znaczném się stając, jednakże brzeg jego zwrócony do dna żołądka po większej części wyczuwał się z łatwością, jako ostro odgraniczony i miejscami tylko z resztą ścian zlewał się nieznacznie. Zgrubiałe ściany posiadały prawie chrząstkową twardość.

Na powierzchni rozkroju w ogóle szarawo-białej, spostrzegać się dawały zgrubiałe z lekka czerwonawe wiązki włókien gładkich mięśni, w wielu miejscach poprzedzielane dosyć grubemi pręgami biało-szarawemi. Z wyjątkiem błony śluzowej która była znacznie ścięczałą, wszystkie inne warstwy w skład ścian żołądka wchodzące, a przeważnie podśluzowa i mięsna, wzięły udział we wzmiankowanym zgrubieniu.

Pod względem budowy histologicznej, nowoutworzona tkanka okazała się dosyć różnorodną, i przeważnie heterologiczną. Przeważała budowa tak zwanego mięsaka włóknistego (*fibro-sarcoma*), po większej części wrzecionowato i drobno komórkowego (*fuso et parvicellulare*), miejscami tylko kulisto-komórkowego (*globocellulare*), ale oprócz tego dawały się spostrzegać tu mniej, owdzie więcej liczne ogniska, już to wrzecionowate, już jajowate, a nawet i okrągłe, rozmaitej wielkości (ostatnie największe), składające się z dość dużych komórek najwyraźniejszego wzoru nabłonkowego, jedne z bardzo niewielką ilością substancji między-komórkowej, inne zaś wcale bez niej. Najliczniejszymi były one w zwyrodniałej warstwie podśluzowej, dawały się jednak spostrzegać i pomiędzy wiązeczkami mocno zgrubiałych włókien mięsnych, w pośród owych wyż nadmienionych pręg biało-szarawych. W błonie śluzowej, mikroskop wykrywał ledwo tylko ślady gruczołów trawieńcowych w pośród ciemno-szarą, drobnoziarnistą, bliższą zupełnego rozpadu masy, na którą zmieniły się składające ją pierwiastki anatomiczne.

Cały żołądek był mocno rozdęty i wypełniony płynem fusowatym w ilości około półtora garnca. Błona śluzowa mocno zaczerwieniona i drobnymi czarnymi plamami zasiana.

Kiszki cienkie i grube mocno ściągnięte. — W tych ostatnich błona śluzowa zaczerwieniona, mianowicie w kątnicy (*caecum*). Wątroba blisko o połowę zmniejszona, dosyć wiotka, na rozkroju czerwonawa, budowy zrazikowej niewyraźnej.

W płucach znaki kataru chronicznego oskrzeli.

Epicrisis. Sekeya, której wszystkie szczegóły zawdzięczamy uprzejmości Prof. Brodowskiego, rozstrzygnęła wątpliwości rozpoznania. Przyczyną zwięzienia był w obecnym przypadku nowotwór, który jakkolwiek do mieszanych (*neoplasmata mixta*) należy, jednakże przez wzgląd na owe dosyć liczne ogniska komórek wzoru nabłonkowego, śmiało może być do raków zaliczony. Godnym on jest z tego jeszcze względu uwagi, że spowodził śmierć w tak wczesnym okresie swego rozwoju, nie przeszedłszy w rozmięknienie, nie dawszy powodu do otwartego wrzodu. Jeśli wolno stawić hipotezy, to zdaje nam się, że przyczyną tego był jego jednostajny rozwój naokoło odźwiernika, przez co daleko wcześniej przyszło do zwięzienia, aniżeli przy guzach z jednej tylko strony odźwiernika wy-

rastających. W innych przypadkach, śmierć przy raku żołądka w tém samym miejscu usadowionego, następuje nieraz dopiero wówczas, kiedy skutkiem rozpadu nowotworu, zwężenie odźwiernika zmniejszy się i pokarmy z większą swobodą przechodzą do kiszek; śmierć wtedy jest często tylko następstwem charłactwa (*cachexia*) towarzyszącego nowotworowi. Tu zaś nowotwór rzec można zagłodził chorego przez mechaniczny opór, jaki przejściu pokarmów stawiał, nim jeszcze właściwe charłactwo należycie się rozwinąć mogło.

Przebieg choroby odznaczał się brakiem cechujących dla raka objawów. — W ostatniej chwili ukazał się płyn fusowaty, nie były to jednak wymioty, a tylko regurgitacye; ściany żołądka nadmiernie rozdęte utraciły możność kurczenia się. z przepełnienia tego organu doszła mała część jego zawartości do przełyku i z tą ruchem antiperystaltycznym wyprowadzoną została na zewnątrz. Krew domieszana do zawartości żołądkowych nie pochodziła z owrzodzeń, a z drobnych rozdarć włosowatych naczyń, prawdopodobnie w następstwie zbytecznego rozciągnięcia błony śluzowej powstałych. Przy sekeyi bowiem nie znaleziono żadnego wyraźnego przerwania naczyń, błona śluzowa była tylko zaczerwieniona i ciemnymi drobnymi plamami (od krwi wynaczynionój) zasiana.

K A Z U I S T Y K A.

Zranienie oka odłamkiem żelaza.

Obserwował Dr. Narkiewicz-Jodko.

1go lipca r. p. wezwany byłem do pana S. M... właściciela fabryki fortepianów; przyszedłszy, zanim chorego obejrzałem, dowiedziałem się, iż przed półgodziną w czasie zajęcia nad wykończeniem jednego z fortepianów, odłamek żelaza uderzył go w prawe oko. Przy obejrzeniu chorego dostrzegłem tkwiący w górnej powiece kawałeczek metalu; gdy dla wydobycia tegoż chciałem nieco unieść powiekę, przekonałem się iż wzmiankowany kawałek żelaza, przenikłszy na wylot powiekę, utkwiał w gałce jakby przykuwając do téj ostatniej powiekę i to w takim stopniu, że powieki od oka odciągnąć niepodobnem było. Kawałeczek ten żelaza na zewnątrz wystający, zakończył się ostro i sterczał o tyle, iż mogłem go ująć cążkami do wyrywania rzes używanemi i przy małych rotacyach wyciągnąć na zewnątrz. Po wydobyciu przekonałem się iż miał 6—7 mil. długości; z jednej strony był zupełnie prosty i gładki, z drugiej zaś jakby półokrągławy o chropowatym brzegu, najgrubszy na 2mm. od miejsca które na zewnątrz powieki było widzialne. W powiece malutka ranka wcale nie krwawiąca przedstawiała się w kształcie linijki równoległej do brzegu o 5 do 6m. od tegoż odległej, a dłuższej na $1\frac{1}{2}$ do 2mm. Po nad głównym szczytem rogówki w odległości 3m. od jój widzialnego brzegu dostrzegłem ranę w błonie twardój, kształtem i kierunkiem podobną do widzianój na powiece, tylko nieco mniejszą od tamtój; obok niej żadnego wynaczynienia pod łącznicą nie było, w samej zaś ranie kawałeczek ciała szklanego.

Największe i jedyne z widzialnych zmian przedstawiała tęcza, której część górna leżąca na przeciw rany w błonie twardój była zupełnie niewidzialna tak.

iż źrenica przedstawiała się w kształcie jajowatym, końcem ostrym obrócona ku górze i schowana pod nabrzmałością obrączkową łącznicy (*annulus conjunctivae*); przy najdokładniejszym śledzeniu nawet brzegu źrenicznego tęczy w tém miejscu dojrzeć nie mogłem.

Oko było tak rozdrażnione tym świeżym wypadkiem, iż o ścisłym badaniu za pomocą wziernika mowy być nie mogło; przelotnie tylko oświeciłem wnętrze tegoż i przekonawszy się, iż przedstawiało kolor oka zdrowego, wnioskując, iż niema żadnego wynaczynienia wewnętrznego, zaprzestałem dalszego badania.

Pod względem siły wzroku, także z powodu rozdrażnienia, rzetelnych rezultatów badania spodziewać się nie mogłem, wymierzyłem tylko pole widzenia i takowe znalazłem zupełnie normalnem.

Zimne okłady zanim przyszedłem były używane; sądząc jednak, że najwłaściwiej będzie, unieruchomiwszy oko, wywołać jak najspieszniejsze zgojenie się ranki w błonie twardej, założyłem opaskę naciskającą (*Druckverband*). Mając wszakże na względzie najważniejszą zmianę w oku dotyczącą położenia tęczy i chcąc takową o ile to się da do normy przyprowadzić, przed zawiązaniem opaski włożyłem odrobinę proszku siarczanu atropiny, który zwykle noszę przy sobie. Za pomocą siarczanu atropiny, który jak się zdaje, nie tylko poraża włókna obrączkowe tęczy, ale i pobudza do skurczu włókna promieniste tejże, zamierzałem wyciągnąć wpadnięty do komórki tylniej górny kawałek tęczy i w ten sposób normalny stosunek tejże do innych części oka sprowadzić. Może użyciem kalabaru, który jak wiadomo, mocno pobudza do skurczu włókna obrączkowe tęczy, cel mój łatwiej bym osiągnął, ale mocne podrażnienie oka, które użycie tego środka za sobą pociąga, przechyliło mnie do wybrania siarczanu atropiny, jakkolwiek środek ten względnie do osiągnięcia się mającego rezultatu mniej był pewny; za użyciem jednak jego przemawiały zupełny brak drażniących oko własności i działanie że się tak wyrażę przeciw-zapalne, we wszystkich zapalnych cierpieniach tęczy i ciała rzęskowego.

Wieczorem dnia tegoż odwiedziwszy chorego, znalazłem nieco gorączki, silne rozdrażnienie nerwowe; chory użalał się na ból w górnej części gałki oka z uczuciem palenia połączony. Po zdjęciu opaski znalazłem bardzo małe obrzmienie łącznicy na około całej rógówki, lekkie nastrzyknięcie naczyń podłącznicowych, w ranie brak uprzednio widzianego kawałeczka ciała szklistego, a źrenicę jakkolwiek znacznie rozszerzoną, jednak również nieregularną jak to z rana widziałem. Po włożeniu nowej dozy siarczanu atropiny i nowem założeniu opaski, zapisałem $\frac{1}{12}$ część grana morphium i zaleciłem w razie silnego uczucia gorąca w oku przykładanie na opaskę płatów z kawałeczkami lodu we środku. Noc przeszła zupełnie spokojnie, bóle w pół godziny po nałożeniu opaski znacznie się zmniejszyły, chory jakkolwiek przerywanie, ale spał długo i sen go pod względem zdrowia ogólnego znacznie wzmocnił. Po trzech dniach podobnego wyżej opisanego leczenia, ranki tak w powiece jak i w błonie twardej zupełnie się pozagajały i tylko tęcza została na zawsze w kształcie zmienionym. Po tygodniu chory już tylko z powodu rozszerzonej źrenicy musiał nosić ciemny fartuszek zasłania-

jący od rażącego światła; zaniechałem zupełnie użycia atropiny. Chory wypytywany o różnicę wzroku mówił, iż okiem zranionem mniej widzi niż drugim; że jednak oprócz drobniejszych druków, których rozpoznać nie może, widzi przedmioty otaczające dokładnie. We trzy tygodnie po wypadku, kiedy działanie atropiny zupełnie już przeszło, badałem oko z pomocą wziernika i robiłem próby pod względem nastawczości (akomodacyi) i łamliwości (refrakcyi), a te doprowadziły mnie do następujących rezultatów:

Oko lewe normalne, prawe badane za pomocą wziernika nie przedstawiało nic godnego uwagi, siła wzroku tegoż nieco zmniejszona; jeżeli normalną siłę wzroku porównamy z jednością, to oko prawe chorego miało tylko $\frac{9}{10}$ tejże. Pod względem łamliwości znacznie większa zachodziła różnica, oko bowiem prawe było krótkowidzającym; ten wzrok krótki podług ogólnych zasad przyjętych przez tegoczesnych okulistów oznaczamy utamkiem $\frac{1}{14}$, chcąc przez to wykazać, iż ze szkłem wklęstem o 14 calowem ognisku (Nr.—14) chory widział w większych odległościach prawie również dobrze jak okiem zdrowym. Przestrzeń akomodacyjna oka chorego porównana z taką w zdrowym oku, okazała się być też nieco mniejszą. Chory wypytywany o wzrok oka prawego przed wypadkiem twierdził, iż tenże był zupełnie dobrym, a na poparcie tego twierdzenia przytaczał iż jako myśliwy, zwykle oka tego przy strzelaniu używał.

Jeżeli zastanowimy się nad opisanym powyżej wypadkiem i zechcemy powstałe w skutek niego zmiany sobie wytłumaczyć, to przedewszystkiem uwagę naszą zwrócić musimy na miejscowość w której oko zranione zostało i przypuszczalny kierunek rany w głąb oka się zapuszczającej.

Błona twarda, jak to widzieliśmy, zranioną była w części 3mm. od brzegu widzialnego błony rogowej odległej; po za tem miejscem leży ścięgno mięśnia Brückego, po za niem zaś, jeżeli postępujemy w kierunku prostopadłym do kuli ocznej, natrafiamy na rąbek Zinna (*Zonula Zinni*), a następnie na kulę szklaną. W kierunku tym prawdopodobnie utkwiał odłamek żelaza przez nas wydobyty; twierdzimy tak, bo przy zboczeniu ku wewnątrz lub ku zewnątrz tego kierunku, mielibyśmy w pierwszym razie zranienie soczewki i w następstwie pociemnienie tejże, w drugim zaś zranienie ciała rzęskowego (*corpus ciliare*) z wynaczynieniem krwi tak do oka jak i pod łącznicę. Żadnej z tych przypadłości nie mieliśmy przed sobą, a natomiast dostrzegliśmy w ranie kawałeczek ciała szklanego, obecność którego tem większe nadaje prawdopodobieństwo naszemu przypuszczeniu; wskazaną bowiem tylko drogą, a nie żadną inną, ciało szklane mogło się dostać do rany zewnętrznej. Zmiana w położeniu tęczy musiała powstać nie w skutku zranienia oka, ale w skutku raptownego wydobycia odłamku żelaza, po którym to wydobyciu ciecz wodna komórki tylnej wypływająca przez otwór w błonie twardej, pociągnęła za sobą tęczę i wpadnięcie jej do komórki tylnej sprowadziła.

Tłumaczenie to mechanizmu zranienia zdaje się potwierdzać stan łamliwości oka, po wyleczeniu znaleziony. Zmiana wzroku normalnego na krótki nie daje się wytłumaczyć ani zmianą w tęczy, ani zmianami przez zranienie błony twardej powstać mogącemi; jedno tylko przypuszczane przez nas częściowe przerwanie

rąbka Zinna, mógł zmianę tę łamliwości spowodzić. Wszyscy w ostatnich czasach opracowujący kwestję łamliwości i nastawczości oka zgodzili się na to, iż rąbek Zinna, utrzymujący związek pomiędzy wyrostkiem rzęskowym a soczewką, napina w czasie spokoju oka torebki soczewkowe przednią i tylną, prowadząc przez to obustronnie wypukłą soczewkę do minimum wypukłości; zwalnianiu tego naprężenia towarzyszy większe wypuklanie się soczewki a zarazem większa łamliwość tejże. Opisany wypadek przedstawia właśnie nagłą zmianę łamliwości oka na silniejszą i zmiana ta prawdopodobnie powstała przez przerwanie części górnej rąbka Zinna, w skutku czego soczewka stała się bardziej wypukłą niż w oku zdrowym.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu S. Ducha w Warszawie,
przez Dra Ludwika Adolfa Neugebauera,
lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

W pięciu latach dotychczasowego urzędowania mego, jako lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Ducha w Warszawie, miałem sposobność leczenia w tymże zakładzie znacznej liczby kobiet dotkniętych chorobami pomocy chirurgicznej wymagającymi, tudzież cierpieniami kobietom właściwymi. Pragnąc zaś postrzeżenia przy tej sposobności zrobione spożytkować dla nauki, postanowiłem ciekawsze z nich publicznie ogłosić. Dziś przystępuję do ogłoszenia przypadków czysto chirurgicznych, do chorób kobietom właściwych nieodnoszących się. Co zaś do postrzeżeń dotyczących tychże chorób, te połączyłem w oddzielny przegląd, który wkrótce po niniejszej pracy do druku oddać zamierzam.

Postrzeżenia tedy moje czysto chirurgiczne były następujące:

I. *Wady rozwojowe.*

Warga zajęcza podwójna (*labium leporinum duplex*).

E. F., córka czeladnika stolarskiego, lat 3 $\frac{1}{2}$ licząca, usposobienia skrofulicznego, w dniu 23 września 1862 r. do szpitala przyjęta, miała *wargę zajęczą podwójną*.

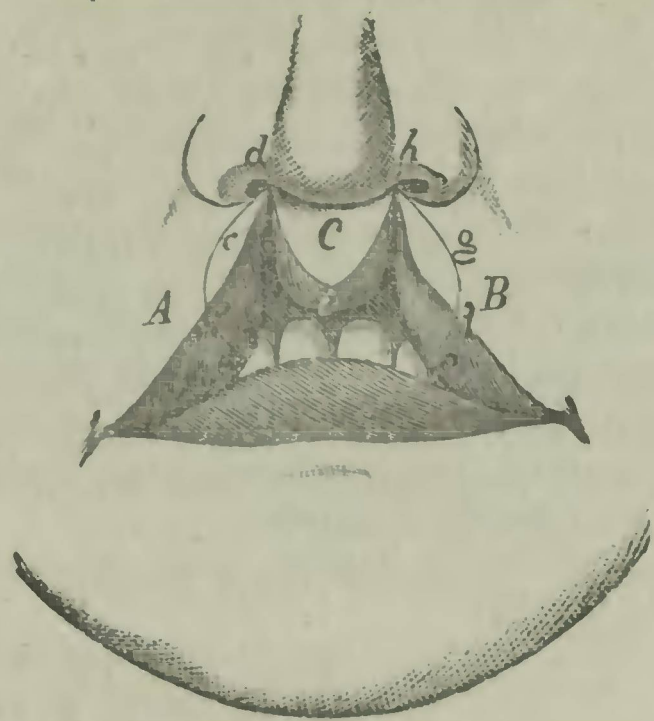
Oba boczne zrazy wargi zajęczej były mocno na zewnątrz skierowane, zraz średni był skrócony i ku górze zadarty. W cierpieniu tém wargi górnej i szczęka górna miała także udział. Niebyła ona wprawdzie rozdzielona, ale zawsze ta jej część, która morfologicznie odpowiadała prawej kości śród-szczękowej, była wraz z dwoma jej zębami siecznymi nieco ku przodowi wysunięta. W skutek tego prawy z dwóch siecznych zębów nie przystawał do kła odpowiedniej strony, lecz o trzy linie przed nim leżał.

Odpowiednio tej wadzie przyrodzonej kości górno-szczękowej i wargi górnej w końcu jeszcze i nos w części swój prawej był nieco spłaszczony i wszerek rozciągnięty.

Zresztą twarz, jako i cała reszta ciała były dobrze zbudowane.

Potrzebną, w celu uleczenia opisanego co dopiero cierpienia, operację wykonałem w tymże jeszcze dniu i to przy asystencji naczelnego lekarza szpitala pana doktora Groëra.

Fig. 1 przedstawia okolice ustną dziewczynki dotkniętej wargą zajęczą podwójną, w naturalnej wielkości. A i B prawy i dolny zraz boczny; C zraz średni



wargi górnej; *a, b, c, d, i e, f, g, h*, kierunku cięć, okrwawiających brzegi zrazów bocznych; *a, i, i, h*, kierunku cięć okrwawiających brzegi zrazu średniego.

Okrwawiłem przedewszystkiem brzegi rozdzielenia w wardze górnej istniejącego, w sposób następujący: ujawszy najprzód palcami ręki lewój prawy zraz boczny wargi, i rozciągnawszy go nieco ku dołowi, nożykiem wypukłym zrobiłem cięcie trzy linie głębokie w tém miejscu, w którém po połączeniu zrazów wargi, brzeg wolny stykać się powinien z odpowiednim brzegiem zrazu bocznego drugiej strony. W kąt tegoż cięcia następnie wstawiłem nożyczki

proste i odciąłem niemi brzeg zrazu rozdzieleniu wargi odpowiedni, aż do otworu nozdrzowego.

W podobny sposób okrwawiłem i brzeg zrazu bocznego strony lewój. Po takowém (w głównych swych punktach *h* na sposobie operowania Dieffenbacha ¹⁾ opartem) okrwawieniu dwóch zrazów bocznych, ściałem w końcu jeszcze i wolne brzegi zrazu pośredniego cięciami lekko krzywemi, ku stronie zewnętrznej wypukłemi i na wolnym końcu zrazu pod kątem ostrym schodzącemi się.

W końcu wszystkie trzy zrazy za pomocą noża o tyle oddzieliłem od górnej szczęki, że stały się dostatecznie podatnymi. Tak przygotowane do krwawego szwu zrazy wargi połączyłem za pomocą szwu krwawego podwójnego w taki sposób, że po założeniu tegoż szwu wzajemnie z sobą stykające się brzegi zrazów składały figurę litery Y. Fig. 2. Okolica ustna tejże chorój po założeniu szwu krwawego,

w naturalnej wielkości. Trzy zrazy wargi górnej (*A, B i C*), połączone są szwem krwawym w taki sposób, że wzajemnie stykające się, okrwawione ich brzegi (*a, b, c*), składają razem figurę podobną do litery Y. Połączenie uskutecznione jest 1) szpilką karlsbadzką grubszą (*DD*), uzbrojoną w gałki kostne (*d i e*) i wpuszczone w téż gałki szrubki (*d* i e**); 2) szpilką karlsbadzką cieńszą, okręconą nitką bawełnianą; — i 3) dwoma ścięgami podwiązkowemi z drutu srebrnego (*F i G*).

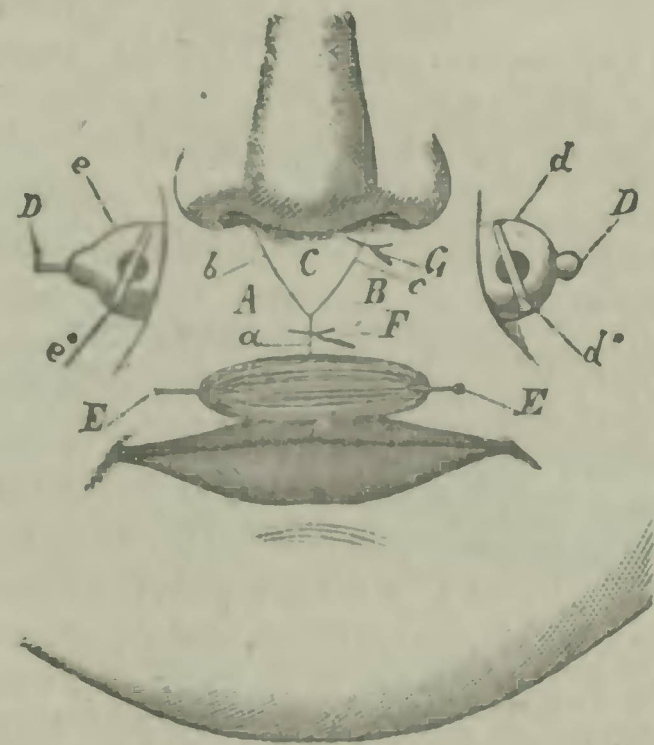


Fig. 2.

Rzeczony szew podwójny złożony z dwóch szpilek karlsbadzkich lekko skrzyżowanych, a mianowicie jednej grubszej, drugiej cieńszej, i dwóch ścię-

¹⁾ Die operative Chirurgie von Johann Friedrich Dieffenbach, I. Band Leipzig 1845. 8°. S. 403,

gów podwiązkowych. Szpilki założyłem *głęboko*, grubszą wyżej, odpowiednio połowie wysokości wargi, — cieńszą niżej, tuż po nad jej wolnym brzegiem, przeprowadzając tamtę przez całą szerokość wargi tak, że przechodziła przez oba zrazy boczne i zarazem przez koniec zrazu średniego, tę zaś tylko przez brzegi zrazów bocznych. Następnie szpilkę grubszą czyli górną, na zasadzie szwu tak zwanego gałkowego, opatrzyłem dwiema gałkami kościanymi i utwierdziłem też gałki na niej znajdującymi się w nich szrubkami, zsunawszy je o tyle na szpilce, ile do należytego zetknięcia trzech zrazów w argi, na nią nasadzonych, było potrzeba. Szpilkę cieńszą zaś okręciłem nitką bawełnianą. Co zaś do ściegów podwiązkowych, te założyłem bardziej powierzchownie: jeden tuż poniżej końców zrazu średniego, drugi odpowiednio odnodze rany, rozgraniczający zraz średni od lewego. Użyłem do nich cienkiego drutu z miękkiego srebra.

Już w dniu 20 września usunąłem rzeczony co dopiero ściegi druciane, w dniu zaś 1 października usunąłem także i szpilki.

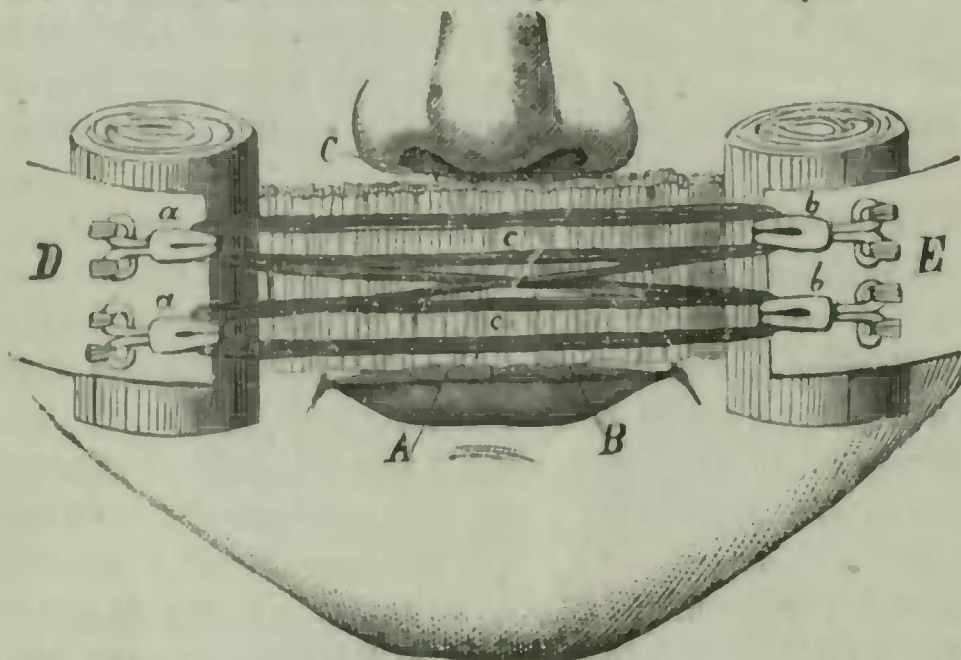


Fig. 3.

Dolna część twarzy tejże chorój, po założeniu opaski *Gröerowski* w naturalnej wielkości. *A, A*, pokład skubanki pokrywającej wargę górną; — *B i C*, dwa wałki przyrządzone z plastru lepkiego, przyklepione po prawej i lewej stronie wargi górnej do policzków; (*D i E*), paski plastra lepkiego nalepione na też wałki i oprowa-

dzone na około policzków do karku; — *aa i bb*, haczyki druciane, czyli tak zwane koniki, przymocowane do przednich końców opasek dopiero co wspomnianych; — *c*, nitka bawełniana okręcona na około czterech haczyków drucianych.

Rana okazała się we wszystkich częściach w drodze pierwszego zlepiania spojona, jedynie w jej środku, w miejscu nader określonym a odpowiedniemi końcowi zrazu średniego, znać było lekkie, powierzchowne ropienie. Oprócz tego, miejsca które były ściśnięte gałkami kościanymi, okazały się bledszymi od części przyległych skóry i przedstawiały wejście jakby pargaminowe. Po usunięciu szpilek, pokryłem wargę górną miękką skubanką i przytwierdziłem ją opaską szczegółowo do tej operacyi zastosowaną, a mającą głównie na celu utrzymanie spojenia między zrazami wargi; jaką to opaskę zawdzięczam koledze *Gröerowi*, który jej z korzyścią w takich razach używał. Opaska ta urządzona była w sposób następujący: zwinąłem nasamprzód dwa paski cal szerokości mające plastru lepkiego w wałki sześć do ośmiu linii grube w taki sposób, że w każdym z tych wałków strona lepka paska otrzymała położenie na zewnątrz. Oprócz tego przy-

gotowałem dwa inne paski takiegoż plastru około ośmiu cali długie, a około ośmiu linii szerokie, mające do jednego ze swych końców na stronie swój nielepkiej przyszyte dwa haczyki drutowe czyli tak zwane koniki. Opisane wyżej dwa wałki przyłożyłem po obu stronach wargi górnej do policzków, równoległe do linii pośrodkowej tw arzy; przyklepiłem do nich końce pasków niezwinionych uzbrojone haczykami i pozostałe części tychże pasków oprowadziłem przez policzki do karku chorój, gdzie jeden z wolnych ich końców wlepiłem na drugi. To uczyniwszy okręciłem wyżej wspomniane haczyki druciane nitką bawełnianą, przybliżając nią haczyki jednej ku haczykom drugiej strony aż do zupełnego zwolnienia wargi operowanej, czem zarazem i skubanka dostatecznie została do wargi przymocowaną. Opatrunek ten codziennie odnawiałem.

W pierwszych dniach po wyjęciu szpilek, miejsca przez gałki kościane gniescone przeszły w powierzchowne ropienie.

Okolica ustna tejże chorój po ukończonem leczeniu wargi zajęczej — w naturalnej wielkości. Litery *A, B, C* i *a, b, c* oznaczają toż samo co w figurze 2; litery zaś *DD, EE, FF* i *GG*, oznaczają miejsca, w których szpilki i druty do połączenia zrazów wargi użyte w substancję tejże wargi wstępowały i z niej występowały.

Dosyć szybko jednak w tych miejscach, jak również i w miejscu ropiejącem w środku spojonej rany pojawiły się granulacye i w ciągu dwóch tygodni wszystkie te miejsca zablizniły się.

Przy wyjściu małej chorój ze szpitala, spojenie trzech zrazów wargi okazywało się tak ściśłem, iż bardzo wątpliwość tylko bliźnę znać było w miejscu, w którym owe zrazy z sobą były połączone.

Przytem sama warga należyta miała wysokość i wolny jój brzeg, w środku bardzo lekko tylko wzięty, okazywał grubość mało co mniejszą od grubości prawidłowej.

Przypadek ten operacji wargi zajęczej był pierwszym przypadkiem tego kalectwa, w którym użyłem mojej odmiany szwu głębokiego *Heurteloupa*, czyli tak zwanego szwu gałkowego⁽¹⁾; nikt nie zaprzeczy, iż pomyślny wypadek operacji w tym przypadku, który bynajmniej nie należał do lżejszych przykładów wargi zajęczej, zawisł był głównie od okoliczności, iż części wargi szwem połączone podczas samego processu gojenia żadnego nie doznały natężenia i targania.

(1) Bliższy opis tego sposobu szwu krwawego dałem w rozprawie mojej „Nowy sposób robienia krwawego szwu krocza i sromu“ w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Redaktor główny *Dybek*, Serya 3, tom 1. (Ogólnego zbioru tom 43). Warszawa, 1860. 8vo. str. 387—412, z figurami.

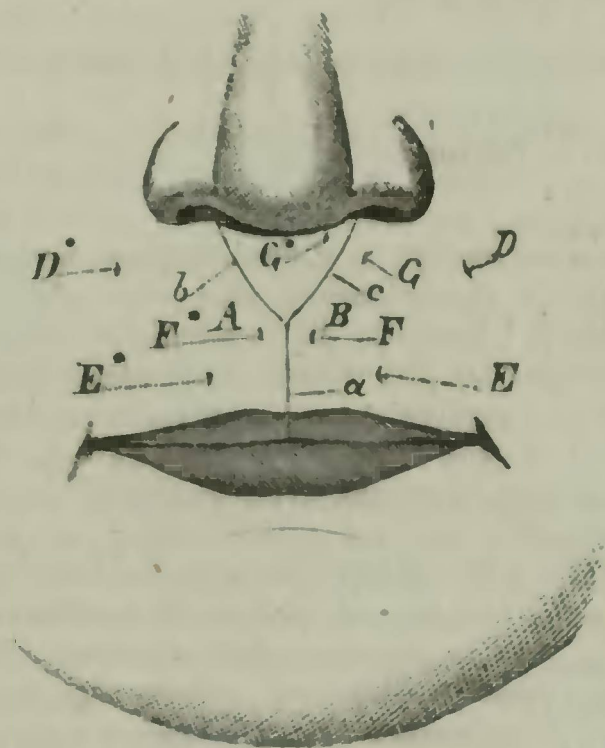


Fig. 4.

Ten brak natężenia i targania w nich niczemu innemu nie był do zawdzięczenia, jak zastosowanemu, chociaż w tak szczupłej tylko mierze, *szwu galkowemu*. Chociaż bowiem jedna tylko szpilka gałkami uzbrojona była użyta, dwie jej gałki jednak, z odległości, żeby tak rzec, działające, zrazy wargi o tyle na szpilce zsuniętymi utrzymywały, iż ta szpilka w połączeniu z dodatkową a od niej cieńszą szpilką okręconą i z dwoma powierzchownie założonemi ściegami drucianemi wystarczyły do sprowadzenia zupełnego spojenia okrwawionych powierzchni tychże zrazów. Co do opaski zwalniającej, po usunięciu szpilek i ściegów założonej, ta miała tę korzyść, że nie pozwalając rozchodzeniu się świeżo spojonych brzegów rany samemu spojeniu dała sposobność do tem mocniejszego ustalenia się.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego.

(*Osteomyelitis spontanea diffusa*).

przez Dra **Hermana Demme**.

(Dokończenie).

Jeśli dobrowolne otworzenie zebranego ropnia nie nastąpi, to w dwojaki sposób możemy się objaśnić o cierpieniu kości, to jest: przez badanie igłą akupunkturową, albo przez głębokie przecięcie części miękkich aż do kości, i badanie palcem lub sondą. Za pomocą igły możemy się przekonać o położeniu zebrania ropy, czy jest zewnątrz czy pod okostną, o oddzieleniu okostnej, chropowatości lub gładkości powierzchni okostnej i poczynającem się odkładaniu nowej kostnej substancji. Jeśli zrobimy głębokie cięcie aż do okostnej, wtedy wyleje się ropa lub posoka czasem z płatkami zgangrenowanej tkanki łącznej, skrzepami krwi, włókniaka, kroplami tłuszczu; ilość jej wynosi czasem kilka kwart. Okostna albo jest całkiem uniesiona, albo w niektórych miejscach przylega jeszcze do kości; jest żółta, połyskująca, szaro zielona, lub zgangrenowana, czarniawa. Do zgorzeli kości pomimo to niezawsze przychodzi, i wyleczenie bez jej oddzielenia może nastąpić.

Jednym z najważniejszych znaków takiego obrotu rzeczy jest znaczne zgrubienie w okolicy chorąg kości, powstające z jej hyperplazji które wszakże tak dobrze może oznaczać tworzenie się *capsulae sequestralis* jak i hyperplazją kości. W tym wypadku do odróżnienia służy ta okoliczność, że przy tworzeniu się *capsulae* kształt zgrubienia jest nieregularny i powierzchnia chropowata, brzegi rany powierzchownej zostają otwarte i przedstawiają objawy trwałego zadrażnienia, a jeśli się rana zablizni, to prędko powstają nowe ropnie i fistuły komunikujące z otworami kloaki; przy hyperplazji sklerotycznej kości, niema objawów zadrażnienia i gojenie ran dobrze i stale postępuje.

Co do zejścia cierpienia stawu, to albo następuje mniej lub więcej zupełne przywrócenie funkcji stawu, albo pozostają zboczenia kości skutkiem rozmiękczenia więzów lub oddzielenia epiphysów, albo wreszcie następuje zupełne zrosnięcie stawu (*ankylosis*).

Dyagnoza. Ponieważ pierwsze objawy zewnętrzne dają się widzieć w częściach miękkich, idzie więc o rozpoznanie czy w danym wypadku mamy pierwotne zapalenie tych części i okostnej, czy też następce w skutek zapalenia szpiku kostnego. Pod tym względem ważną jest anamneza. Jeśli ból wystąpił na kilka dni przed obrzmieniem, jeśli ma charakter centralny uporczywy, jeśli ruch kończyny był niemożliwy od początku, jeśli objawy ogólne jednocześnie lub przed miejscowymi wystąpiły, to możemy wnosić o obecności rozlanego zapalenia szpiku kostnego.

Może też zachodzić potrzeba odróżnienia pierwotnego zapalenia okostnej i ograniczonego zapalenia kości: w pierwszej jednak objawy nie dochodzą nigdy takiej wysokości. Do wyłączenia pierwotnego zapalenia tkanki łącznej podskórnej służy brak czerwoności skóry.

Przy pierwotnym zapaleniu okostnej niemamy zniesienia od początku funkcji kończyny, a nadto zapalenie tkanki łącznej albo wcale mu nie towarzyszy, albo występuje dopiero w późniejszym przebiegu, gdy tymczasem przy zapaleniu szpiku kostnego występuje dość wcześnie. Ważną jest także obecność głębokiego od kości odchodzącego guza, dającego uczucie głębokiego chęłbotania (*fluctuatio*); wreszcie przyłączające się cierpienie stawu rozstrzyga rozpoznanie. W razie wątpliwości badanie igłą daje możność przekonania się łatwo o stanie kości.

Rokowanie jest w każdym razie ciężkie, lubo nie można go uważać za bezwarunkowo złe jak to robi większa część autorów, gdyż na 17 wypadków przez *Demme* g o opisanych, 13-ie zakończyło się wyzdrowieniem, a zatem 76⁹/₁₀. W czterech zakończonych źle, śmierć dwa razy była skutkiem pyemii, i dwa razy skutkiem wycieńczenia. Śmierć najwcześniej nastąpiła w 15 dni od początku choroby, najpóźniej w 138 dni. Najprędzkie wyleczenie nastąpiło w 96 dni, najpóźniejsze w 290, lubo ten czas liczy się do wyjścia ze szpitala, poczem następstwa choroby jeszcze przez jakiś czas trwać mogą, w jednym nawet wypadku oddzielenie epiphyzów kostnych jeszcze po 9-iu latach pozostało niezmiennione.

Leczenie. Prawie wszyscy autorowie dotąd zgadzali się że jak najwcześniejsze i szerokie cięcia części miękkich aż do kości są nieodzownymi przy rozlanem zapaleniu szpiku kostnego. Tu tylko w zdaniach zachodziła różnica, iż jedni jak *Chassaig* n a o uważają te cięcia jedynie za środek ułatwiający rozpoznanie i mniemają że tylko jednoczesne otworzenie kanału kostnego przez trepanacyą lub amputacyą na samą chorobę podziałac może. Inni zaś jak *Klose*, *Gosselin*, *Frank*, *Fischer* są zdania że przez wczesne, szerokie i głębokie cięcia usuwając nagromadzoną ropę, wiele wpłynąć możemy na stan choroby, gdyż przez to wstrzymujemy szerzenie zapalenia żył kostnych i oddzielonej od źródła swego odżywiania powierzchni kostnej, przywracamy takowe i zapobiegamy jej zgorzeli.

Demme przeciwnie jest zdania że szerokie i głębokie cięcia części miękkich nigdy niepowinny być robione podczas ostrego okresu choroby, lecz dopiero wtedy gdy choroba przyjmie więcej chroniczny przebieg. Zdanie to usprawiedliwia następującymi klinicznymi faktami.

a. że mortyfikacya kości nie następuje bardzo prędko pomimo najostrejszego przebiegu choroby.

b. że ważną korzyścią jest niedopuszczenie przystępu zewnętrznego powietrza do ogniska ropienia podczas ostrego peryodu choroby, gdyż przez to chronimy produkta zapalne od rozpadu posokowatego który zwykle do septycemii prowadzi.

c. że szerokie i głębokie cięcia nie są mało znaczącymi ale ważnymi operacyami, wykonywanie których w stadium zapalnym i gorączkowym daje najgorsze rokowanie.

d. iż doświadczenie przekonało, iż Pyemia i Septycemia z fatalnem zejściem choroby najczęściej się zdarzają w tych wypadkach, w których wielkie cięcia podczas silnej gorączki były robione, gdy przeciwnie tam gdzie się z nimi opóźniano rezultat bywał dobry.

Co do leczenia miejscowego w ostrym okresie choroby, autor oświadcza się przeciw deplecyom tak ogólnym jak i miejscowym, gdyż w cierpieniu które przez znaczny ubytek soków i przewlekły przebieg samo przez się przedstawia niebezpieczeństwo zubożenia krwi i wycieńczenia, więcćj one szkody przynieść mogą niż pożytku. Kataplasma zdaniem jego niemają żadnego znaczenia; co do wezykatoryj doświadczenie bynajmniej skuteczności ich nie stwierdziło; kanteryzacyi szczególniej żelazem rozpalonem autor nie używał w celach derywacyjnych i alterujących; z tegoż powodu nie jest w stanie wyrzec się stanowczego co do użycia zimna zwłaszcza lodu. Za to autor zachwala bardzo użycie w okresie gorączkowym nalewki jodowej. Nalewka jaką zaleca jest nieco mocniejsza od zwykle przysposobianej w aptekach, zawiera bowiem 60 do 65 gran jodu na jedną uncję alkoholu; taka zdaniem jego działa daleko lepiej niż zwyczajna. nie wywołując wezykatoryi; smaruje się nią okolicę chorą, a na wierzch przykładają się watę lub kompressa zwilżone oliwą; smarowanie to powtarza się przynajmniej co dwa dni. Jeśli wystąpią pęcherze, to okłady z wody gulardowej, roztworu alunu lub opium szybko je znoszą. Wypuszczenie ropy za pomocą podskórnego przekłucia troakarem może być pomocnym w tym okresie, nie narażając na niebezpieczny wpływ zewnętrznego powietrza. Ważnem jest także unieruchomienie członka chorego w położeniu nieco zgiętym za pomocą opaski,

która o ile możności otaczać powinna całą kończynę i wznosić się aż powyżej stawu biodrowego.

Co do leczenia ogólnego, to w okresie ostrym choroby powinno być przeciwgorączkowe, lecz nieosłabiające. Kwasy, dyeta, świeże powietrze, wystarczają. W razie silnych bólów i braku snu można dać choremu opium. Zresztą leczenie to powinno być zastosowane do szczególnych, mogących zajść wskazań.

Po przejściu okresu ostrego choroby i ustaniu gorączki, jest najwłaściwsza pora przystąpić do przecięcia części miękkich. Przecięcie to musi być szerokie i głębokie. Co do sposobu otworzenia tych części, autor zwraca uwagę na potrzebę oszczędzania krwi u osób już chorobą osłabionych, i na niebezpieczeństwo wystawiania otworów zięjących naczyń na zatknięcie się z posokowatemi płynami, czego łatwo uniknąć zastępując nóż żelazem rozpalonem lub ciastem cynkowym, a jeżeli się robi cięcie bisturem to radzi zaraz przypiec brzegi rany żelazem. Dla ograniczenia ropienia i pobudzenia czynności plastycznej po otworzeniu, służą przestrzykiwania chlorowe lub jodowe, pędzlowanie lub tamponada nalewką jodową, lub też opatrunek Acido Pyrolignoso.

Otworzenie ropnia kostnego za pomocą trepanacyi, ma także licznych stronników; Pettit, Macfarlane, Erichsen, Hamilton, Klose, Lee, Brodie, Stanley, Hey, Gerdy, przemawiają za niem. Autor przyznaje że niema pod tym względem dostatecznego doświadczenia, nie sądzi jednak aby przez trepanację można było dać należyty odpływ produktom zapalnym z wnętrza kości, jak to wnosi z tych wypadków, gdzie nastąpiło dobrowolne otworzenie kanału kostnego.

Przy leczeniu zgorzeli osteomyelitycznej trzeba się trzymać tych samych prawideł co przy każdej inniej zgorzeli.

Przy cierpieniach stawów trzeba się starać przedewszystkiem o unieruchomienie stawu, a następnie smarować staw nalewką jodową dla wywołania resorbeyi. Co do otworzenia stawu, bez którego często można się obejść, a które jednak niezawsze do zrośnięcia stawu prowadzi, należy zachować te same prawidła co z otwieraniem innych ognisk płęgmonicznych i periostalnych. Przy prostem powierzchownem ropieniu torebki stawowej, dostateczną jest punkcja podskórna; przy wrzodach lub przedziurawieniu stawu, radzą wstrzykiwania z nalewki jodowej lub roztworu saletranu srebra; przy subluxacyach opatrunek prostujący. Zwraca wreszcie uwagę, aby przy osteomyelitycznem zapaleniu stawu strzedz się metodycznych ruchów biernych, dla zapobieżenia zrośnięciu stawu, bo przy niezupełnie umocowanych epiphyzach odlamanie ich można sztucznie wywołać.

Przy oddzieleniu epiphyzów najwłaściwsze jest leczenie wyczekujące i symptomatyczne. Opaski utrzymujące kończynę w należytem położeniu, zapobiegające zwichnieniu, sprzyjają włóknistemu lub kostnemu zrośnięciu się ich napowrót z kością.

Przy fistulach dobrze działają wody siarczane i solne, szczególniej Schinznach.

Do uporeczywych następstw choroby należy chroniczna, przez rozległe zatkanie żył głębokich podtrzymywana puchlina kończyny chorój, w skutek której mogą powstawać włókniste zgrubienia tkanek; przeciw tej puchlinie, autor radzi używać opaski flanelowe naciskające, i fomentacye z spirytusu Minderera, odwaru arniki, Digitalis. Ogólne leczenie w drugim peryodzie powinno być pokrzepiające. Wzmacniająca dyeta, tran, żelazo, z uwagą naturalnie na stan kanału trawienia.

Chassaignae utrzymuje że jedynym środkiem skutecznym do wyleczenia osteomyelitis diffusa jest wczesna amputacya powyżej miejsca chorego, a Roux posuwa się jeszcze dalej i uważa za konieczną nie tylko amputacyę, ale nawet exartikulacyę w stawie po nad miejscem choroby położonym, gdyż zdaniem jego choroba szybko rozszerza się wzdłuż całego kanału szpikowego; autor zaś amputacyę wyrzuca z rzędu środków leczących chorobę, uważa ją tylko jako *ultimum refugium* do którego ze zbytelnym pośpiechem przystępować nienależy.

Dr. S. Witkowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.
Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 6 lutego do 12 lutego (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	689	178	168	15	684
„ Śgo Ducha	141	33	18	6	150
„ Ewangelickim	86	14	14	—	86
„ Śgo Rocha	100	34	33	2	99
„ Śgo Jana Bożego	162	1	2	—	161
„ Śgo Łazarza	294	86	49	1	330
„ Starozakonnych	380	94	75	11	383
Ogółem:	1852	440	359	35	1898

Wiadomości bieżące.

Stan i ruch zdrojowisk w r. 1866.

W przekonaniu, że zdrojowiska, jako instytucje humanitarne-medyczne i ekonomiczne, zasługują na wszechstronną uwagę, podajemy obraz statystyczny obecnego stanu i ruchu w zakładach zdrojowych za r. 1866, którego nam udzielił Dr. Zieleniewski, Sekretarz Komisji Balneologicznej w Tow. Nauk. Krakowskiem.

ZAKŁAD ZDROJOWY	Ilość			Liczba					Ilość				
	domów gościennych (1)	pokojów gościennych	pokojów łazienych	ogólna gości świadczających	z tych			udzielonych kąpeli mineralnych	rozprzedanych flaszek wody mineralnej	rozprzedanych ługow mineraln. garncy	rozprzedanych soli zdrojowej pudełek	rozprzedanych pudełek pastylek zdrojowych	
					osob wiaściwie leczących się	mężczyzn	kobiet						dzieci
Busk				812	627	253	217	157	17140	1254			Rozprzedano: wody buskiej na kąpiele 34 beczek, młtu buskiego na miejsu funt. 8000 młtu buskiego wysłano f. 600.
Ciechocinek				1159	1169	621		538	34142		720		Rozprzedano szlamu solnego 11330 garncy.
Iwonicz	16	234	33	500	280	70	110	100	9900	30000			
Krynica (2)	55	479	72	940	523	131	309	83	17140	42413		50	
Krościenko				100	70				150	8500			
Lubień				361	361				9349				
Majdan średni	1	12	12	39	39	11	22	6	770				
Rabka	6	100	20	67	55	22	33		1418	1500			Rozprzedano wo- dy mineralnej na kąpiele 50 wiader.
Solec				540	358	141	124	93	9073	719			
Swoszowice	5	66	23	112	75	42	33	6	4950				Rozprzedano wo- dy mineralnej na kąpiele 6013 garncy.
Szczawnica (3)	27	314	11	1074	757	359	312	36	1160	30000	200	50	

W niniejszym opisie niedostaje wiadomości: z Burkutu, z Druskienik, z Dorny, z Jakobonów, z Jaszczurówki, z Konopkówki, z Korsowa, z Krzeszowie, z Latoszyna, z Niemirowa, z Rzegiestowa, ze Szkla i z Truskawca, albowiem te zdrojowiska jakkolwiek przez gości w r. 1866 odwiedzane były, jednak swych sprawozdań Komisji Balneol: nie nadesłały.

(1) W wykazaną ilość domów niewliczono wcale zabudowań miejscowych włościan.

(2) Istnieje w Krynicy zawiązek Szpitala zdrojowego, w skutku przeznaczenia dla pomieszczenia ubogich leczenia zdrojowego potrzebujących 5 umeblowanych pokojów przez całą porę zdrojową; przy rozdzielaniu 600 kąpeli bezpłatnych i wsparciu z corocznych procentów od kapitału Zł. reń. 1,500 w oblig. fun: złożonego.

(3) Zarząd zakładu w Szczawnicy udziela corocznie bezpłatnego pomieszczenia 3m żołnierzom z. c. k. armii, rodem z Galicyi, zasilając każdego podczas leczenia zdrojowego w Szczawnicy po 10 xr. dziennie.

— W zimowym półroczu roku naukowego 1866/7 na wydziale lekarskim Warszawskiej Szkoły Głównej wykładane były następujące przedmioty: anatomia praktyczna (prof. Pilcicki), anatomia opisowa (pr. Hirschfeld), fizyka (pr. Przysiański), zoologia i anatomia porównawcza (adjunkt Wrześniowski), chemia nieorganiczna (p. o. adjunkta Wawnikiewicz), chemia organiczna (docent Langer), botanika (pr. Alexandrowicz), mineralogia (pr. Jurkiewicz), farmacya (pr. Werner), fizyologia (pr. Hoyer), akuszerya z kliniką akusz. (pr. Tyrchowski), patologia ogólna (pr. Łuczkiwicz), patologia specjalna (pr. Rosé), chirurgia teoretyczna (pr. Girsztowt), materya lekarska (pr. Kryszka), higiena, dyetetyka i psychiatria (pr. Płaskowski), dermatologia (docent Chojnowski), zasady chemii zwierzęcej (adjunkt Fudakowski), anatomia patologiczna (pr. Brodowski), klinika terapeutyczna (pr. Chałubiński), semiotyka (adjunkt Baranowski), klinika chirurgiczna (pr. Le Brun), gynecologia (pr. Głiszczyński), chirurgia operacyjna (pr. Korzeniowski), oftalmologia z kliniką okulistyczną i otyatrią (pr. Szokalski), nauka o operacjach ocznych (docent Narkiewicz-Jodko), medycyna sądowa i policya lekarska (pr. Wisłocki), nauka o operacjach akuszeryjnych (docent Neugebauer), epizoocycologia (mag. weter. Sejfmán).
(Wykaz Szkoły Głównej Warsz. N. 6).

— Na ostatniem posiedzeniu oddziału chirurgii Tow. Lek. Warszawskiego, w d. 4 lutego b. r. odbytem, Prof. Girsztowt przedstawiał chorego, któremu z najpomyślniejszym skutkiem wykonał przecięcie obu dolnych przyczepów mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego (*m. sternocleidomastoideus*) prawego z powodu przykurczenia tego mięśnia i stałego w skutek tego przechylenia głowy na bok. Choroba datowała od lat 14, dziś jednak chory zupełnie prosto głowę trzyma i z przykrego swego kalectwa jest oswobodzony. Dr. Śniadkowski nadesłał z Lublina ciekawy okaz kostniaka czaszki (*osteoma*) rzadkiej wielkości, bo wystając na zewnątrz i na wewnątrz czaszki zajmował prawie całą jej połowę, wypełniając w większej części odpowiedni oczodoł. Okaz ten pochodził z kobiety zmarłej w szpitalu lubelskim i dołączony był do niego drugi z tejże kobiety pochodzący, t. j. obie kości goleniowe na których liczne wyrosła kostne w kształcie cierni osadzone były. Dr. Jodko wprowadził chorego dotkniętego od 12 tygodni ograniczonym zaciemkiem (*cataracta partialis*) początku traumatycznego, co jak wiadomo należy do wyjątkowych przypadków, gdyż po obrażeniach mechanicznych zwykle w bardzo krótkim czasie zaciemnek rozszerza się na całą soczewkę. Dr. Girsztowt zwrócił uwagę członków na wydarzające się dosyć często przypadki *syphilis vaccinalis*, przedstawiając na poparcie tego młodego 20-letniego starozakonnego, który od chwili zaszczepienia ospy przed 18 laty przechodził najrozmaitsze formy cierpienia syfilitycznego, a obecnie znajduje się u niego w kuracyi. Dr. Korzeniowski mówił o szczęśliwem uleczeniu kobiety, która spadła z wysokości 2ch pięter, i uległa złamania kości obu goleni, wyrostka poprzecznego 7 kręgu piersiowego i rozerwaniu więzów wyrostków ciernistych. Przez kilka dni chora ta doznawała napadów zaduszania i cyanozy, które co chwila kazaly się spodziewać jej śmierci, nie było jednak, prócz zatrzymania moczu, innych objawów porażenia. Nakoniec celem zasięgnięcia zdania obecnych członków oddziału co do sposobu leczenia Prof. Girsztowt przedstawił młodego chłopca z 3ma przetokami *in regione trochanteris majoris dextri*, prowadzącemi do kości. Z powodu tego zawiązała się dyskusya o wskazaniach do wypilowania szyjki kości udowej i gwałtownego wyprostowania (*brisement forcé*) sztywności w stawie biodrowym.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz**.

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

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

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
