

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

**TREŚĆ: Prace oryginalne.** O własnościach optycznych barwnika krwi Przez Prof. *F. Nawrockiego*. — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. *M. L. Hirschfeld*. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. — **Kazuistyka szpitalna.** Sprawozdanie ze szpitala Śgo Władysława w Opocznie za rok 1867. Przez Lekarza szpitala *T. Kieffera*. (Ciąg dalszy). — **Kronika Zagraniczna.** Zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*). Przez Prof. *v. Pitha* w Wiedniu *M. Gruell*. — **Część statystyczna.** Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — **Wiadomości bieżące.** Akademia Umiejętności w Wiedniu. — Szpital za Wolskimi rogatkami. — Projekt organizacyi służby zdrowia w Galicyi. — Dr. *B. Palicki*, *L. Türck* i *W. Heropath*.

## O własnościach optycznych barwnika krwi.

przez *Feliksa Nawrockiego*.

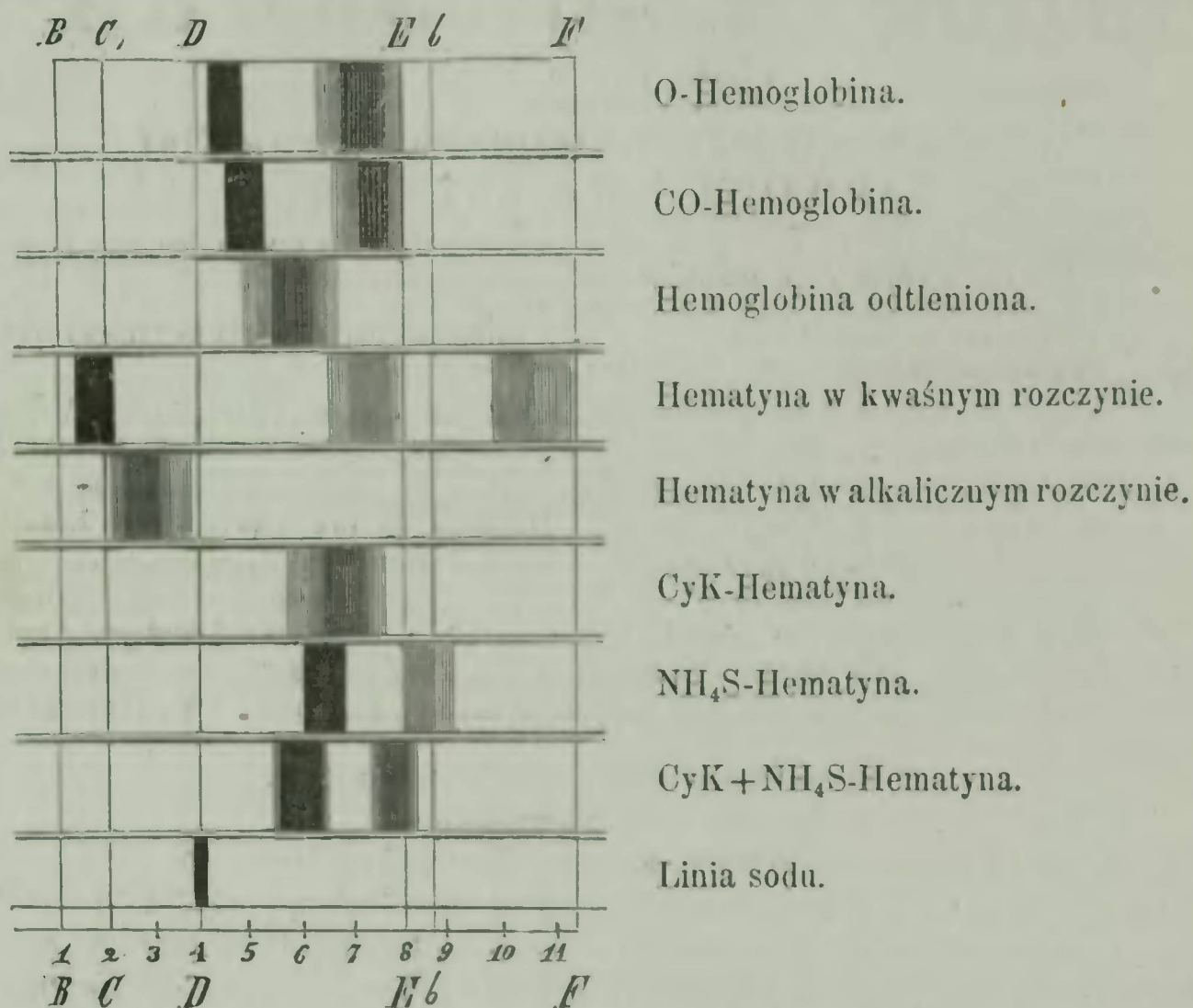
Niektóre barwniki np. Anilina, Karmin, Chlorophyll, Hematyna i t. d.—odznaczają się pewnymi własnościami optycznymi, które mogą posłużyć do wyróżnienia tychże od innych podobnych barwników. — Jeżeli światło, które przeszło przez rozczyń jednego z wymienionych barwników, za pomocą graniasto-słupa (pryzmy), rozszczepimy na siedm kolorów tęczowych, czyli tak zwane widmo, zobaczymy na pewnych miejscach widma paski ciemne, tak zwane prążki absorpcyjne, wykazujące nam, że pewna część promieni światła, została przez barwnik zatrzymana, czyli pochłonięta. Do doświadczeń tego rodzaju posługujemy się zwykle tak zwanym przyrządem widmowym, czyli spektroskopem, podanym przez *Bunse* n a i *Kirch* o f f a. (Rysunek i opis tego aparatu znajduje się w następujących dziełach: *Chemia rozbiorowa jakościowa* przez *Bogdana Hoffa*. Kraków 1867. pag. 13; *Feliks Hoppe — Seyler, Handbuch der physiologisch und pathologisch-chemischen Analyse. Zweite Auflage.* Berlin 1865 pag. 17 i *A. Danilewskiego* przekład ruski tego dzieła. Kazań, 1867. pag. 15).

*Hoppe—Seyler* (*Virchowa Archiv* XXIII. pag. 446) i *Stokes* (*Philosophical Magazine* Vol. 28 pag. 391), pierwsi zwrócili uwagę naszą na prążki absorpcyjne, jakimi się barwnik krwi odznacza.

Ponieważ ta własność barwnika krwi jest ważną nie tylko pod względem fizyologicznym, ale i sądowo-lekarskim, dla tego podajemy w krótkości to, co dotychczas badacze zaobserwowali. Rycinę załączoną wyrysowaliśmy wedle przyrządu widmowego *I. Duboseca* o dwóch pryzmach; ponieważ nasze poszukiwa-



nia głównie odbywaliśmy przy świetle gazowém, na dole podajemy linię sodu, by wskazać, jakie było położenie względne podziałki do widma. (Przyrządy widmowe o jednej przyźmie, dokładnie odrobione, zupełnie wystarczające do podobnych poszukiwań, za umiarkowaną cenę dostarcza *D e s a g a* w Heidelbergu).



Hematyna znajduje się we krwi w połączeniu z Globuliną, jako tak zwana Hemoglobina. Substancję tę wedle znanych metod w kryształach ze krwi wydzielić możemy. Rozczyn Hemoglobiny, lub też krew wodą rozcieńczona, odznacza się, jak *H o p p e - S e y l e r* wykazał, dwoma prążkami absorpcyjnymi między liniami *F r a u e n h o f e r a D i E* leżącymi, pierwsza węższa i ciemniejsza, druga szersza o konturach mniej wyraźnych. Ponieważ te dwa prążki wtedy dobitnie na jaw występują, gdy krew jest tlenem nasycona, nazywamy je podług *H o p p e - S e y l e r a* prążkami Oxyhemoglobiny (O-Hemoglobiny).

Jak *S t o k e s* wykazał, możemy Oxyhemoglobinę odtlenić za pomocą substancji z łatwością się utleniających; jeżeli do roztworu Oxyhemoglobiny dodamy winianu tlenku cyny ammonowego (Do roztworu tlenku cyny, *Stannum chloratum*, *Zinnzalz*, dodajemy tyle kwasu winnego, by po zubożeniu ammoniakiem powstał płyn przezroczysty), lub niewielką ilość siarku ammonowego (*Ammonia sulphurata*), dwa pierwotne prążki złączą się w jeden szeroki prążek odtlenionej, czyli zredukowanej Hemoglobiny, zajmujący miejsce w pierw jasne między dwoma prążkami O-Hemoglobiny. Ponieważ Hemoglobina z łatwością łączy się z tlenem, dla tego klócenie zredukowanego płynu z powietrzem wystarcza, by znów dwa prążki Oxyhemoglobiny na jaw wystąpiły; powtórnie dodany



jeden z wymienionych odczynników na nowo odtlenia Hemoglobinę i t. d.— Jakkolwiek winian tlenkucyny ammonowy, nie tak szybko Hemoglobinę odtlenia, niż siarek ammonowy, to pierwszy odczynnik przedewszystkiem polecamy, dla tego, że jest bezbarwnym, a powtóre, że nawet w wielkim nadmiarze do krwi dodany innego nań wpływu jak redukujący nie wywiera.

Tlenek węgla (CO) wydziela tlen z Hemoglobiny i tworzy tak zwaną CO-Hemoglobinę; prążki absorbcyjne tego związku Hemoglobiny są podobne do prążków Oxyhemoglobiny, tylko leżą nieco dalej ku niebieskiemu końcowi widma. To połączenie tlenku węgla z Hemoglobina jest tak silne, że go ze krwi wydzielić nie możemy, ani za pomocą pompy pneumatycznej, ani też kłócąc krew z tlenem lub mieszaniną tlenu i tlenku azotu (NO.) (cf. F. N a w r o c k i w Fresenius Zft. f. anal. Chemie II. 1863 pag. 117). L. H e r m a n n (R e i c h e r t a Archiv. 1865 pag. 469) zrobił to ciekawe spostrzeżenie że tlenek azotu (NO<sub>2</sub>) (dodany do krwi bez przystępu powietrza) jest w stanie wydzielić z CO-Hemoglobiny tlenek węgla i z nią się połączyć; to połączenie Hemoglobiny, pokazuje te same prążki absorpcyjne, co Oxyhemoglobina. — Ponieważ połączenie krwi z tlenem węgla, jakie u oczadzonych znachodzimy, jest tak silne, dla tego na CO-Hemoglobinę substancje redukujące żadnego wpływu nie mają. — Własność CO-Hemoglobiny, nie zmieniania swych prążków, po dodaniu winianu tlenku cyny ammonowego, daje nam łatwy sposób odróżnienia jęj od Oxyhemoglobiny (cf. N a w r o c k i. Centralblatt f. med. Wiss. 1867 N. 12 i 13).

Hemoglobina wystawiona na działanie powietrza rozpada zwolna na Hematynę i Globulinę; rozkład ten wraz przychodzi do skutku, jeśli do krwi rozcieńczonej dodamy potaż, sodę lub też kwas jakikolwiek. — Hematyna jest w wodzie nierozpuszczalną; rozpuszcza się zaś w alkaliach i kwasach, tworząc z niemi związki chemiczne.

Hematyna w kwaśnym roztworze (wodnym lub wyskokowym), pokazuje 3 prążki absorpcyjne, jeden przykrywa linię C, drugi leży przed E, a trzeci między b i F; tylko pierwszy prążek jest wyraźnym, dwa ostatnie mało dobitne, zwykle występują jaśniej przy większym rozcieńczeniu płynu badanego. — Najwyraźniej ujrzymy te prążki, jeśli Hematynę rozpuścimy w eterze, zawierającym nieco kwasu octowego lub solnego. Jeżeli do płynu jakiegokolwiek Hematynę zawierającego dodamy kilka kropel stężonego kwasu octowego i podwójną objętość eteru, i tę mieszaninę dobrze ze sobą skłócimy, to eter wydzielając się wolno na powierzchni płynu zabierze ze sobą niemal całą ilość Hematyny.

Hematyna w alkalicznym roztworze odznacza się jednym prążkiem absorpcyjnym, między C i D mało wyraźnym i dopiero przy dość znacznym zgęszczeniu płynu na jaw występującym.

Jeżeli do alkalicznego roztworu Hematyny dodamy siarku ammonowego, płyn zczerwienieje i okaże dwa prążki NH<sub>4</sub>S-Hemoglobiny, jeden ciemny, wyraźny, niemal w środku między D i E, a drugi mniej widoczny od E aż po za b (cf. N a w r o c k i l. c.).

Cyanek potażu łączy się również z Hematyną; ten związek CyK-Hematyny odznacza się jednym prążkiem szerokim, między D i E, podobnym do prążka Hemoglobiny odtlenionej, lecz więcej zbliżonym do końca niebieskiego wid-



ma (cf. N a w r o c k i Centralblatt f. med. Wiss. 1867 Nr. 35). Jeżeli do CyK-Hematyny dodamy siarku ammonowego, lub też nawzajem do  $\text{NH}_4\text{S}$ -Hematyny wlejemy kilka kropel roztworu cyanku potażu, powstaną dwa wyraźne prążki absorpcyjne, podobne do prążków CO-Hemoglobiny, tylko więcej zbliżone do końca niebieskiego widma.

Prążki absorpcyjne  $\text{NH}_4\text{S}$  i  $\text{C}_4\text{K} + \text{NH}_4\text{S}$ -Hemoglobiny są widoczne przy znacznym rozcieńczeniu płynów te związki barwnika zawierających.

O ile opisane własności Hemoglobiny i Hematyny mogą nam posłużyć do wykrycia krwi przy badaniach sądowo-lekarskich, starałem się wykazać w rozprawie znajdującej się w wykazie Szkoły Głównej za zimowe półrocze 1867/68 N. 8.

### O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

Częścią Anatomii najbardziej zasługującą na dokładne poznanie stanowią niezaprzeczenie kanały pachwinowy i udowy; one bowiem są powodem jednej z najgroźniejszych chorób rodzaju ludzkiego, to jest przepuklin pachwinowej i udowej, sposób leczenia których zasadza się li tylko na ścisłej znajomości szczegółów anatomicznych, dotyczących ich budowy. Z tej właśnie przyczyny, sądzę, że nie od rzeczy będzie dać choć treściwy opis anatomiczny tych kanałów w piśmie periodycznym lekarskim znajdującym się niezawodnie u wszystkich, pragnących być na wysokości dzisiejszego stanowiska nauki.

Kanały te chociaż znajdują się: jeden w ścianie przedniej brzucha, a drugi na udzie, są jednak w ścisłym stosunku między sobą z powodu ich położenia przy granicy tych głównych odcinków ciała a nadto, że obadwa komunikują z częścią dolną jamy brzusznej, z której jedne i te same narzędzia wystąpić mogą w postaci przepukliny. Ten układ anatomiczny upoważnia nas do zbadania tych kanałów w jednej i tylko okolicy, którą już w Iym tomie naszego dzieła \*) oznaczyliśmy pod nazwą: p a c h w i n o - u d o w é j.

#### Okolica pachwino-udowa (*regio inguino-cruralis*).

W celu zbadania wzajemnego stosunku dwóch kanałów, znajdujących się w jednej i téjże samej okolicy i ze względu na ich ważność przy operacjach przepuklin pachwinowych i udowych, już w wyżej przytoczonym dziele na str. 81 starałem się określić granice okolicy pachwino-udowej i wyłuszczyć powody, dla których uważam ją za przyległość miednicy, (jest częścią pośredniczącą pomiędzy brzuchem i udem). Tak więc okolica ta stanowi odstęp trójkątny (*triangulus inguino-cruralis*), którego brzeg zewnętrzny stanowią: mięsień krawiecki i masa wspólna mięśnia lędźwio-biodro-udowego; brzeg wewnętrzny, mięsień grzebieniowy i część mięśnia ksobnego długiego; wierzchołek jego, znajdujący się na 12—15 centimetr. poniżej fałdu pachwinowego, utworzony jest przez zetknięcie się mięśni: krawieckiego, grzebieniowego i części ksobnego długiego; podstawą zaś jego będzie nie łuk udowy, jak chce Malgaigne, ale linia sztuczna łukowata wklęsłością ku dołu-

\*) Opis układu kostnego i stawowego. Warszawa. 1867 r.



wi obrócona, a rozciągająca się od kolca biodrowego przedniego i górnego do kolca kości łonowej. Linia ta przechodzić powinna nad łukiem, tworząc z nim przestrzeń eliptyczną, która przy największej swój obszerności wynosi 2—3 c. Trójkąt ten, płaski w swój części pachwinowej, gdzie przebity kanałem pachwinowym, jest w stosunku z warstwami następującymi: skórą, powięzią wierzchnią, powięzią mięśnia ksobnego wielkiego, z powięziami mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecznego, między którymi to warstwami przebiegają trzy ważne tętnice, a mianowicie: podskórna Hallera, podbrzuszna przednia i zagięta biodrowa, nakoniec jest także w stosunku do powięzi poprzecznej i otrzewnej. W swój części udowej trójkąt ten zagłębia się ku krętarzowi mniejszemu, stanowiąc dołek b i o d r o w o g r z e b i e n i o w y (*fossa ileo-pectinea*). Dołek ten pokryty jest następującymi warstwami: 1° skórą, 2° powięzią wierzchnią 3° powięzią szeroką uda i 4° przedłużeniem powięzi lędźwio-udowej.

1° Skóra opatrzona jest przy częściach płciowych wewnętrznych włosami i licznymi torebkami łojowymi, a na wysokości łuku udowego, jednym lub dwoma fałdkami równoległymi do tegoż łuku.

2° Powieź wierzchnia czyli podskórna składa się z dwóch dosyć wyraźnych warstw: pierwsza komórkowato-tłuszczowa zawiera w odstępach włóknistych kłębki tłuszczu i przedłuża się do części tej okolicy, która się znajduje nad łukiem udowym, nie przyczepiając się do rzeczonoego łuku; druga warstwa różni się od poprzedzającej nie tylko położeniem głębszem ale także tem, że ma ścisły związek z więzmem Pouparta i więzmem Gimbernata. Przy żyły udowej warstwa ta staje się grubszą i jest siedliskiem wielkiej ilości tłuszczu, zawierającego gruczoły chłonne powierzchowne. Dwie te warstwy mogą być łatwo oddzielone jedna od drugiej, wyjąwszy na wewnątrz i ku dołowi, gdzie się razem zlewają. Przy ujściu żyły zaskórnjej wewnętrznej oba te listki łączą się również z powięzią szeroką uda za pośrednictwem drobnych naczyń chłonnych, udających się od gruczołów chłonnych powierzchownych do głębszych, jakoteż za pośrednictwem drobnych naczyń krwionośnych, których punktem wyjścia i wejścia są tętnica i żyła udowe.

3° Powieź szeroka uda odznacza się tém, że przyczynia się do utworzenia trzech rodzajów pochew; a) mięśniowych b) naczyń krwionośnych; i c) naczyń limfatycznych, jak to w dalszym ciągu ścisłej wykażemy.

4° Powieź biodrowa otacza masę wspólną mięśnia lędźwio-biodro-udowego, i wchodzi w skład pochwy tętnicy i żyły udowej.

Dołek biodro-grzebieniowy zawiera w sobie wielkie naczynia udowe, objęte w pochwą, nerw udowy, odosobniony od naczyń rzeczonych przez koniec dolny mięśnia lędźwio-biodro-udowego i powieź biodro-łonową; obejmuje nakoniec naczynia, i gruczoły chłonne głębokie, które, za więzmem Pouparta, do jamy brzusznej przechodzą, lub od niej wracają, tkanek łączną, przerwę napełnioną chłonicami i tkanką łączną zwaną k a n a ł e m udowym.

Nim przystąpimy do szczegółowego opisu kanału pachwinowego i udowego uważam za konieczne zbadać układ anatomiczny rozścięgu mięśnia skośnego wielkiego i łuku udowego, które wchodzi w skład tych kanałów.



A. Rozścięgnno mięśnia skośnego wielkiego,

Rozścięgnno to, odgrywające rolę ścięgna, jest płaskie, cienkie i ma kształt nieregularnie czworoboczny; jest bowiem szersze u dołu, to jest w części znajdującej się między kolcem biodrowym przednim górnym i smugą białą, zwęża się zaś nieco wyżej i staje się znowu szerszem w swój części górnej, ale zawsze mniej, jak w części dolnej.

Brzeg zewnętrzny tego rozścięgna oznaczony jest linią ząbkowaną półkuliastą (*linea semicircularis*) ze wklęsłością zewnętrzną, rozciągającą się od kolca biodrowego przednio-górnego do końca chrząstki ósmego żebra.

Brzeg wewnętrzny ograniczony jest i ku górze brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego brzucha, a ku dołowi samą smugę białą.

Brzeg górny najwyższy ze wszystkich znajduje się na części dolnej okolicy przedniej klatki piersiowej i służy dosyć często za osadę dla niektórych włókien mięśnia piersiowego wielkiego.

Brzeg dolny najważniejszy ze wszystkich ze względu na stosunki do kanału pachwinowego, odpowiada fałdowi pachwinowemu i rozciąga się od kolca biodrowego przednio-górnego do kolca i spojenia łonowego, gdzie się kończy dwoma odnogami, między którymi znajduje się otwór dolny kanału pachwinowego. Brzeg ten przyczynia się do utworzenia łuku udowego czyli więzu Poupart'a.

**S t o s u n k i.** Rozścięgnno mięśnia skośnego wielkiego pokryte jest skórą, którą oddzielają oba listki powięzi wierzchniej, zawierające między sobą naczynia podskórne Hallera; pokrywa ono część ścięgniastą mięśnia skośnego mniejszego. Wchodząc w skład kanału pachwinowego, rozścięgnno jest także w stosunku do powrózka nasiennego u mężczyzn, a do więzu okrągłego macicy u niewiast.

**S k ł a d.** Rozścięgnno mięśnia skośnego wielkiego składa się z równoległych pęczków włóknistych skierowanych skośnie z góry na dół i z zewnątrz na wewnątrz, jak pęczki mięsiste, których dalszy ciąg stanowią. Pęczki włókniste, ułożone w postaci tasiemek, są przecięte pod kątem prostym, zwłaszcza przy łuku udowym, przez inne włókna mniej więcej wyraźne, opisując nad otworem dolnym kanału pachwinowego rozmaite łuki (*fibrae arciformes* s. *intercolumnares*).

Między pęczkami włóknistymi tego rozścięgna spostrzedz się dają niekiedy przerwy podłużne lub trójkątne w których łatwo poznać można włókna mięsiste mięśnia skośnego mniejszego i dziurki mniej więcej rozwinięte dla przejścia gałązek naczyniowych i nerwowych.

Między tasiemeczkami najbardziej odośobnionymi, o d n o g a m i zwanymi, znajduje się, przy kolcu łonowym, najobszerniejsza z tych przerw, przez którą przechodzi, u mężczyzn powrózek nasienny, a u niewiast wiąz okrągły macicy i to właśnie zowie się o t w o r e m d o l n y m k a n a ł u p a c h w i n o w e g o.

Łuk udowy czyli wiąz Pouparta lub Fallopiusza (*Arcus cruralis seu lig. Pouparti vel lig. Fallopii*).

Pęczek włóknisty ten, który podług pewnej liczby anatomów jest niczem innym jak brzegiem dolnym zgrubiałym rozścięgna mięśnia skośnego wielkiego, jest



rzeczywiście utworzony z włókien właściwych, zlewających się tylko z brzegiem dolnym tego rozścięga.

Łuk udowy odpowiada fałdowi pachwinowemu, gdzie rozciąga się od końca przedniego grzebienia kości biodrowej do trzonu i gałęzi poziomej kości łonowej. Tworzy on rodzaj granicy między brzuchem i kończyną dolną, stanowiąc brzeg przedni obszernego trójkątnego odstepu (trójkąt biodro-łono-pachwinowy), którego brzegiem zewnętrznym jest kość biodrowa, a brzegiem wewnętrznym, kość łonowa. Odstep ten jest miejscem komunikacji jamy brzusznej z kończyną dolną i punktem wyjścia lub wejścia: mięśni, powięzi, naczyń i nerwu.

Wiąz P o u p a r t a poczyna się po największej części od wierzchołka kolca przednio-górnego grzebienia biodrowego i nieco od trzeciej części przedniej wargi wewnętrznej tegoż grzebienia, za pośrednictwem włókien ścięgniętych, płaskich i promienistych, umieszczonych w grubości powięzi biodrowej. Pęczek pojedynczy, spłaszczony z tyłu ku przodowi, na zewnątrz, i zagięty w postaci rynienki na wewnątrz; powstając tym sposobem, udaje się skośnie na dół i na wewnątrz, opisując rodzaj łuku z wypukłością dolną, a przybywszy do dwóch piątych części swego przebiegu, rozdziela się na dwa pęczuski niejednakowej grubości: g r u b s z y, będąc dalszym ciągiem pęczka pierwotnego, kończy się na kolcu łonowym i zachowuje nazwę łuku powierzchownego udowego lub tasiemeczki biodrołonowej (*fasciculus ileo-pubicus, bandelette ileo-pubienne Thompson*). Ta ostatnia, rozszerzając się z tyłu przy kolcu łonowym i krzyżując się w różnych kierunkach z innymi włóknami, stanowi rodzaj więzu spłaszczonego i trójkątnego przybierającego znowu nazwę więzu G i m b e r n a t a, który będzie szczegółowo opisany przy obrączce udowej. Pęczek cieńszy, utworzony z włókien równoległych, udaje się ku tyłowi i na wewnątrz i wraz z powięzią biodrową, w którą wnika, przyczepia się na guziku biodro-łonowym i na grzebieniu kości łonowej, stanowiąc tasiemeczkę biodrogrzebieniową (*bandelette ileo-pectinée, Thompson'a, fasciculus ileo-pectineus*). Prof. R i c h e t oznacza ją nazwą łuku udowego głębokiego. Tasiemeczka ta wraz z powięzią biodrową, wchodząc w skład przegrody włóknistej, rozdziela wielką przerwę biodro-łono-pachwinową na dwie podrzędne przerwy: zewnętrzną i wewnętrzną. P i e r w s z a m i e ś n i o w a (*lacuna musculorum*), ma kształt owalny, i ograniczona jest ku górze pniem łuku udowego, na wewnątrz, tasiemeczką biodro-grzebieniową, ku dołowi i na zewnątrz brzegiem przednim kości biodrowej. Służy ona dla przejścia masy wspólnej mięśnia lędźwio-biodro-udowego i nerwu udowego. D r u g a p r z e r w a, n a c z y n i o w a (*lacuna vasorum*), mniejsza, trójkątna, utworzona ku górze z tasiemeczki biodrołonowej, na wewnątrz z więzu G i m b e r n a t a, na zewnątrz z tasiemeczki biodro-grzebieniowej, połączonej z pochwą włóknistą mięśnia lędźwio-biodro-udowego. Przez ten właśnie otwór przechodzą naczynia udowe i naczynia chłonne, i on to stanowi tak zwany kanał udowy.

Co do prawdziwego kierunku łuku udowego, jest on więcej skośny ku dołowi i na zewnątrz niż na wewnątrz, co zależy od nateżenia części zewnętrznej tego łuku przez powięź szeroką uda, która mocno jest do niej przytwierdzona;



oddzielając bowiem tę powięź od łuku udowego, za pomocą cięcia, ten ostatni wyprostuje się, stając się luźnym; z tego właśnie powodu S c a r p a radzi, w celu usunięcia uwięźnienia, nacinać powięź równoległe do łuku udowego.

S t o s u n e k. Brzeg górny więzu P o u p a r t a zlewa się zrozściętnem mięśnia skośnego wielkiego, którego włókna dolne, krzyżując się z nim pod kątem bardzo ostrym, przyczyniają się do wzmocnienia tego więzu. Brzeg dolny łączy się z powięzią szeroką uda i ściślej na zewnątrz jak na wewnątrz. Powierzchnia przednia, nieco wypukła, jest osadą listka głębokiego powięzi wierzchniej. Powierzchnia tylna, płaska, zlewa się: na zewnątrz z powięzią biodrową, a na wewnątrz z powięzią poprzeczną. Pomiędzy dwoma powierzchniami tego więzu znajduje się, szczególnie na wewnątrz mięśnia biodro-łędźwio-udowego, rowek z wklęsłością górną, w którym przyczepiają się, na zewnątrz i na wewnątrz, niektóre włókna ścięgniste mięśni skośnego małego i poprzecznego brzucha, a w środku, rowek ten przyczynia się do utworzenia kanału pachwinowego. Nad łukiem udowym i na wewnątrz znajduje się wyjście czyli otwór dolny kanału pachwinowego; nieco niżej, więcej na zewnątrz i kutyłowi spostrzedz się daje wejście czyli otwór górny kanału udowego. Oba te kanały, z przyczyny ich ważności, będą oddzielnie i szczegółowo opisane. (D. c. n.)

## KAZUISTYKA SZPITALNA.

Sprawozdanie ze Szpitala Sgo Władysława w Opocznie za rok 1867.

Przez Lekarza Szpitala T. Kieflera.

(Ciąg dalszy). <sup>1)</sup>

12) P r ó c h n i e n i e k o ś c i s k o k o w é j , s z e ś c i e n n é j i ł ó d k o w a t é j (*caries oss. astragali, cuboidei et navicularis*). Józef Ar...., gospodarz rolny, w wieku lat 26, od lat 4ch chory, przybył do szpitala d. 11 września, wyniszczony. Stopa prawa cała w dwójnasób powiększona, z powodu zwiększonej objętości kości w skład jęj wchodzących. Strona jęj zewnętrzna, wewnętrzna i powierzchnia grzbietowa ośm otworów przedstawiały; z jednych wysącza się płyn brudno-szary, z drugich posokowaty, cuchnący. Zgłębnik zaprowadzony wszędzie wyczuwa nierówności chropowate, twarde; w niektórych miejscach zgłębnik głęboko w kości wdrażał, dając wrażenie kości miększej, dolne końce obu kości goleniowych również zgrubiały mocno; tym sposobem okazały się zajęte kości sześcienna, łódkowata, skokowa, dolne końce obu kości goleni. Płyn wstrzykiwany w jeden z otworów na stronie wewnętrznej stopy, wychodził przez otwory znajdujące się na stronie zewnętrznej. Bóle dotkliwe odbierały sen choremu, apetyt, wyczerpały siły. Wykonałem amputacją goleni powyżej kostek z płatem tylnym. Po 48 godzinach nastąpiło zgojenie odrażne (*per primam intentionem*). Operowany w krótkim czasie szpital opuścił.

13) P r ó c h n i e n i e k o ś c i s z e ś c i e n n é j i ł ó d k o w a t é j (*caries ossis cuboidei et navicularis*). Michał Ow....., 30-letni parobek, od 2ch lat chory, przybył w dniu 19 października do szpitala. Stopa lewa obrzmiała,

<sup>1)</sup> Patrz Nr. 34 Gazety Lekarskiej, 1868. Tom IV.



na stronie zewnętrznej i wewnętrznej przedstawia parę otworów, z których płyn posokowaty, cuchnący się sączy. Zgłębnik zaprowadzony w otwory trafia na głębokie luki w kościach sześcienną i łódkowatą; wyczuwa chropowatości i nierówności. Kości przedniej połowy stopy rozdęte, skóra zaczerwieniona, chełbotanie; po zrobionych cięciach, zgłębnik również napotkał próchnienie tych kości. Chory gorączkuje, na siłach opada, wychudły, noce bezsenne z powodu bólów przepędza. W dniu 28 t. m. wykonaną została amputacja połowy stopy *C h o p a r t o w s k a*. Na trzeci dzień przy zdjęciu opatrunku znalazłem zagojenie odrażne. Ligaturki odeszły w d. 7 listopada, pacjent wkrótce mógł być wypuszczony jako zdrowy ze szpitala, lecz około 15 t. m. goleń kończyny operowanej zaczęła obrzmiewać, następnie udo. W kilka dni na stronie wewnętrznej i przedniej uda w górnej jego części, uwydatniać się począł ropień (*abscessus*), doszedł do wielkości pięści; po cięciu głębokiem wyplętnęło dużo ropy; następnie uformował się drugi ropień w dolnej  $\frac{1}{3}$  goleni, następnie trzeci w  $\frac{1}{3}$  górnej goleni. Chory pozostaje dotąd w szpitalu, ropień nowy się tworzy, stopa operowana zupełnie zagojona. Stan ogólny zadawalniający.

14) *O p a r z e n i e (ambustio)*. Jan U..., 48-letni, węglarz, przybył do szpitala d. 5go po wypadku. Przy wypalaniu węgla miał zasnąć, ogień pomknął ku niemu jakoby po trawie; zapewne był opojony. Wygląd i stan jego rozpaczny: cała czaszka, cała twarz okryte jednym czarnym strupem, powieki przedstawiają powierzchnie ropiejące; w kilku miejscach na twarzy strupy odeszły, pozostawiwszy głębokie owrzodzenia, twarz monstrualnie obrzmiała. Dalej cała kończyna lewa górna, czarnym strupem okryta, powierzchnia grzbietowa ręki owrzodzona, ścięgna mięśni wyprostnych odkryte, obnażone. Okolica pachowa lewa i cały bok lewy przedstawiają powierzchnie ropiejące. Ropa brudna, płynna bardzo, nadzwyczaj cuchnąca ze wszystkich owrzodzeń obficie się wydziela. Chory niezupełnie przytomny, bredzi. Dnia 26go grudnia, zgorzeliną dotknięta skóra wszędzie odeszła, po usunięciu strupów ropienie bardzo obfite, brodawkowanie blade, mało ożywione. W dniu 1 stycznia chory znów zaczął bredzić, zapadł w śpiączkę, w dniu 3cim zmarł.

15) *R a n a z g o r z e l i n o w a p a l u c h a (vulnus policis cum gangraena)*. Łukasz H..., karbowy 66 lat liczący, w dniu 18 grudnia przybył do szpitala. Przed tygodniem przy obłudze około sieczkarni, paluch lewej ręki przez takową chwyconym i zmiażdżonym został. Przedstawił mi paluch cały zgorzelą dotknięty, staw między paluchem a kością odpowiednią śródrečzną otwartą, kość tę w części ogołoconą z okostnej również w części zgorzelinę przedstawiającą, skórę na niej zniszczoną. Znieczuliwszy za pomocą przyrządu Richardson'a miejsce odpowiednie, wyluszczyłem ze stawu nadgarstkowego kość śródrečzną i usunąłem ją wraz z odpowiednim jęj paluchem. Podczas podwiązywania arteryi znalazłem takową dotkniętą processem miażdżakowym (atheromatycznym). Arteria została w odpowiedni swemu stanowi sposób podwiązana. Chory ten pozostaje do dziś w szpitalu jako konwalescent, zabliźnienie już jest prawie zupełne.



16) R a n y p r z e d r a m i o n (*vulnera antibiachiorum*). Szczepan W..., 50-letni, pastuch wiejski, w dniu 19 grudnia przybył do szpitala, od 2ch dni w domu opatrywany, w stanie godnym pożałowania. Kończyna górna prawa chwyciona została pod noże w sieczkarni, chcąc ją ratować drugą kończynę rzucił na pomoc pierwszej. Otóż jak się przedstawił w szpitalu. Ręka prawa odcięta od przedramienia w stawie nadgarstkoręcznym, kości nadgarstka jedne pozostały przy przedramieniu, inne przy odciętej ręce. Kończyna górna lewa w przedramieniu w połowie tegoż ma obie kości złamane, pocięte, skórę podartą, kawałki kości przedramienia na kawałkach skóry się trzymają, ręka zaś w stawie nadgarstko-ręcznym bardzo równo odcięta od przedramienia, kości nadgarstka jedne przy przedramieniu, inne przy obciętej pozostały ręce. Chory bez rąk właściwych, z jednym przedramieniem pociętym. Krwotoku w czasie gdy zobaczył chorego niebyło, ale przez czas pobytu jego w domu miał być obfity. Wykonałem amputacyą na jednym przedramieniu w  $\frac{1}{3}$  górnej tegoż, na drugim w  $\frac{1}{4}$  dolnej metodą płatową mieszaną. Na trzeci dzień po operacyi język suchy, temperatura  $40^{\circ}\text{C}$ , chory senny; na kończynie lewej po stronie zewnętrznej pęcherze się potworzyły, płynem czerwonym wypełnione, wydzielina rany płynna, brudna; na prawej kończynie rana blada. Chory szybko chudnie, oczy zapadnięte, głos słaby, stłumiony. Dnia 26go z lewej kończyny ropa po prostu płynie tak jest rzadką a obfitą. Dnia 28go nowe pęcherze się tworzą. Przez dni następnych parę sił coraz mniej, śpiączka, ropa nie dobra, ropienie obfite.

W dniu 31 grudnia operowany zmarł.

Ze wszystkich operowanych ten jeden wypadek tylko zakończył się śmiertelnie.

17) R a n a k r o c z a i c e w k i m o c z o w é j (*vulnus perinaei et urethrae*). W dniu 23 września przybył do szpitala Wojciech L..., włościanin wieku lat 30, z raną krocza przed kilkunastu godzinami otrzymaną przez uderzenie rogiem jelenia w zwierzyńcu trzymanego. Zwierzę rozdrażnione uderzyło go bardzo silnie, padł nieprzytomny pod gwałtownym ciosem. Gruczoł przyprątny (*prostata*), przedstawiał się mocno obrzmiałym, wypuklił krocze. W środkowej części krocza rana długości 2 cent., szeroka na  $\frac{1}{2}$  cent. Palec mały ostrożnie wprowadzony wyczuł koniec kateteru zaprowadzonego przez prącie. Przez ranę wyciekała krew. Stolec i mocz od kilkunastu godzin zatrzymane t. j. od chwili wypadku, pozywianie na mocz bardzo silne. Pęcherz rozdęty dochodzi do pępka. Dolna część brzucha bardzo bolesna, chory nie znosi najmniejszego dotknięcia, koszula nawet swym ciężarem robi mu ból dotkliwy. Całe międzykrocze również bolesne, chory z twarzą czerwoną, leży wyleknięty, temperatura ciała około  $40^{\circ}\text{C}$ , puls twardy, prędko, uderza 130 razy na minutę. Zaprowadzenie kateteru po za miejsce przedziurawionej cewki moczowej było bardzo trudne. Kauczukowy nie dał się wprowadzić, metalowy próbowałem przez prącie założyć, próba jednak nie miała tą razą pomyślnego rezultatu, przez ranę również wprowadzenie nie było możliwe. Powróciłem znów do założenia go przez prącie. W części międzykroczonej (*portio perinealis urethrae*) wyraźną czuć było przeszkodę nie do pokonania. Po kilku godzinach, zaleciwszy poprzednio



10 pijawek na śródkrocze i tyleż na część dolną brzucha, oraz podawszy dozę wypróżniającą kalomelu, przystąpiłem znowu do założenia kateteru; przy powolnej i ostrożnej manipulacyi udało się w końcu takowy wprowadzić, moczu mocno krwią zabarwionego odeszła ilość bardzo znaczna.

W dniu 24 puls 130, gorączka wielka, język suchy, chory niespokojny, brzuch b. bolesny, wypróżnienia nie było. Pijawek sztuk 10 powtórnie na okolicę dolną brzucha przystawić, oraz kąpiel siedzeniową, podtrzymując chorego by się biernie, najspokojniej zachował, zaleciłem, podawszy przytem po 2 gr. kalomelu co 2 godziny naprzemian z mieszanką oliwną. Do wieczora stolca nie było, brzuch wzdęty, lewatywy wypróżnienia nie sprowadziły. Podano 6 gr. kalomelu a w parę godzin dwie łyżki oleju rącznikowego.

W dniu 25 rano parę wypróżnień obfitych, łajnowatych, język po bokach trochę wilgotny, chory spokojniejszy, przestał jęczeć. Okolica podbrzuszną ciągle jednakowo bardzo bolesną. Zalecono maść merkuryalną na płótno rozsmarowaną przyłożyć, kataplazm, dwa razy dniem kąpiel, do wewnątrz mieszankę z oleju kleszczowinowego. Mocz odchodzi wraz z krwią przez ranę krocza.

Do 30 t. m. mocz odchodził mocno krwią zabarwiony, dolna część brzucha ciągle była bolesną, stan groźny.

Przy kąpielach, ostrożnych wcieraniach maści rtęciowej w krocze, do dnia 8 października, objętość gruczoła krokowego o tyle zmniejszoną została, iż zaprowadzenie kateteru stało się łatwiejszém.

Do dnia 30 października miał ciągle założony kateter. Stan ogólny i miejscowy w tym przeciągu czasu poprawił się zupełnie. Chory przyszedł do apetytu, odzyskał siły.

W dniu 8 listopada po zarośnięciu zupełném przetoki cewki moczowej i zabliznieniu krocza, chory szpital opuścił zupełnie wyleczony.

Z w y p a d k ó w t e r a p e u t y c z n y c h, parę zasługuje na szczególną uwagę, wzmiankę choć pobieżną o takowych zamieszczam :

18) K a m i e a ż ó ł c i o w a (*cholelithiasis*). Ignacy G..., lat 36, podoficer ziemskiej straży, od pół roku cierpiący na ból wielki, ograniczony, umiejscowiony w górnej i prawej części brzucha, przybył do szpitala dnia 8 czerwca. Skóra koloru żółtego, białkówka oka barwy mocnej żółtej. Wątroby brzeg dolny pod łukiem żebrowym wyczuć się daje jako twardy, zaokrąglony. Ból występuje, na który szuka pomocy, bardzo gwałtownie. Pijak nałogowy. Przez czas bytności w szpitalu, to jest do dnia 28go lipca miał napadów bóli 4ry i trzeci z porządku najgwałtowniejszy: chory wyczerpany na siłach po okropnych bólach, zapadł w bredzenie, konwulsye, blizkim był śmierci.

Nieprzewidziany, gwałtownie od razu występujący ból, trwanie tegoż przez kilka godzin (od 8—12), a potem raptowne jego zniknięcie, jego umiejscowienie, womity towarzyszące bólowi, żółtaczka, ponowienie bólów, upewniło mnie w rozpoznaniu. Jakoż dwukrotnie w stolcach odszukane zostały kamyki żółciowe wielkości grochu fasolowego, co zresztą jak wiadomo, niezawsze bywa. Ból za



wsze występował w prawém podżebrzu, ztąd szedł do krzyża, ramienia i szyi. — Chory skarżył się na tęsknotę, był niespokojnym, opanowywała go ciężka duszność, nudności, wymioty płynne, śluzowe. Wyszedł zdrów, czy wyleczony nie wiadomo.

Podczas napadów podawano choremu większe dawki makowca, wsadzono w kąpiel ciepłą na czas dłuższy. Podczas najgwałtowniejszego napadu, wrznięciem w miejscu bólu wywołałem pęcherz, zastosowawszy nadto na miejsce pozbawione naskórka morfinę. *Natrum carbonicum* przez cały czas pobytu używał, nie miałem nadziei, by kroplami *D u r a n d a* proponowanemi w tych razach można kamienie rozpuścić. (Dok. nast.)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Zapalenie stawu biodrowego (coxitis).

przez Prof. v. P i t h a w Wiedniu (Wiener Med. Wochenschrift

Nr. 1—8—1867 r.).

Staw biodrowy, podobnie jak każdy inny, ulegać może processom zapalnym tak traumatycznego pochodzenia jakotóż i specyficznego natury. Czysto traumatyczne zapalenie tego stawu, z powodu głębokiego jego położenia jest stosunkowo rzadkiem, tak, że dotykać go mogą tylko cięższe obrażenia i stłuczenia okolicy biodrowej. Większy już wpływ na ten staw, wywierają czynne mechaniczne wysilenia przy chodzeniu, skakaniu, bieganiu, gimnastyce, i t. p. Zapalenie wywołane przez tego rodzaju mechaniczne bodźce, napada przedewszystkiem ludzi dorosłych a osobliwie z klasy robotniczej, a przebiegając, u indywidualów zkadinał zdrowych, bez wszelkich zakładeń, czyni rokowanie stosunkowo najlepszym.

Gorszemi pod względem rokowania są zapalenia reumatyczne, artrytyczne, syfilityczne, gruźlicze, a nadewszystko przerzutowe (ropnicowe, połogowe) exantematyczne, których bliższy opis należy do patologii wewnętrznej. Najczęstszym jednak, a zarazem najważniejszym, jest tak zwane zapalenie skrofaliczne (*Coxitis scrophulosa*), występujące prawie wyłącznie w wieku dziecięcym i znane pod nazwą: *Coxalgia*, *Coxarthrocace*. Organizm dziecięcy okazuje szczególne do cierpień stawu biodrowego usposobienie, co przypisać należy z jednej strony nieukończonemu jeszcze wykształceniu stawu oraz zwiększonemu unaczynieniu i soczystości tkanek, z drugiej, — żywości ruchów dziecięcych.

Przytaczany oddawna związek zapalenia stawu biodrowego u dzieci z zakażeniem skrofalicznym, niemoże być wprawdzie rozciągnięty do wszystkich wypadków, gdyż cierpienie to, występuje niezaprzeczenie i u takich dzieci, które nie przedstawiają ani śladu takowego zakażenia; przecież wypadki takie są rzadkie, i zawsze możemy w nich wykryć zewnętrzną przyczynę miejscowego cierpienia; podczas gdy cierpienie to u dzieci z wyraźnym skrofalicznym wyglądem (*habitus*) nietylko że występuje nierównie częściej, ale zawsze samowolnie (*modo spontaneo*), t. j., bez wyraźnej zewnętrznej przyczyny. To też zaprzeczanie wpływu skrofalicznych (i gruźlicy) na powstanie i przebieg zapalenia stawu biodrowego u dzieci, byłoby mięczem zwróconym przeciw codziennemu doświadczeniu, i próżną grą słów, w którą nie chcemy się wdawać. Podnosimy tu tylko kwestyę konstytucjonalnego usposobienia niektórych dzieci do tego cierpienia, czego nie można mięszać z ogólną dziecięcą skłonnością do chorób.

Zapalenie stawu biodrowego poczyna się zwykle z błony maziowej (mebr. synovialis) i niekiedy na niej się tylko ogranicza; łatwo jednak, szczególnie przy dłuższym trwaniu przechodzi na inne tkanki. Rzadziej zaczyna się process zapalny w końcach stawowych kości, główce stawowej lub panewce. Według *B r o d i e'go* i *B a u e r'a* najczęstszym punktem wyjścia cierpienia, ma być więz okrągły (lig. teres), czemu znowu *Barwell* stanowczo zaprzecza. Bo też w praktyce, na żywym, prawie niepodobna tych szczegółów



z dokładnością rozpoznać. Gdziekolwiek zresztą choroba wzięła początek, przy stopniowym jej rozwoju, zwolna cały staw zostaje sprawą chorobową zajęty.

Pojedyncze zapalenie błony maziowej (*Synovitis*) z wysiękiem surowiczym albo surowiczo-plastycznym może się ograniczyć na tej tylko błonie. Przy wysięku ropnym, cierpią już okrywy chrzęstne końców stawowych kości, a nawet i te ostatnie; chrząstka nasiąka surowicą, mętnieje, staje się włóknistą, zostaje uniesioną w górę przez leżące pod nią a granulujące powierzchnie kostne, wreszcie przez ucisk i pochłanianie bywa doprowadzoną do zaniku; tkanka gąbczasta kości ze swjej strony nasiąka wysiękiem krwisto-surowiczym lub ropnym, mięknie, kruszeje i t. d. To gąbczaste zapalenie kości (*caries*) może zajmować tak główkę i szyję kości udowej jakoteż i panewkę, lub obie te części jednocześnie, i niszczyć je mniej lub więcej; aż do przedziurawienia panewki i całkowitego lub częściowego zaniku głowy i szyi kości udowej.

Między najniższym stopniem pojedynczego (poczynającego się) zapalenia stawu biodrowego, a krańcowym, najbardziej niszczącym jego zejściem, o jakim wyżej wspomnieliśmy, mogą być liczne bardzo stopnie pośrednie, a samo się przez się rozumie, że choroba nie koniecznie przez wszystkie potrzebuje przechodzić, lecz że na każdym z nich może się zatrzymać, i przy sprzyjających warunkach przyjść może do poprawy a nawet zupełnego uleczenia.

Poznanie zmian anatomicznych zachodzących w stawie, ocenienie ich tak pod względem jakości jak i obszerności jest zadaniem niezmiernie trudnym, jeżeli zważymy na głębokie położenie i niedostępność dla badania opisywanego przez nas stawu, a tém bardziej jeszcze u dzieci, które nam badanie przedmiotowe utrudniają, i rzadko dostarczają podmiotowych danych mogących posłużyć do rozpoznania choroby.

Ponieważ tedy choroba ta występuje przeważnie w dzieciennym ustroju, ponieważ tylko w początku jest zupełnie uleczalną, a im później tém większe i nieuleczalne sprowadza zmiany w stawie, to ze strony lekarza wymaga ona tém większej baczości, że zaczynać się zwykła objawami bardzo niewyraźnymi, których wczesne ocenienie tylko dla wprawnego i biegłego oka jest możebnym.

Cierpienie stawu biodrowego rzadko występuje w pierwszym roku życia, zwykle napa-da ono dzieci już biegające, między 3im lub 10m rokiem, zatem takie które z jednej strony więcej używają swoich nóg i stawów, z drugiej, więcej okazują doń usposobienia wskutek bardziej nagłego tworzenia się tkanki kostnej, podczas zlewania się z sobą trzech części w skład panewki wchodzących. Często też powodem chorób stawu biodrowego w tym wieku, są swywolne skoki dzieci połączone z częstym upadaniem na pośladki, to znowu siedzenie na zimnej, gołej podłodze, wreszcie zasypianie na wilgotnej ziemi po silnym spoceniu się i t. p. Gdzie takie przyczyny poprzedziły bezpośrednio po nich występujące cierpienie, tam objawia się ono w sposób ostry, i z wyraźnym charakterem traumatycznym lub reumatycznym. W większej jednak liczbie wypadków przyczyna traumatyczna lub reumatyczna nie jest znaną, a na zapalenie stawu zapadają nie tak często dzieci zbytne i ruchawe, ile słabowite, mało ruchawe i pilnie strzeżone. U tych występuje choroba w sposób przewlekły, prawie niedostrzeżona. Tylko przy pilnej uwadze dostrzedz można nader nieznaczną zmianę w chodzie dziecka: rano mianowicie, zaraz po wstaniu z łóżka, jedna jego noga wypoczywa cokolwiek dłużej niż druga; później chód znowu się wyrównywa. Stopniowo chód staje się coraz wyraźniej i trwalej chromiącym (kulejącym) a dziecko doświadcza nieco bólu przy chodzeniu, łatwo się męczy, powłóczy za sobą chorą kończynę, staje się płacziwym i smutnym i nareszcie zaczyna zupełnie wstrzymywać się od chodzenia.

Zmiana w chodzie i ból, mogłyby wprawdzie zwrócić uwagę na rozwijającą się chorobę, lecz na nieszczęście ból rzadko występuje w biodrze, częściej w kolanie, w stawie stopowym w okolicy kostek, a nawet w pięcie. A że przytém ani kolano ani stopa nie przedstawiają nic nienormalnego, a ból podczas spoczynku łagodnieje, to też stan ten (*Stadium prodromorum*) trwa czasami całe tygodnie, zapoznawany i zaniedbywany.

Trzeba dopiero znacznego powiększenia się chromania, lub zaostrzenia bólu aby zażądano interwencji lekarskiej.



Jeżeli wtedy rozebrawszy dziecko zupełnie (aby go ze wszech stron obejrzyć było można) każemy mu przejść przed sobą, to natychmiast poznamy chorą kończynę; tę bowiem przy stąpieniu dziecko zwykle oszczędza na koszt drugiej, zdrowej, którą śmiałej następuje, dłużej na ziemi zatrzymuje i która wyłącznie prawie służyć musi do podtrzymywania ciała. Jeżeli każemy dziecku stanąć, to chora kończyna okaże się nam pozornie skróconą, w stawie biodrowym i kolanowym zgiętą, odwiedzioną (*abductio*) i na zewnątrz wywróconą (*supinatio*). Dziecko pochyła się ku chorą stronę a część lędźwiową kolumny kręgowej trzyma w położeniu mniej więcej wklęsłym. To ostatnie będzie wydatniejsze jeżeli postaramy się ustawić dziecko o ile możności prosto. Spostrzegamy przytém, że kołec przedni górny kości biodrowej strony chorą jest więcej zagłębiony, a cała miednica w stosunku do wygięcia kręgów lędźwiowych jest mniej lub więcej pochyloną ku przodowi;—obok tego znajdujemy pośladek po stronie chorą nieco spłaszczony, mięśnie pośladkowe jakoteż i całą muskulaturę chorą kończyny węższą i chudsza, fałdę pośladkową wyrównaną i zagłębioną.

Z chwilą sprawdzenia tych objawów a mianowicie charakterystycznego położenia i trzymania kolumny kręgowej, miednicy i uda, obecność rozwiniętego zapalenia stawu biodrowego nie ulega wątpliwości.

Rzecz bardziej się jeszcze uwydatni przez badanie w położeniu poziomém, na stole przykrytym tylko lekką kołdrą lub dywanem. Dziecko kładzie się o ile można prosto na grzbiecie, tak, aby głowa spoczywała na cienkiej poduszce, ramiona, grzbiet, pośladki i wyprostowana zdrowa kończyna przylegały do stołu, podczas gdy chora kończyna utrzymywana przez pomocnika, powinna być zupełnie zwolniona. Przy takim ułożeniu, wystąpi w całej zupełności i dokładności opisane wyżej zachowanie się miednicy i uda właściwe opisywanej chorobie tak że nie tylko zgięcie, odwiedzenie i wywrócenie (*flexio, abductio et supinatio*) uda bardzo się uwydatni, ale nadto ich stopień a szczególnie kąt zgięcia uda względem miednicy jawnie wystąpi, i będzie mógł być zmierzonym. Jeżeli w tém położeniu każemy zgięte udo czynnie wyprostowywać, lub skutecznie zechcemy wyprostowanie bierne przez naciskanie do stołu, ustawionego pod kątem uda, to zobaczymy, że ruch ten da się skutecznie nie inaczej, jak z jednoczesnym skrzywieniem ku przodowi (t. j. uniesieniem) części lędźwiowej kolumny kręgowej; dziecko wypukła brzuch i unosi kręgi lędźwiowe od stołu, tak że pod nie rękę podprowadzić można. To wygięcie kolumny kręgowej pozostaje dopóty, dopóki udo przylega do stołu, a gdy to w rzeczonym położeniu zostanie umocowaniem, dziecko w żaden sposób nie jest w stanie opuścić lędźwi;—nie daje się to wykonać i biernie, lecz przychodzi do skutku samo przez się, jak skoro udo będzie przyprowadzonym do pierwotnego stanu zgięcia t. j. uniesionym od stołu. Przy uważnym powtarzaniu tych doświadczeń, łatwo możemy się przekonać, że pozorne wyprostowywanie i zginanie uda polega li tylko na obrotowym ruchu miednicy około jej osi poziomej, podczas gdy staw biodrowy pozostaje nieporuszonym w stałym swoim położeniu.

To samo dzieje się z próbami przywiedzenia (*adductio*). Udaje się wprawdzie w części, odwiedzioną (chorą) kończynę ułożyć równoległe do zdrowej, ale także tylko za pośrednictwem bocznego ruchu miednicy, ; rzeczem kołec kości biodrowej strony chorą nieco się opuszcza jak to ma miejsce podczas chodzenia i stania. Jeżeli zechcemy teraz zwrócić na bok miednicę znowu do prostego przywiesić położenia, tak aby oba kolce biodrowe stanęły na równej wysokości, to będzie możliwym tylko przy powrotnym odwiedzeniu uda.

Ten podwójny ruch miednicy trzeba mieć na uwadze, jeżeli zechcemy porównywać z sobą długość obu kończyn, aby pozornego przedłużenia chorą kończyny, błędnie sobie nie tłumaczyć.

Opisane tu położenie określa z pewnością i charakterystycznie wytworzone już zapalenie stawu biodrowego, przekrwienie, nabrzmienie torebki włóknistomaziowej, wysięk w niej, nabrzmienie tkanki łączno tłuszczowej panewki, więzu okrągłego, z udziałem albo bez udziału samej kości.

Stopień tych zmian anatomicznych da się ocenić, bacząc na nieruchome utrzymywanie kończyny w położeniu zgiętym i odwiedzionym względem miednicy, przyczem odwiedzenie



i wywrócenie na zewnątrz najważniejsze stanowią objawy; dla krótkości przeto stan ten z wszelką słusnością nazwać możemy okresem odwiedzenia (*Stadium abductionis*). Nazwie téj możnaby to tylko zarzucić, że zdarzają się wypadki, gdzie Coxitis nie zaczyna się odwiedzeniem uda, jednak są to wyjątki niemiernie rzadkie, i zaczęcie się choroby w ten sposób, może być przyjęte za prawidło. W każdym razie nazwa ta jest odpowiedniejszą od nazwy Rusta: „Okres przedłużenia”, gdyż przedłużenia kończyny nie rzadko brakuje, a chociaż istnieje ono, zwykle jest pozorném, i sprawioném przez opisane wyżej boczne ruchy miednicy, i w obec ścisłych wymiarów ostać się nie może.

Przyjęcie rzeczywistego przedłużenia, które miałyby powstać skutkiem wypchania główki kości udowej z panewki przez gromadzący się tu wysięk, już z tego względu jest niegruntowaném, że do takiego wypchania potrzebaby znacznej siły; lecz przypuściwszy że i to jest możliwém, ten sposób wypchania nie mógłby sprawić znaczniejszego przedłużenia kończyny, gdyż główka kości udowej mogłaby być wypchaną tylko w kierunku osi szyjki téjże, co w najwyższym razie mogłoby wywołać silniejsze wystąpienie krętarza wielkiego (*trochanter-major*) ale w żadnym razie nie spowodowałoby przedłużenia kończyny. (D. c. n.)

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

### Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 19 do 25 Lutego. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	856	218	268	50	766
„ Śgo Ducha . . . . .	159	39	40	6	152
„ Ewangielickim . . . . .	78	19	11	1	85
„ Śgo Rocha . . . . .	109	27	22	3	111
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	183	—	—	1	182
„ Śgo Łazarza . . . . .	330	58	60	2	326
„ Starozakonnych . . . . .	416	119	113	6	416
Ogółem:	2141	480	514	69	2038

od dnia 26 Lutego do 3 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	766	268	226	37	771
„ Śgo Ducha . . . . .	152	43	26	4	165
„ Ewangielickim . . . . .	85	21	18	4	84
„ Śgo Rocha . . . . .	111	43	42	2	110
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	182	4	2	—	184
„ Śgo Łazarza . . . . .	326	67	78	1	314
„ Starozakonnych . . . . .	416	146	147	8	407
Ogółem:	2038	592	539	56	2035

### Wiadomości bieżące.

— † W Kościanie (w W. Ks. Poznańskim) umarł w z. m. lutym Dr. B o g u s ł a w P a l i c k i (ur. r. 1813) na durzycę (*typhus*), znany powszechnie jako lekarz filantrop i gorliwy orędownik oświaty i dobrobytu ludu. Prócz tego zmarli: Dr. Władysław W y s o c k i w Lublinie, Dr. Anastazy K l o c z e w s k i w Żychlinie, Dr. Ignacy K r a u s s i Dr. Teodor M e a n d r o w w Krakowie, Dr. Teofil K a c z k o w s k i w Komorowie (pod Majdanem). i Dr. F. K. M i k u l i Ń s k i w Lipnie (d. 11 marca b. r.).

— Za Wolskimi rogatkami otwarty został oddział szpitala Starozakonnych na 35 łóżek; powodem do tego było zbyt znaczne nagromadzenie chorych w szpitalu głównym na ulicy Pokornej, z którego właśnie część chorych przewiezioną została do nowo otwartej filii.

— † W tych dniach zmarł w Londynie Dr. William H e r o p a t h w 72 r. życia, znany powszechnie z rozbiorów chemicznych w processach o zabójstwa, przez otrucie, i z tego względu nazywany „ a n g i e l s k i m O r f i l a . ”



— **A k a d e m i a U m i e j ę t n o ś c i w W i e d n i u.** Przyszła nareszcie kolej reform i na Austryę. Stare to państwo, jako spadkobierczyni imienia i sławy imperium rzymskiego, w ciągu kilku wieków przewodniczyło Niemcom w sprawie nauki i oświaty. Na początku XIV wieku (1347) pierwszy założyło na północy Europy Uniwersytet, potem pierwszą Akademię Umiejętności, oddzielną nawet Szkołę dla wykształcenia lekarzy wojskowych (Josephinum) zaprowadziło, ale w końcu upojona dumą, przekonana o swój doskonałości, stanęła w jednej mierze, przed dalszym postępowaniem zasłaniając się murem chińskim. Spokój jednak w sprawie nauki podwójnie był zgubnym: dała się ubiedz sąsiadom z jednej strony, z drugiej, — sama ulegać zaczęła zgniliznie i rozpadowi. Na szczęście jej wypadki z r. 1866 rozbudziły z odurzającego ją letargu. Kiedy skutkiem tego ożywczy wiatr powiał we wszystkich gałęziach państwowego ustroju, i nauka nie pozostała w tyle: kiedy od roku przeszło uniwersytet wiedeński krząta się w sprawie swego odrodzenia, Akademia téż umiejętności, nowém, świeżém żąda zabłyszczyć życiem: członkowie tego naukowego ciała na ogólném posiedzeniu w dniu 30 z. stycznia powzięli zamiar zreorganizowania Akademii, dotąd od założenia w swych podstawach nie ruchomój, a to w celu, aby na wzór Aka. Paryżkiej, jako najwyższe w państwie ciało naukowe, przyjmować mogła w nauce czynny udział i miała prawo inicjatywy we wszystkich kwestjach dotyczących nauki, a obchodzących państwo. Oddzielna Kommissya z łona Akademii ma wypracować nowy statut w tym duchu, aby pracami dokonywanymi zjednać sobie tytuły do poważania w narodzie. Spodziewać się należy, że i nauka lekarska do nowego powołaną tam zostanie życia, które w uniwersytecie przez otwarcie podwoi uczonym różnym szkół, piękne już wydawać zaczęło owoce. Również reorganizują i szkołę lekarską wojskową. Po ukończeniu prac reorganizacyjnych nie omieszkamy zapoznać czytelników z duchem i dążnościami ciała naukowych Austrii o ile one dotyczące będą części lekarskiej.

— † W dniu 25 z. lutego w Wiedniu zmarł na tyfus Dr. Ludwik T ü r e k , dzielny badacz na polu patologii nerwów i jeden z twórców Laryngoskopii. Ta ważna gałąź diagnostyki chorób krtani, w ciągu lat 10ciu (od 1857 r.) była ulubionym przedmiotem prac T ü r e k a , a wydane przez niego dzieło: „*Klinik der Kehlkopfkrankheiten*“, postawiło imię autora obok imion Bozzini, Liston'a, Garcia, Czermak'a, Bruns'a. Akademia umiejętności w Paryżu, oceniając prace T ü r e k a , zaszczyliła go nagrodą Monthyon'a, która na zawsze pozostanie dowodem świetnej jego działalności w dziedzinie laryngoskopii. T ü r e k urodz. w Wiedniu w 1812 r., tamże odbył studia uniwersyteckie, w roku 1837 otrzymał stopień Dra, następnie przez lat 25 był lekarzem w oddziale chorób nerwowych w ogólnym szpitalu wiedeńskim; w Wiedniu także zmarł w 56 r. życia. Ciężka to strata dla nauki lekarskiej i świata lekarskiego, którego rzeczywistą był ozdobą.

— Do numeru 9 „*Przeglądu Lekarskiego*” z d. 29 lutego b. r. dołączony jest nadzwyczajny dodatek, zawierający zarys zasad projektu organizacji służby lekarskiej w Galicyi, wypracowanego przez osobną komisję z łona Towarz. lek. krak. wyznaczoną. W planie organizacji służby zdrowia publicznego zaleceni są: lekarze gminni, komisye zdrowia powiatowe, lekarze powiatowi, rada lekarska krajowa, referent lekarski krajowy. Następnie jest mowa o zmiesieniu stanu t. z. chirurgów i ustanowieniu natomiast klasy t. zw. posługaczy lekarskich. Projekt kończy się propozycją utworzenia izb lekarskich powiatowych w celu przyjęcia rozleglejszego udziału całego stanu lekarskiego i aptekarskiego w kraju w sprawach dotyczących potrzeb tego stanu i higieny publicznej.

---

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Pediatryi ark. 8y, i Akuszeryi ark. 5ty.*

---

Redakcyą Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

**TREŚĆ: Prace oryginalne.** O własnościach optycznych barwnika krwi Przez Prof. *F. Nawrockiego*. — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. *M. L. Hirschfeld*. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. — **Kazuistyka szpitalna.** Sprawozdanie ze szpitala Śgo Władysława w Opocznie za rok 1867. Przez Lekarza szpitala *T. Kieffera*. (Ciąg dalszy). — **Kronika Zagraniczna.** Zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*). Przez Prof. *v. Pitha* w Wiedniu *M. Gruell*. — **Część statystyczna.** Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — **Wiadomości bieżące.** Akademia Umiejętności w Wiedniu. — Szpital za Wolskimi rogatkami. — Projekt organizacyi służby zdrowia w Galicyi. — Dr. *B. Palicki*, *L. Türck* i *W. Heropath*.

## O własnościach optycznych barwnika krwi.

przez *Feliksa Nawrockiego*.

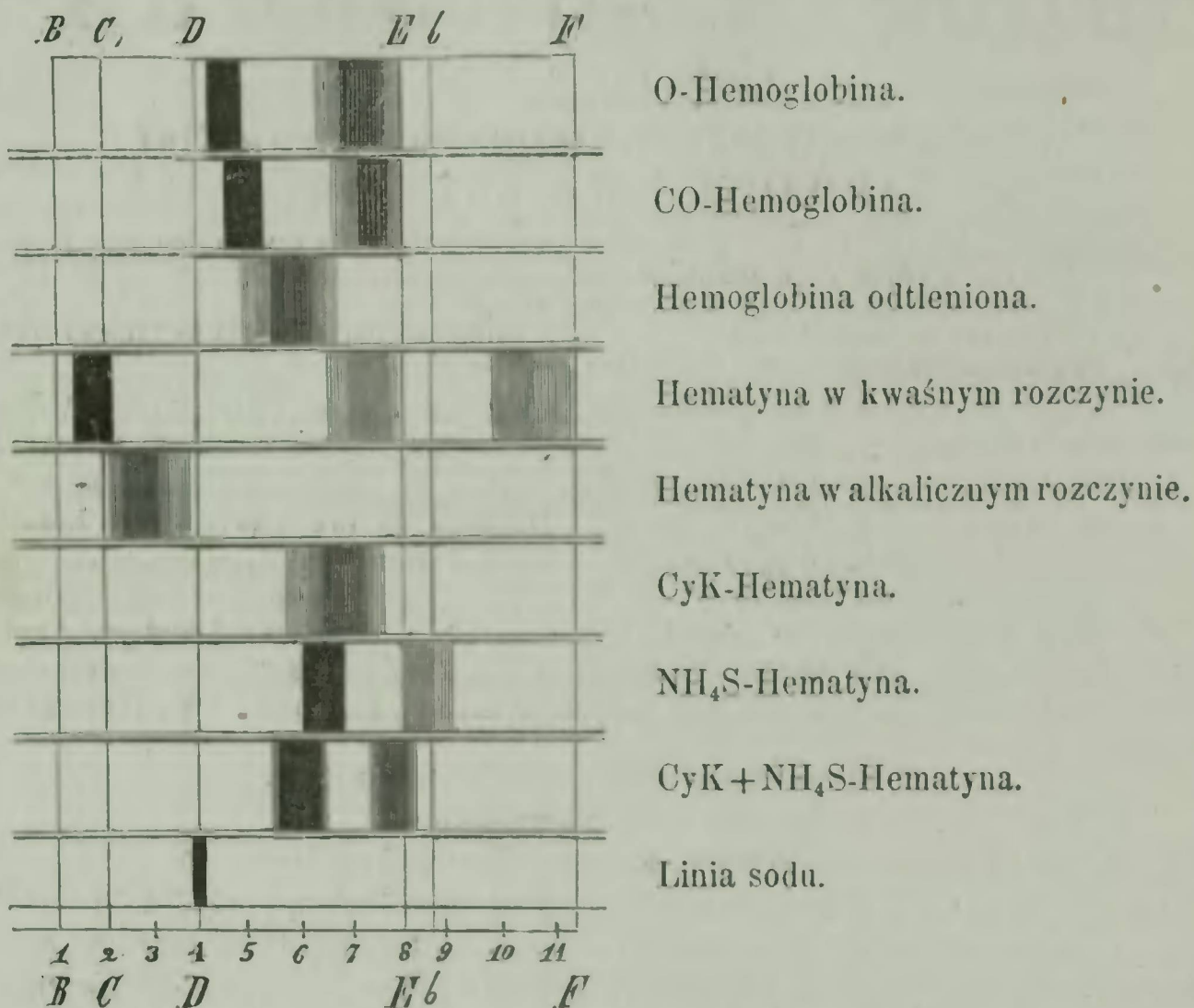
Niektóre barwniki np. Anilina, Karmin, Chlorophyll, Hematyna i t. d.—odznaczają się pewnymi własnościami optycznymi, które mogą posłużyć do wyróżnienia tychże od innych podobnych barwników. — Jeżeli światło, które przeszło przez rozczyń jednego z wymienionych barwników, za pomocą graniasto-słupa (pryzmy), rozszczepimy na siedm kolorów tęczowych, czyli tak zwane widmo, zobaczymy na pewnych miejscach widma paski ciemne, tak zwane prążki absorpcyjne, wykazujące nam, że pewna część promieni światła, została przez barwnik zatrzymana, czyli pochłonięta. Do doświadczeń tego rodzaju posługujemy się zwykle tak zwanym przyrządem widmowym, czyli spektroskopem, podanym przez *Bunse*na i *Kirchoffa*. (Rysunek i opis tego aparatu znajduje się w następujących dziełach: *Chemia rozbiorowa jakościowa* przez *Bogdana Hoffa*. Kraków 1867. pag. 13; *Feliks Hoppe — Seyler, Handbuch der physiologisch und pathologisch-chemischen Analyse. Zweite Auflage. Berlin 1865 pag. 17* i *A. Danilewskiego* przekład ruski tego dzieła. Kazań, 1867. pag. 15).

*Hoppe—Seyler* (*Virchowa Archiv* XXIII. pag. 446) i *Stokes* (*Philosophical Magazine* Vol. 28 pag. 391), pierwsi zwrócili uwagę naszą na prążki absorpcyjne, jakimi się barwnik krwi odznacza.

Ponieważ ta własność barwnika krwi jest ważną nie tylko pod względem fizyologicznym, ale i sądowo-lekarskim, dla tego podajemy w krótkości to, co dotychczas badacze zaobserwowali. Rycinę załączoną wyrysowaliśmy wedle przyrządu widmowego *I. Duboseca* o dwóch pryzmach; ponieważ nasze poszukiwa-



nia głównie odbywaliśmy przy świetle gazowém, na dole podajemy linię sodu, by wskazać, jakie było położenie względne podziałki do widma. (Przyrządy widmowe o jednej przyźmie, dokładnie odrobione, zupełnie wystarczające do podobnych poszukiwań, za umiarkowaną cenę dostarcza *D e s a g a* w Heidelbergu).



Hematyna znajduje się we krwi w połączeniu z Globuliną, jako tak zwana Hemoglobina. Substancję tę wedle znanych metod w kryształach ze krwi wydzielić możemy. Rozczyn Hemoglobiny, lub też krew wodą rozcieńczona, odznacza się, jak *H o p p e-S e y l e r* wykazał, dwoma prążkami absorpcyjnymi między liniami *F r a u e n h o f e r a D i E* leżącymi, pierwsza węższa i ciemniejsza, druga szersza o konturach mniej wyraźnych. Ponieważ te dwa prążki wtedy dobitnie na jaw występują, gdy krew jest tlenem nasycona, nazywamy je podług *H o p p e-S e y l e r a* prążkami Oxyhemoglobiny (O-Hemoglobiny).

Jak *S t o k e s* wykazał, możemy Oxyhemoglobinę odtlenić za pomocą substancji z łatwością się utleniających; jeżeli do roztworu Oxyhemoglobiny dodamy winianu tlenku cyny ammonowego (Do roztworu tlenku cyny, *Stannum chloratum*, *Zinnzalz*, dodajemy tyle kwasu winnego, by po zubożeniu ammoniakiem powstał płyn przezroczysty), lub niewielką ilość siarku ammonowego (*Ammonia sulphurata*), dwa pierwotne prążki złączą się w jeden szeroki prążek odtlenionej, czyli zredukowanej Hemoglobiny, zajmujący miejsce w pierw jasne między dwoma prążkami O-Hemoglobiny. Ponieważ Hemoglobina z łatwością łączy się z tlenem, dla tego klócenie zredukowanego płynu z powietrzem wystarcza, by znów dwa prążki Oxyhemoglobiny na jaw wystąpiły; powtórnie dodany



jeden z wymienionych odczynników na nowo odtlenia Hemoglobinę i t. d.— Jakkolwiek winian tlenkucyny ammonowy, nie tak szybko Hemoglobinę odtlenia, niż siarek ammonowy, to pierwszy odczynnik przedewszystkiem polecamy, dla tego, że jest bezbarwnym, a powtóre, że nawet w wielkim nadmiarze do krwi dodany innego nań wpływu jak redukujący nie wywiera.

Tlenek węgla (CO) wydziela tlen z Hemoglobiny i tworzy tak zwaną CO-Hemoglobinę; prążki absorbcyjne tego związku Hemoglobiny są podobne do prążków Oxyhemoglobiny, tylko leżą nieco dalej ku niebieskiemu końcowi widma. To połączenie tlenku węgla z Hemoglobiną jest tak silne, że go ze krwi wydzielić nie możemy, ani za pomocą pompy pneumatycznej, ani też kłócąc krew z tlenem lub mieszaniną tlenu i tlenku azotu (NO.) (cf. F. N a w r o c k i w Fresenius Zft. f. anal. Chemie II. 1863 pag. 117). L. H e r m a n n (R e i c h e r t a Archiv. 1865 pag. 469) zrobił to ciekawe spostrzeżenie że tlenik azotu (NO<sub>2</sub>) (dodany do krwi bez przystępu powietrza) jest w stanie wydzielić z CO-Hemoglobiny tlenek węgla i z nią się połączyć; to połączenie Hemoglobiny, pokazuje te same prążki absorpcyjne, co Oxyhemoglobina. — Ponieważ połączenie krwi z tlenem węgla, jakie u oczadzonych znachodzimy, jest tak silne, dla tego na CO-Hemoglobinę substancje redukujące żadnego wpływu nie mają. — Własność CO-Hemoglobiny, nie zmieniania swych prążków, po dodaniu winianu tlenku cyny ammonowego, daje nam łatwy sposób odróżnienia jęj od Oxyhemoglobiny (cf. N a w r o c k i. Centralblatt f. med. Wiss. 1867 N. 12 i 13).

Hemoglobina wystawiona na działanie powietrza rozpada zwolna na Hematynę i Globulinę; rozkład ten wraz przychodzi do skutku, jeśli do krwi rozcieńczonej dodamy potaż, sodę lub też kwas jakikolwiek. — Hematyna jest w wodzie nierozpuszczalną; rozpuszcza się zaś w alkaliach i kwasach, tworząc z niemi związki chemiczne.

Hematyna w kwaśnym roztworze (wodnym lub wyskokowym), pokazuje 3 prążki absorpcyjne, jeden przykrywa linię C, drugi leży przed E, a trzeci między b i F; tylko pierwszy prążek jest wyraźnym, dwa ostatnie mało dobitne, zwykle występują jaśniej przy większym rozcieńczeniu płynu badanego. — Najwyraźniej ujrzymy te prążki, jeśli Hematynę rozpuścimy w eterze, zawierającym nieco kwasu octowego lub solnego. Jeżeli do płynu jakiegokolwiek Hematynę zawierającego dodamy kilka kropel stężonego kwasu octowego i podwójną objętość eteru, i tę mieszaninę dobrze ze sobą skłócimy, to eter wydzielając się wolno na powierzchni płynu zabierze ze sobą niemal całą ilość Hematyny.

Hematyna w alkalicznym roztworze odznacza się jednym prążkiem absorpcyjnym, między C i D mało wyraźnym i dopiero przy dość znacznym zgęszczeniu płynu na jaw występującym.

Jeżeli do alkalicznego roztworu Hematyny dodamy siarku ammonowego, płyn zczerwienieje i okaże dwa prążki NH<sub>4</sub>S-Hemoglobiny, jeden ciemny, wyraźny, niemal w środku między D i E, a drugi mniej widoczny od E aż po za b (cf. N a w r o c k i l. c.).

Cyanek potażu łączy się również z Hematyną; ten związek CyK-Hematyny odznacza się jednym prążkiem szerokim, między D i E, podobnym do prążka Hemoglobiny odtlenionej, lecz więcej zbliżonym do końca niebieskiego wid-



ma (cf. N a w r o c k i Centralblatt f. med. Wiss. 1867 Nr. 35). Jeżeli do CyK-Hematyny dodamy siarku ammonowego, lub też nawzajem do  $\text{NH}_4\text{S}$ -Hematyny wlejemy kilka kropel roztworu cyanku potażu, powstaną dwa wyraźne prążki absorpcyjne, podobne do prążków CO-Hemoglobiny, tylko więcej zbliżone do końca niebieskiego widma.

Prążki absorpcyjne  $\text{NH}_4\text{S}$  i  $\text{C}_4\text{K} + \text{NH}_4\text{S}$ -Hemoglobiny są widoczne przy znacznym rozcieńczeniu płynów te związki barwnika zawierających.

O ile opisane własności Hemoglobiny i Hematyny mogą nam posłużyć do wykrycia krwi przy badaniach sądowo-lekarskich, starałem się wykazać w rozprawie znajdującej się w wykazie Szkoły Głównej za zimowe półrocze <sup>1867</sup>/<sub>68</sub> N. 8.

### O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

Częścią Anatomii najbardziej zasługującą na dokładne poznanie stanowią niezaprzeczenie kanały pachwinowy i udowy; one bowiem są powodem jednej z najgroźniejszych chorób rodzaju ludzkiego, to jest przepuklin pachwinowej i udowej, sposób leczenia których zasadza się li tylko na ścisłej znajomości szczegółów anatomicznych, dotyczących ich budowy. Z tej właśnie przyczyny, sądzę, że nie od rzeczy będzie dać choć treściwy opis anatomiczny tych kanałów w piśmie periodycznym lekarskim znajdującym się niezawodnie u wszystkich, pragnących być na wysokości dzisiejszego stanowiska nauki.

Kanały te chociaż znajdują się: jeden w ścianie przedniej brzucha, a drugi na udzie, są jednak w ścisłym stosunku między sobą z powodu ich położenia przy granicy tych głównych odcinków ciała a nadto, że obadwa komunikują z częścią dolną jamy brzusznej, z której jedne i te same narzędzia wystąpić mogą w postaci przepukliny. Ten układ anatomiczny upoważnia nas do zbadania tych kanałów w jednej i tylko okolicy, którą już w Iym tomie naszego dzieła \*) oznaczyliśmy pod nazwą: p a c h w i n o - u d o w é j.

#### Okolica pachwino-udowa (*regio inguino-cruralis*).

W celu zbadania wzajemnego stosunku dwóch kanałów, znajdujących się w jednej i téjże samej okolicy i ze względu na ich ważność przy operacjach przepuklin pachwinowych i udowych, już w wyżej przytoczonym dziele na str. 81 starałem się określić granice okolicy pachwino-udowej i wyłuszczyć powody, dla których uważam ją za przyległość miednicy, (jest częścią pośredniczącą pomiędzy brzuchem i udem). Tak więc okolica ta stanowi odstęp trójkątny (*triangulus inguino-cruralis*), którego brzeg zewnętrzny stanowią: mięsień krawiecki i masa wspólna mięśnia lędźwio-biodro-udowego; brzeg wewnętrzny, mięsień grzebieniowy i część mięśnia ksobnego długiego; wierzchołek jego, znajdujący się na 12—15 centimetr. poniżej fałdu pachwinowego, utworzony jest przez zetknięcie się mięśni: krawieckiego, grzebieniowego i części ksobnego długiego; podstawą zaś jego będzie nie łuk udowy, jak chce Malgaigne, ale linia sztuczna łukowata wklęsłością ku dołu-

\*) Opis układu kostnego i stawowego. Warszawa. 1867 r.



wi obrócona, a rozciągająca się od kolca biodrowego przedniego i górnego do kolca kości łonowej. Linia ta przechodzić powinna nad łukiem, tworząc z nim przestrzeń eliptyczną, która przy największej swój obszerności wynosi 2—3 c. Trójkąt ten, płaski w swój części pachwinowej, gdzie przebity kanałem pachwinowym, jest w stosunku z warstwami następującymi: skórą, powięzią wierzchnią, powięzią mięśnia ksobnego wielkiego, z powięziami mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecznego, między którymi to warstwami przebiegają trzy ważne tętnice, a mianowicie: podskórna Hallera, podbrzuszna przednia i zagięta biodrowa, nakoniec jest także w stosunku do powięzi poprzecznej i otrzewnej. W swój części udowej trójkąt ten zagłębia się ku krętarzowi mniejszemu, stanowiąc dołek b i o d r o w o g r z e b i e n i o w y (*fossa ileo-pectinea*). Dołek ten pokryty jest następującymi warstwami: 1° skórą, 2° powięzią wierzchnią 3° powięzią szeroką uda i 4° przedłużeniem powięzi lędźwio-udowej.

1° Skóra opatrzona jest przy częściach płciowych wewnętrznych włosami i licznymi torebkami łojowymi, a na wysokości łuku udowego, jednym lub dwoma fałdkami równoległymi do tegoż łuku.

2° Powieź wierzchnia czyli podskórna składa się z dwóch dosyć wyraźnych warstw: pierwsza komórkowato-tłuszczowa zawiera w odstępach włóknistych kłębki tłuszczu i przedłuża się do części tej okolicy, która się znajduje nad łukiem udowym, nie przyczepiając się do rzeczonoego łuku; druga warstwa różni się od poprzedzającej nie tylko położeniem głębszem ale także tem, że ma ścisły związek z więzem Pouparta i więzem Gimbernata. Przy żyły udowej warstwa ta staje się grubszą i jest siedliskiem wielkiej ilości tłuszczu, zawierającego gruczoły chłonne powierzchowne. Dwie te warstwy mogą być łatwo oddzielone jedna od drugiej, wyjąwszy na wewnątrz i ku dołowi, gdzie się razem zlewają. Przy ujściu żyły zaskórnjej wewnętrznej oba te listki łączą się również z powięzią szeroką uda za pośrednictwem drobnych naczyń chłonnych, udających się od gruczołów chłonnych powierzchownych do głębszych, jakoteż za pośrednictwem drobnych naczyń krwionośnych, których punktem wyjścia i wejścia są tętnica i żyła udowe.

3° Powieź szeroka uda odznacza się tém, że przyczynia się do utworzenia trzech rodzajów pochew; a) mięśniowych b) naczyń krwionośnych; i c) naczyń limfatycznych, jak to w dalszym ciągu ściślej wykażemy.

4° Powieź biodrowa otacza masę wspólną mięśnia lędźwio-biodro-udowego, i wchodzi w skład pochwy tętnicy i żyły udowej.

Dołek biodro-grzebieniowy zawiera w sobie wielkie naczynia udowe, objęte w pochwą, nerw udowy, odosobniony od naczyń rzeczonych przez koniec dolny mięśnia lędźwio-biodro-udowego i powieź biodro-łonową; obejmuje nakoniec naczynia, i gruczoły chłonne głębokie, które, za więzem Pouparta, do jamy brzusznej przechodzą, lub od niej wracają, tkankę łączną, przerwę napełnioną chłonicami i tkanką łączną zwaną k a n a ł e m udowym.

Nim przystąpimy do szczegółowego opisu kanału pachwinowego i udowego uważam za konieczne zbadać układ anatomiczny rozścięgu mięśnia skośnego wielkiego i łuku udowego, które wchodzi w skład tych kanałów.



A. Rozścięgno mięśnia skośnego wielkiego,

Rozścięgno to, odgrywające rolę ścięgna, jest płaskie, cienkie i ma kształt nieregularnie czworoboczny; jest bowiem szersze u dołu, to jest w części znajdującej się między kolcem biodrowym przednim górnym i smugą białą, zwęża się zaś nieco wyżej i staje się znowu szerszem w swój części górnej, ale zawsze mniej, jak w części dolnej.

Brzeg zewnętrzny tego rozścięgna oznaczony jest linią ząbkowaną półkuliastą (*linea semicircularis*) ze wklęsłością zewnętrzną, rozciągającą się od kolca biodrowego przednio-górnego do końca chrząstki ósmego żebra.

Brzeg wewnętrzny ograniczony jest i ku górze brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego brzucha, a ku dołowi samą smugę białą.

Brzeg górny najwyższy ze wszystkich znajduje się na części dolnej okolicy przedniej klatki piersiowej i służy dosyć często za osadę dla niektórych włókien mięśnia piersiowego wielkiego.

Brzeg dolny najważniejszy ze wszystkich ze względu na stosunki do kanału pachwinowego, odpowiada fałdowi pachwinowemu i rozciąga się od kolca biodrowego przednio-górnego do kolca i spojenia łonowego, gdzie się kończy dwoma odnogami, między którymi znajduje się otwór dolny kanału pachwinowego. Brzeg ten przyczynia się do utworzenia łuku udowego czyli więzu Poupart'a.

**S t o s u n k i.** Rozścięgno mięśnia skośnego wielkiego pokryte jest skórą, którą oddzielają oba listki powięzi wierzchniej, zawierające między sobą naczynia podskórne Hallera; pokrywa ono część ścięgniastą mięśnia skośnego mniejszego. Wchodząc w skład kanału pachwinowego, rozścięgno jest także w stosunku do powrózka nasiennego u mężczyzn, a do więzu okrągłego macicy u niewiast.

**S k ł a d.** Rozścięgno mięśnia skośnego wielkiego składa się z równoległych pęczków włóknistych skierowanych skośnie z góry na dół i z zewnątrz na wewnątrz, jak pęczki mięsiste, których dalszy ciąg stanowią. Pęczki włókniste, ułożone w postaci tasiemek, są przecięte pod kątem prostym, zwłaszcza przy łuku udowym, przez inne włókna mniej więcej wyraźne, opisując nad otworem dolnym kanału pachwinowego rozmaite łuki (*fibrae arciformes* s. *intercolumnares*).

Między pęczkami włóknistymi tego rozścięgna spostrzedz się dają niekiedy przerwy podłużne lub trójkątne w których łatwo poznać można włókna mięsiste mięśnia skośnego mniejszego i dziurki mniej więcej rozwinięte dla przejścia gałązek naczyniowych i nerwowych.

Między tasiemeczkami najbardziej odośobnionymi, o d n o g a m i zwanymi, znajduje się, przy kolcu łonowym, najobszerniejsza z tych przerw, przez którą przechodzi, u mężczyzn powrózek nasienny, a u niewiast wiąz okrągły macicy i to właśnie zowie się o t w o r e m d o l n y m k a n a ł u p a c h w i n o w e g o.

Łuk udowy czyli wiąz Pouparta lub Fallopiusza (*Arcus cruralis seu lig. Pouparti vel lig. Fallopii*).

Pęczek włóknisty ten, który podług pewnej liczby anatomów jest niczem innym jak brzegiem dolnym zgrubiałym rozścięgna mięśnia skośnego wielkiego, jest



rzeczywiście utworzony z włókien właściwych, zlewających się tylko z brzegiem dolnym tego rozścięga.

Łuk udowy odpowiada fałdowi pachwinowemu, gdzie rozciąga się od końca przedniego grzebienia kości biodrowej do trzonu i gałęzi poziomej kości łonowej. Tworzy on rodzaj granicy między brzuchem i kończyną dolną, stanowiąc brzeg przedni obszernego trójkątnego odstepu (trójkąt biodro-łono-pachwinowy), którego brzegiem zewnętrznym jest kość biodrowa, a brzegiem wewnętrznym, kość łonowa. Odstep ten jest miejscem komunikacji jamy brzusznej z kończyną dolną i punktem wyjścia lub wejścia: mięśni, powięzi, naczyń i nerwu.

Wiąz P o u p a r t a poczyna się po największej części od wierzchołka kolca przednio-górnego grzebienia biodrowego i nieco od trzeciej części przedniej wargi wewnętrznej tegoż grzebienia, za pośrednictwem włókien ścięgniastych, płaskich i promienistych, umieszczonych w grubości powięzi biodrowej. Pęczek pojedynczy, spłaszczony z tyłu ku przodowi, na zewnątrz, i zagięty w postaci rynienki na wewnątrz; powstając tym sposobem, udaje się skośnie na dół i na wewnątrz, opisując rodzaj łuku z wypukłością dolną, a przybywszy do dwóch piątych części swego przebiegu, rozdziela się na dwa pęczuski niejednokowej grubości: g r u b s z y, będąc dalszym ciągiem pęczka pierwotnego, kończy się na kolcu łonowym i zachowuje nazwę łuku powierzchownego udowego lub tasiemeczki biodrołonowej (*fasciculus ileo-pubicus, bandelette ileo-pubienne Thompson*). Ta ostatnia, rozszerzając się z tyłu przy kolcu łonowym i krzyżując się w różnych kierunkach z innymi włóknami, stanowi rodzaj więzu spłaszczonego i trójkątnego przybierającego znowu nazwę więzu G i m b e r n a t a, który będzie szczegółowo opisany przy obrączce udowej. Pęczek cieńszy, utworzony z włókien równoległych, udaje się ku tyłowi i na wewnątrz i wraz z powięzią biodrową, w którą wnika, przyczepia się na guziku biodro-łonowym i na grzebieniu kości łonowej, stanowiąc tasiemeczkę biodrogrzebieniową (*bandelette ileo-pectinée, Thompson'a, fasciculus ileo-pectineus*). Prof. R i c h e t oznacza ją nazwą łuku udowego głębokiego. Tasiemeczka ta wraz z powięzią biodrową, wchodząc w skład przegrody włóknistej, rozdziela wielką przerwę biodro-łono-pachwinową na dwie podrzędne przerwy: zewnętrzną i wewnętrzną. P i e r w s z a m i e ś n i o w a (*lacuna musculorum*), ma kształt owalny, i ograniczona jest ku górze pniem łuku udowego, na wewnątrz, tasiemeczką biodro-grzebieniową, ku dołowi i na zewnątrz brzegiem przednim kości biodrowej. Służy ona dla przejścia masy wspólnej mięśnia lędźwio-biodro-udowego i nerwu udowego. D r u g a p r z e r w a, n a c z y n i o w a (*lacuna vasorum*), mniejsza, trójkątna, utworzona ku górze z tasiemeczki biodrołonowej, na wewnątrz z więzu G i m b e r n a t a, na zewnątrz z tasiemeczki biodro-grzebieniowej, połączonej z pochwą włóknistą mięśnia lędźwio-biodro-udowego. Przez ten właśnie otwór przechodzą naczynia udowe i naczynia chłonne, i on to stanowi tak zwany kanał udowy.

Co do prawdziwego kierunku łuku udowego, jest on więcej skośny ku dołowi i na zewnątrz niż na wewnątrz, co zależy od nateżenia części zewnętrznej tego łuku przez powięź szeroką uda, która mocno jest do niej przytwierdzona;



oddzielając bowiem tę powięź od łuku udowego, za pomocą cięcia, ten ostatni wyprostuje się, stając się luźnym; z tego właśnie powodu S c a r p a radzi, w celu usunięcia uwięźnienia, nacinać powięź równoległe do łuku udowego.

S t o s u n e k. Brzeg górny więzu P o u p a r t a zlewa się zrozściętnem mięśnia skośnego wielkiego, którego włókna dolne, krzyżując się z nim pod kątem bardzo ostrym, przyczyniają się do wzmocnienia tego więzu. Brzeg dolny łączy się z powięzią szeroką uda i ściślej na zewnątrz jak na wewnątrz. Powierzchnia przednia, nieco wypukła, jest osadą listka głębokiego powięzi wierzchniej. Powierzchnia tylna, płaska, zlewa się: na zewnątrz z powięzią biodrową, a na wewnątrz z powięzią poprzeczną. Pomiędzy dwoma powierzchniami tego więzu znajduje się, szczególnie na wewnątrz mięśnia biodro-łędźwio-udowego, rowek z wklęsłością górną, w którym przyczepiają się, na zewnątrz i na wewnątrz, niektóre włókna ścięgniste mięśni skośnego małego i poprzecznego brzucha, a w środku, rowek ten przyczynia się do utworzenia kanału pachwinowego. Nad łukiem udowym i na wewnątrz znajduje się wyjście czyli otwór dolny kanału pachwinowego; nieco niżej, więcej na zewnątrz i kutyłowi spostrzedz się daje wejście czyli otwór górny kanału udowego. Oba te kanały, z przyczyny ich ważności, będą oddzielnie i szczegółowo opisane. (D. c. n.)

## KAZUISTYKA SZPITALNA.

Sprawozdanie ze Szpitala Sgo Władysława w Opocznie za rok 1867.

Przez Lekarza Szpitala T. Kieflera.

(Ciąg dalszy). <sup>1)</sup>

12) P r ó c h n i e n i e k o ś c i s k o k o w é j , s z e ś c i e n n é j i ł ó d k o w a t é j (*caries oss. astragali, cuboidei et navicularis*). Józef Ar...., gospodarz rolny, w wieku lat 26, od lat 4ch chory, przybył do szpitala d. 11 września, wyniszczony. Stopa prawa cała w dwójnasób powiększona, z powodu zwiększonej objętości kości w skład jej wchodzących. Strona jej zewnętrzna, wewnętrzna i powierzchnia grzbietowa ośm otworów przedstawiały; z jednych wysącza się płyn brudno-szary, z drugich posokowaty, cuchnący. Zgłębnik zaprowadzony wszędzie wyczuwa nierówności chropowate, twarde; w niektórych miejscach zgłębnik głęboko w kości wdrażał, dając wrażenie kości miększej, dolne końce obu kości goleniowych również zgrubiały mocno; tym sposobem okazały się zajęte kości sześcienna, łódkowata, skokowa, dolne końce obu kości goleni. Płyn wstrzykiwany w jeden z otworów na stronie wewnętrznej stopy, wychodził przez otwory znajdujące się na stronie zewnętrznej. Bóle dotkliwe odbierały sen choremu, apetyt, wyczerpały siły. Wykonałem amputacją goleni powyżej kostek z płatem tylnym. Po 48 godzinach nastąpiło zgojenie odrażne (*per primam intentionem*). Operowany w krótkim czasie szpital opuścił.

13) P r ó c h n i e n i e k o ś c i s z e ś c i e n n é j i ł ó d k o w a t é j (*caries ossis cuboidei et navicularis*). Michał Ow....., 30-letni parobek, od 2ch lat chory, przybył w dniu 19 października do szpitala. Stopa lewa obrzmiała,

<sup>1)</sup> Patrz Nr. 34 Gazety Lekarskiej, 1868. Tom IV.



na stronie zewnętrznej i wewnętrznej przedstawia parę otworów, z których płyn posokowaty, cuchnący się sączy. Zgłębnik zaprowadzony w otwory trafia na głębokie luki w kościach sześcienną i łódkowatą; wyczuwa chropowatości i nierówności. Kości przedniej połowy stopy rozdęte, skóra zaczerwieniona, chełbotanie; po zrobionych cięciach, zgłębnik również napotkał próchnienie tych kości. Chory gorączkuje, na siłach opada, wychudły, noce bezsenne z powodu bólów przepędza. W dniu 28 t. m. wykonaną została amputacja połowy stopy *C h o p a r t o w s k a*. Na trzeci dzień przy zdjęciu opatrunku znalazłem zagojenie odrażne. Ligaturki odeszły w d. 7 listopada, pacjent wkrótce mógł być wypuszczony jako zdrowy ze szpitala, lecz około 15 t. m. goleń kończyny operowanej zaczęła obrzmiewać, następnie udo. W kilka dni na stronie wewnętrznej i przedniej uda w górnej jego części, uwydatniać się począł ropień (*abscessus*), doszedł do wielkości pięści; po cięciu głębokiem wyplętnęło dużo ropy; następnie uformował się drugi ropień w dolnej  $\frac{1}{3}$  goleni, następnie trzeci w  $\frac{1}{3}$  górnej goleni. Chory pozostaje dotąd w szpitalu, ropień nowy się tworzy, stopa operowana zupełnie zagojona. Stan ogólny zadawalniający.

14) *O p a r z e n i e (ambustio)*. Jan U..., 48-letni, węglarz, przybył do szpitala d. 5go po wypadku. Przy wypalaniu węgla miał zasnąć, ogień pomknął ku niemu jakoby po trawie; zapewne był opojony. Wygląd i stan jego rozpaczny: cała czaszka, cała twarz okryte jednym czarnym strupem, powieki przedstawiają powierzchnie ropiejące; w kilku miejscach na twarzy strupy odeszły, pozostawiwszy głębokie owrzodzenia, twarz monstrualnie obrzmiała. Dalej cała kończyna lewa górna, czarnym strupem okryta, powierzchnia grzbietowa ręki owrzodzona, ścięgna mięśni wyprostnych odkryte, obnażone. Okolica pachowa lewa i cały bok lewy przedstawiają powierzchnie ropiejące. Ropa brudna, płynna bardzo, nadzwyczaj cuchnąca ze wszystkich owrzodzeń obficie się wydziela. Chory niezupełnie przytomny, bredzi. Dnia 26go grudnia, zgorzeliną dotknięta skóra wszędzie odeszła, po usunięciu strupów ropienie bardzo obfite, brodawkowanie blade, mało ożywione. W dniu 1 stycznia chory znów zaczął bredzić, zapadł w śpiączkę, w dniu 3cim zmarł.

15) *R a n a z g o r z e l i n o w a p a l u c h a (vulnus policis cum gangraena)*. Łukasz H..., karbowy 66 lat liczący, w dniu 18 grudnia przybył do szpitala. Przed tygodniem przy obłudze około sieczkarni, paluch lewej ręki przez takową chwyconym i zmiażdżonym został. Przedstawił mi paluch cały zgorzelą dotknięty, staw między paluchem a kością odpowiednią śródrečzną otwartą, kość tę w części ogołoconą z okostnej również w części zgorzelinę przedstawiającą, skórę na niej zniszczoną. Znieczuliwszy za pomocą przyrządu Richardson'a miejsce odpowiednie, wyluszczyłem ze stawu nadgarstkowego kość śródrečzną i usunąłem ją wraz z odpowiednim jęj paluchem. Podczas podwiązywania arteryi znalazłem takową dotkniętą processem miażdżakowym (atheromatycznym). Arteria została w odpowiedni swemu stanowi sposób podwiązana. Chory ten pozostaje do dziś w szpitalu jako konwalescent, zabliźnienie już jest prawie zupełne.



16) R a n y p r z e d r a m i o n (*vulnera antibiachiorum*). Szczepan W..., 50-letni, pastuch wiejski, w dniu 19 grudnia przybył do szpitala, od 2ch dni w domu opatrywany, w stanie godnym pożałowania. Kończyna górna prawa chwyconą została pod noże w sieczkarni, chcąc ją ratować drugą kończynę rzucił na pomoc pierwszej. Otóż jak się przedstawił w szpitalu. Ręka prawa odcięta od przedramienia w stawie nadgarstkoręcznym, kości nadgarstka jedne pozostały przy przedramieniu, inne przy odciętej ręce. Kończyna górna lewa w przedramieniu w połowie tegoż ma obie kości złamane, pocięte, skórę podartą, kawałki kości przedramienia na kawałkach skóry się trzymają, ręka zaś w stawie nadgarstko-ręcznym bardzo równo odcięta od przedramienia, kości nadgarstka jedne przy przedramieniu, inne przy obciętej pozostały ręce. Chory bez rąk właściwych, z jednym przedramieniem pociętym. Krwotoku w czasie gdy zobaczył chorego niebyło, ale przez czas pobytu jego w domu miał być obfity. Wykonałem amputacyą na jednym przedramieniu w  $\frac{1}{3}$  górnej tegoż, na drugim w  $\frac{1}{4}$  dolnej metodą płatową mieszaną. Na trzeci dzień po operacyi język suchy, temperatura  $40^{\circ}\text{C}$ , chory senny; na kończynie lewej po stronie zewnętrznej pęcherze się potworzyły, płynem czerwonym wypełnione, wydzielina rany płynna, brudna; na prawej kończynie rana blada. Chory szybko chudnie, oczy zapadnięte, głos słaby, stłumiony. Dnia 26go z lewej kończyny ropa po prostu płynie tak jest rzadką a obfitą. Dnia 28go nowe pęcherze się tworzą. Przez dni następnych parę sił coraz mniej, śpiączka, ropa nie dobra, ropienie obfite.

W dniu 31 grudnia operowany zmarł.

Ze wszystkich operowanych ten jeden wypadek tylko zakończył się śmiertelnie.

17) R a n a k r o c z a i c e w k i m o c z o w é j (*vulnus perinaei et urethrae*). W dniu 23 września przybył do szpitala Wojciech L..., włościanin wieku lat 30, z raną krocza przed kilkunastu godzinami otrzymaną przez uderzenie rogiem jelenia w zwierzyńcu trzymanego. Zwierzę rozdrażnione uderzyło go bardzo silnie, padł nieprzytomny pod gwałtownym ciosem. Gruczoł przyprątny (*prostata*), przedstawiał się mocno obrzmiałym, wypuklił krocze. W środkowej części krocza rana długości 2 cent., szeroka na  $\frac{1}{2}$  cent. Palec mały ostrożnie wprowadzony wyczuł koniec kateteru zaprowadzonego przez prącie. Przez ranę wyciekała krew. Stolec i mocz od kilkunastu godzin zatrzymane t. j. od chwili wypadku, pozywianie na mocz bardzo silne. Pęcherz rozdęty dochodzi do pępka. Dolna część brzucha bardzo bolesna, chory nie znosi najmniejszego dotknięcia, koszula nawet swym ciężarem robi mu ból dotkliwy. Całe międzykrocze również bolesne, chory z twarzą czerwoną, leży wyleknięty, temperatura ciała około  $40^{\circ}\text{C}$ , puls twardy, prędko, uderza 130 razy na minutę. Zaprowadzenie kateteru po za miejsce przedziurawionej cewki moczowej było bardzo trudne. Kauczukowy nie dał się wprowadzić, metalowy próbowałem przez prącie założyć, próba jednak nie miała tą razą pomyślnego rezultatu, przez ranę również wprowadzenie nie było możliwe. Powróciłem znów do założenia go przez prącie. W części międzykroczonej (*portio perinealis urethrae*) wyraźną czuć było przeszkodę nie do pokonania. Po kilku godzinach, zaleciwszy poprzednio



10 pijawek na śródkrocze i tyleż na część dolną brzucha, oraz podawszy dozę wypróżniającą kalomelu, przystąpiłem znowu do założenia kateteru; przy powolnej i ostrożnej manipulacyi udało się w końcu takowy wprowadzić, moczu mocno krwią zabarwionego odeszła ilość bardzo znaczna.

W dniu 24 puls 130, gorączka wielka, język suchy, chory niespokojny, brzuch b. bolesny, wypróżnienia nie było. Pijawek sztuk 10 powtórnie na okolicę dolną brzucha przystawić, oraz kąpiel siedzeniową, podtrzymując chorego by się biernie, najspokojniej zachował, zaleciłem, podawszy przytem po 2 gr. kalomelu co 2 godziny naprzemian z mieszanką oliwną. Do wieczora stolca nie było, brzuch wzdęty, lewatywy wypróżnienia nie sprowadziły. Podano 6 gr. kalomelu a w parę godzin dwie łyżki oleju rącznikowego.

W dniu 25 rano parę wypróżnień obfitych, łajnowatych, język po bokach trochę wilgotny, chory spokojniejszy, przestał jęczeć. Okolica podbrzusza ciągle jednakowo bardzo bolesna. Zalecono maść merkuryalną na płótno rozsmarowaną przyłożyć, kataplazm, dwa razy dniem kąpiel, do wewnątrz mieszankę z oleju kleszczowinowego. Mocz odchodzi wraz z krwią przez ranę krocza.

Do 30 t. m. mocz odchodził mocno krwią zabarwiony, dolna część brzucha ciągle była bolesną, stan groźny.

Przy kąpielach, ostrożnych wcieraniach maści rtęciowej w krocze, do dnia 8 października, objętość gruczoła krokowego o tyle zmniejszoną została, iż zaprowadzenie kateteru stało się łatwiejszém.

Do dnia 30 października miał ciągle założony kateter. Stan ogólny i miejscowy w tym przeciągu czasu poprawił się zupełnie. Chory przyszedł do apetytu, odzyskał siły.

W dniu 8 listopada po zarośnięciu zupełném przetoki cewki moczowej i zabliznieniu krocza, chory szpital opuścił zupełnie wyleczony.

Z w y p a d k ó w t e r a p e u t y c z n y c h, parę zasługuje na szczególną uwagę, wzmiankę choć pobieżną o takowych zamieszczam :

18) K a m i e a ż ó ł c i o w a (*cholelithiasis*). Ignacy G..., lat 36, podoficer ziemskiej straży, od pół roku cierpiący na ból wielki, ograniczony, umiejscowiony w górnej i prawej części brzucha, przybył do szpitala dnia 8 czerwca. Skóra koloru żółtego, białkówka oka barwy mocnej żółtej. Wątroby brzeg dolny pod łukiem żebrowym wyczuć się daje jako twardy, zaokrąglony. Ból występuje, na który szuka pomocy, bardzo gwałtownie. Pijak nałogowy. Przez czas bytności w szpitalu, to jest do dnia 28go lipca miał napadów bóli 4ry i trzeci z porządku najgwałtowniejszy: chory wyczerpany na siłach po okropnych bólach, zapadł w bredzenie, konwulsye, blizkim był śmierci.

Nieprzewidziany, gwałtownie od razu występujący ból, trwanie tegoż przez kilka godzin (od 8—12), a potem raptowne jego zniknięcie, jego umiejscowienie, womity towarzyszące bólowi, żółtaczka, ponowienie bólów, upewniło mnie w rozpoznaniu. Jakoż dwukrotnie w stolcach odszukane zostały kamyki żółciowe wielkości grochu fasolowego, co zresztą jak wiadomo, niezawsze bywa. Ból za



wsze występował w prawém podżebrzu, ztąd szedł do krzyża, ramienia i szyi. — Chory skarżył się na tęsknotę, był niespokojnym, opanowywała go ciężka duszność, nudności, wymioty płynne, śluzowe. Wyszedł zdrów, czy wyleczony nie wiadomo.

Podczas napadów podawano choremu większe dawki makowca, wsadzono w kąpiel ciepłą na czas dłuższy. Podczas najgwałtowniejszego napadu, wrznięciem w miejscu bólu wywołałem pęcherz, zastosowawszy nadto na miejsce pozbawione naskórka morfinę. *Natrum carbonicum* przez cały czas pobytu używał, nie miałem nadziei, by kroplami *D u r a n d a* proponowanemi w tych razach można kamienie rozpuścić. (Dok. nast.)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Zapalenie stawu biodrowego (coxitis).

przez Prof. v. P i t h a w Wiedniu (Wiener Med. Wochenschrift

Nr. 1—8—1867 r.).

Staw biodrowy, podobnie jak każdy inny, ulegać może processom zapalnym tak traumatycznego pochodzenia jakotóż i specyficznego natury. Czysto traumatyczne zapalenie tego stawu, z powodu głębokiego jego położenia jest stosunkowo rzadkiem, tak, że dotykać go mogą tylko cięższe obrażenia i stłuczenia okolicy biodrowej. Większy już wpływ na ten staw, wywierają czynne mechaniczne wysilenia przy chodzeniu, skakaniu, bieganiu, gimnastyce, i t. p. Zapalenie wywołane przez tego rodzaju mechaniczne bodźce, napada przedewszystkiem ludzi dorosłych a osobliwie z klasy robotniczej, a przebiegając, u indywidualów zkadinał zdrowych, bez wszelkich zakładeń, czyni rokowanie stosunkowo najlepszym.

Gorszemi pod względem rokowania są zapalenia reumatyczne, artrytyczne, syfilityczne, gruźlicze, a nadewszystko przerzutowe (ropnicowe, połogowe) exantematyczne, których bliższy opis należy do patologii wewnętrznej. Najczęstszym jednak, a zarazem najważniejszym, jest tak zwane zapalenie skrofaliczne (*Coxitis scrophulosa*), występujące prawie wyłącznie w wieku dziecięcym i znane pod nazwą: *Coxalgia*, *Coxarthrocace*. Organizm dziecięcy okazuje szczególne do cierpień stawu biodrowego usposobienie, co przypisać należy z jednej strony nieukończonemu jeszcze wykształceniu stawu oraz zwiększonemu unaczynieniu i soczystości tkanek, z drugiej, — żywości ruchów dziecięcych.

Przytaczany oddawna związek zapalenia stawu biodrowego u dzieci z zakażeniem skrofalicznym, niemoże być wprawdzie rozciągnięty do wszystkich wypadków, gdyż cierpienie to, występuje niezaprzeczenie i u takich dzieci, które nie przedstawiają ani śladu takowego zakażenia; przecież wypadki takie są rzadkie, i zawsze możemy w nich wykryć zewnętrzną przyczynę miejscowego cierpienia; podczas gdy cierpienie to u dzieci z wyraźnym skrofalicznym wyglądem (*habitus*) nietylko że występuje nierównie częściej, ale zawsze samowolnie (*modo spontaneo*), t. j., bez wyraźnej zewnętrznej przyczyny. To też zaprzeczanie wpływu skrofalicznych (i gruźlicy) na powstanie i przebieg zapalenia stawu biodrowego u dzieci, byłoby mięczem zwróconym przeciw codziennemu doświadczeniu, i próżną grą słów, w którą nie chcemy się wdawać. Podnosimy tu tylko kwestyę konstytucjonalnego usposobienia niektórych dzieci do tego cierpienia, czego nie można mięszać z ogólną dziecięcą skłonnością do chorób.

Zapalenie stawu biodrowego poczyna się zwykle z błony maziowej (mebr. synovialis) i niekiedy na niej się tylko ogranicza; łatwo jednak, szczególnie przy dłuższym trwaniu przechodzi na inne tkanki. Rzadziej zaczyna się process zapalny w końcach stawowych kości, główce stawowej lub panewce. Według *B r o d i e'go* i *B a u e r'a* najczęstszym punktem wyjścia cierpienia, ma być więz okrągły (lig. teres), czemu znowu *Barwell* stanowczo zaprzecza. Bo też w praktyce, na żywym, prawie niepodobna tych szczegółów



z dokładnością rozpoznać. Gdziekolwiek zresztą choroba wzięła początek, przy stopniowym jej rozwoju, zwolna cały staw zostaje sprawą chorobową zajęty.

Pojedyncze zapalenie błony maziowej (*Synovitis*) z wysiękiem surowiczym albo surowiczo-plastycznym może się ograniczyć na tej tylko błonie. Przy wysięku ropnym, cierpią już okrywy chrzęstne końców stawowych kości, a nawet i te ostatnie; chrząstka nasiąka surowicą, mętnieje, staje się włóknistą, zostaje uniesioną w górę przez leżące pod nią a granulujące powierzchnie kostne, wreszcie przez ucisk i pochłanianie bywa doprowadzoną do zaniku; tkanka gąbczasta kości ze swjej strony nasiąka wysiękiem krwisto-surowiczym lub ropnym, mięknie, kruszeje i t. d. To gąbczaste zapalenie kości (*caries*) może zajmować tak główkę i szyję kości udowej jakoteż i panewkę, lub obie te części jednocześnie, i niszczyć je mniej lub więcej; aż do przedziurawienia panewki i całkowitego lub częściowego zaniku głowy i szyi kości udowej.

Między najniższym stopniem pojedynczego (poczynającego się) zapalenia stawu biodrowego, a krańcowym, najbardziej niszczącym jego zejściem, o jakim wyżej wspomnieliśmy, mogą być liczne bardzo stopnie pośrednie, a samo się przez się rozumie, że choroba nie koniecznie przez wszystkie potrzebuje przechodzić, lecz że na każdym z nich może się zatrzymać, i przy sprzyjających warunkach przyjść może do poprawy a nawet zupełnego uleczenia.

Poznanie zmian anatomicznych zachodzących w stawie, ocenienie ich tak pod względem jakości jak i obszerności jest zadaniem niezmiernie trudnym, jeżeli zważymy na głębokie położenie i niedostępność dla badania opisywanego przez nas stawu, a tém bardziej jeszcze u dzieci, które nam badanie przedmiotowe utrudniają, i rzadko dostarczają podmiotowych danych mogących posłużyć do rozpoznania choroby.

Ponieważ tedy choroba ta występuje przeważnie w dzieciennym ustroju, ponieważ tylko w początku jest zupełnie uleczalną, a im później tém większe i nieuleczalne sprowadza zmiany w stawie, to ze strony lekarza wymaga ona tém większej baczości, że zaczynać się zwykła objawami bardzo niewyraźnymi, których wczesne ocenienie tylko dla wprawnego i biegłego oka jest możebnym.

Cierpienie stawu biodrowego rzadko występuje w pierwszym roku życia, zwykle napa-da ono dzieci już biegające, między 3im lub 10m rokiem, zatem takie które z jednej strony więcej używają swoich nóg i stawów, z drugiej, więcej okazują doń usposobienia wskutek bardziej nagłego tworzenia się tkanki kostnej, podczas zlewania się z sobą trzech części w skład panewki wchodzących. Często też powodem chorób stawu biodrowego w tym wieku, są swywolne skoki dzieci połączone z częstym upadaniem na pośladki, to znowu siedzenie na zimnej, gołej podłodze, wreszcie zasypianie na wilgotnej ziemi po silnym spoceniu się i t. p. Gdzie takie przyczyny poprzedziły bezpośrednio po nich występujące cierpienie, tam objawia się ono w sposób ostry, i z wyraźnym charakterem traumatycznym lub reumatycznym. W większej jednak liczbie wypadków przyczyna traumatyczna lub reumatyczna nie jest znaną, a na zapalenie stawu zapadają nie tak często dzieci zbytne i ruchawe, ile słabowite, mało ruchawe i pilnie strzeżone. U tych występuje choroba w sposób przewlekły, prawie niedostrzeżona. Tylko przy pilnej uwadze dostrzedz można nader nieznaczną zmianę w chodzie dziecka: rano mianowicie, zaraz po wstaniu z łóżka, jedna jego noga wypoczywa cokolwiek dłużej niż druga; później chód znowu się wyrównywa. Stopniowo chód staje się coraz wyraźniej i trwalej chromiącym (kulejącym) a dziecko doświadcza nieco bólu przy chodzeniu, łatwo się męczy, powłóczy za sobą chorą kończynę, staje się płacziwym i smutnym i nareszcie zaczyna zupełnie wstrzymywać się od chodzenia.

Zmiana w chodzie i ból, mogłyby wprawdzie zwrócić uwagę na rozwijającą się chorobę, lecz na nieszczęście ból rzadko występuje w biodrze, częściej w kolanie, w stawie stopowym w okolicy kostek, a nawet w pięcie. A że przytém ani kolano ani stopa nie przedstawiają nic nienormalnego, a ból podczas spoczynku łagodnieje, to też stan ten (*Stadium prodromorum*) trwa czasami całe tygodnie, zapoznawany i zaniedbywany.

Trzeba dopiero znacznego powiększenia się chromania, lub zaostrzenia bólu aby zażądano interwencji lekarskiej.



Jeżeli wtedy rozebrawszy dziecko zupełnie (aby go ze wszech stron obejrzyć było można) każemy mu przejść przed sobą, to natychmiast poznamy chorą kończynę; tę bowiem przy stąpieniu dziecko zwykle oszczędza na koszt drugiej, zdrowej, którą śmiałej następuje, dłużej na ziemi zatrzymuje i która wyłącznie prawie służyć musi do podtrzymywania ciała. Jeżeli każemy dziecku stanąć, to chora kończyna okaże się nam pozornie skróconą, w stawie biodrowym i kolanowym zgiętą, odwiedzioną (*abductio*) i na zewnątrz wywróconą (*supinatio*). Dziecko pochyła się ku chorą stronę a część lędźwiową kolumny kręgową trzyma w położeniu mniej więcej wklęsłym. To ostatnie będzie wydatniejsze jeżeli postaramy się ustawić dziecko o ile możności prosto. Spostrzegamy przytém, że kołec przedni górny kości biodrowej strony chorą jest więcej zagłębiony, a cała miednica w stosunku do wygięcia kręgów lędźwiowych jest mniej lub więcej pochyloną ku przodowi;—obok tego znajdujemy pośladek po stronie chorą nieco spłaszczony, mięśnie pośladkowe jakoteż i całą muskulaturę chorą kończyny węższą i chudsza, fałdę pośladkową wyrównaną i zagłębioną.

Z chwilą sprawdzenia tych objawów a mianowicie charakterystycznego położenia i trzymania kolumny kręgową, miednicy i uda, obecność rozwiniętego zapalenia stawu biodrowego nie ulega wątpliwości.

Rzecz bardziej się jeszcze uwydatni przez badanie w położeniu poziomém, na stole przykrytym tylko lekką kołdrą lub dywanem. Dziecko kładzie się o ile można prosto na grzbiecie, tak, aby głowa spoczywała na cienkiej poduszce, ramiona, grzbiet, pośladki i wyprostowana zdrowa kończyna przylegały do stołu, podczas gdy chora kończyna utrzymywana przez pomocnika, powinna być zupełnie zwolniona. Przy takim ułożeniu, wystąpi w całej zupełności i dokładności opisane wyżej zachowanie się miednicy i uda właściwe opisywanej chorobie tak że nie tylko zgięcie, odwiedzenie i wywrócenie (*flexio, abductio et supinatio*) uda bardzo się uwydatni, ale nadto ich stopień a szczególnie kąt zgięcia uda względem miednicy jawnie wystąpi, i będzie mógł być zmierzonym. Jeżeli w tém położeniu każemy zgięte udo czynnie wyprostowywać, lub skutecznie zechcemy wyprostowanie bierne przez naciskanie do stołu, ustawionego pod kątem uda, to zobaczymy, że ruch ten da się skutecznie nie inaczej, jak z jednoczesnym skrzywieniem ku przodowi (t. j. uniesieniem) części lędźwiowej kolumny kręgową; dziecko wypukła brzuch i unosi kręgi lędźwiowe od stołu, tak że pod nie rękę podprowadzić można. To wygięcie kolumny kręgową pozostaje dopóty, dopóki udo przylega do stołu, a gdy to w rzeczonym położeniu zostanie umocowanym, dziecko w żaden sposób nie jest w stanie opuścić lędźwi;—nie daje się to wykonać i biernie, lecz przychodzi do skutku samo przez się, jak skoro udo będzie przyprowadzonym do pierwotnego stanu zgięcia t. j. uniesionym od stołu. Przy uważnym powtarzaniu tych doświadczeń, łatwo możemy się przekonać, że pozorne wyprostowywanie i zginanie uda polega li tylko na obrotowym ruchu miednicy około jej osi poziomej, podczas gdy staw biodrowy pozostaje nieporuszonym w stałym swoim położeniu.

To samo dzieje się z próbami przywiedzenia (*adductio*). Udaje się wprawdzie w części, odwiedzioną (chorą) kończynę ułożyć równolegle do zdrowej, ale także tylko za pośrednictwem bocznego ruchu miednicy, ; rzeczem kołec kości biodrowej strony chorą nieco się opuszcza jak to ma miejsce podczas chodzenia i stania. Jeżeli zechcemy teraz zwrócić na bok miednicę znowu do prostego przywiesić położenia, tak aby oba kolce biodrowe stanęły na równej wysokości, to będzie możliwym tylko przy powrotnym odwiedzeniu uda.

Ten podwójny ruch miednicy trzeba mieć na uwadze, jeżeli zechcemy porównywać z sobą długość obu kończyn, aby pozornego przedłużenia chorą kończyny, błędnie sobie nie tłumaczyć.

Opisane tu położenie określa z pewnością i charakterystycznie wytworzone już zapalenie stawu biodrowego, przekrwienie, nabrzmienie torebki włóknistomaziowej, wysięk w niej, nabrzmienie tkanki łączno tłuszczowej panewki, więzcu okrągłego, z udziałem albo bez udziału samej kości.

Stopień tych zmian anatomicznych da się ocenić, bacząc na nieruchome utrzymywanie kończyny w położeniu zgiętym i odwiedzionym względem miednicy, przyczem odwiedzenie



i wywrócenie na zewnątrz najważniejsze stanowią objawy; dla krótkości przeto stan ten z wszelką słusnością nazwać możemy okresem odwiedzenia (*Stadium abductionis*). Nazwie téj możnaby to tylko zarzucić, że zdarzają się wypadki, gdzie Coxitis nie zaczyna się odwiedzeniem uda, jednak są to wyjątki niemiernie rzadkie, i zaczęcie się choroby w ten sposób, może być przyjęte za prawidło. W każdym razie nazwa ta jest odpowiedniejszą od nazwy Rusta: „Okres przedłużenia”, gdyż przedłużenia kończyny nie rzadko brakuje, a chociaż istnieje ono, zwykle jest pozorném, i sprawioném przez opisane wyżej boczne ruchy miednicy, i w obec ścisłych wymiarów ostać się nie może.

Przyjęcie rzeczywistego przedłużenia, które miałyby powstać skutkiem wypchania główki kości udowej z panewki przez gromadzący się tu wysięk, już z tego względu jest nieugruntowaném, że do takiego wypchania potrzebaby znacznej siły; lecz przypuściwszy że i to jest możliwém, ten sposób wypchania nie mógłby sprawić znaczniejszego przedłużenia kończyny, gdyż główka kości udowej mogłaby być wypchaną tylko w kierunku osi szyjki téjże, co w najwyższym razie mogłoby wywołać silniejsze wystąpienie krętarza wielkiego (*trochanter-major*) ale w żadnym razie nie spowodowałoby przedłużenia kończyny. (D. c. n.)

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

### Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 19 do 25 Lutego. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	856	218	268	50	766
„ Śgo Ducha . . . . .	159	39	40	6	152
„ Ewangielickim . . . . .	78	19	11	1	85
„ Śgo Rocha . . . . .	109	27	22	3	111
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	183	—	—	1	182
„ Śgo Łazarza . . . . .	330	58	60	2	326
„ Starozakonnych . . . . .	416	119	113	6	416
Ogółem:	2141	480	514	69	2038

od dnia 26 Lutego do 3 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	766	268	226	37	771
„ Śgo Ducha . . . . .	152	43	26	4	165
„ Ewangielickim . . . . .	85	21	18	4	84
„ Śgo Rocha . . . . .	111	43	42	2	110
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	182	4	2	—	184
„ Śgo Łazarza . . . . .	326	67	78	1	314
„ Starozakonnych . . . . .	416	146	147	8	407
Ogółem:	2038	592	539	56	2035

### Wiadomości bieżące.

— † W Kościanie (w W. Ks. Poznańskim) umarł w z. m. lutym Dr. B o g u s ł a w P a l i c k i (ur. r. 1813) na durzycę (*typhus*), znany powszechnie jako lekarz filantrop i gorliwy orędownik oświaty i dobrobytu ludu. Prócz tego zmarli: Dr. Władysław W y s o c k i w Lublinie, Dr. Anastazy K l o c z e w s k i w Żychlinie, Dr. Ignacy K r a u s s i Dr. Teodor M e a n d r o w w Krakowie, Dr. Teofil K a c z k o w s k i w Komorowie (pod Majdanem). i Dr. F. K. M i k u l i Ń s k i w Lipnie (d. 11 marca b. r.).

— Za Wolskimi rogatkami otwarty został oddział szpitala Starozakonnych na 35 łózek; powodem do tego było zbyteczne nagromadzenie chorych w szpitalu głównym na ulicy Pokornej, z którego właśnie część chorych przewiezioną została do nowo otwartéj filii.

— † W tych dniach zmarł w Londynie Dr. William H e r o p a t h w 72 r. życia, znany powszechnie z rozbiorów chemicznych w processach o zabójstwa, przez otrucie, i z tego względu nazywany „ a n g i e l s k i m O r f i l a . ”



— **A k a d e m i a U m i e j ę t n o ś c i w W i e d n i u.** Przyszła nareszcie kolej reform i na Austryę. Stare to państwo, jako spadkobierczyni imienia i sławy imperium rzymskiego, w ciągu kilku wieków przewodniczyło Niemcom w sprawie nauki i oświaty. Na początku XIV wieku (1347) pierwszy założyło na północy Europy Uniwersytet, potem pierwszą Akademię Umiejętności, oddzielną nawet Szkołę dla wykształcenia lekarzy wojskowych (Josephinum) zaprowadziło, ale w końcu upojona dumą, przekonana o swój doskonałości, stanęła w jednej mierze, przed dalszym postępowaniem zasłaniając się murem chińskim. Spokój jednak w sprawie nauki podwójnie był zgubnym: dała się ubiedz sąsiadom z jednej strony, z drugiej, — sama ulegać zaczęła zgniliznie i rozpadowi. Na szczęście jej wypadki z r. 1866 rozbudziły z odurzającego ją letargu. Kiedy skutkiem tego ożywczy wiatr powiał we wszystkich gałęziach państwowego ustroju, i nauka nie pozostała w tyle: kiedy od roku przeszło uniwersytet wiedeński krząta się w sprawie swego odrodzenia, Akademia téż umiejętności, nowém, świeżém żąda zabłyszczyć życiem: członkowie tego naukowego ciała na ogólném posiedzeniu w dniu 30 z. stycznia powzięli zamiar zreorganizowania Akademii, dotąd od założenia w swych podstawach nie ruchomój, a to w celu, aby na wzór Aka. Paryżkiéj, jako najwyższe w państwie ciało naukowe, przyjmować mogła w nauce czynny udział i miała prawo inicjatywy we wszystkich kwestyach dotyczących nauki, a obchodzących państwo. Oddzielna Kommissya z łona Akademii ma wypracować nowy statut w tym duchu, aby pracami dokonywanemi zjednać sobie tytuły do poważania w narodzie. Spodziewać się należy, że i nauka lekarska do nowego powołaną tam zostanie życia, które w uniwersytecie przez otwarcie podwoi uczonym różnym szkół, piękne już wydawać zaczęło owoce. Również reorganizują i szkołę lekarską wojskową. Po ukończeniu prac reorganizacyjnych nie omieszkamy zapoznać czytelników z duchem i dążnościami ciała naukowych Austrii o ile one dotyczące będą części lekarskiéj.

— † W dniu 25 z. lutego w Wiedniu zmarł na tyfus Dr. Ludwik T ü r e k , dzielny badacz na polu patologii nerwów i jeden z twórców Laryngoskopii. Ta ważna gałąź diagnostyki chorób krtani, w ciągu lat 10ciu (od 1857 r.) była ulubionym przedmiotem prac T ü r e k a , a wydane przez niego dzieło: „*Klinik der Kehlkopfkrankheiten*“, postawiło imię autora obok imion Bozzini, Liston'a, Garcia, Czermak'a, Bruns'a. Akademia umiejętności w Paryżu, oceniając prace T ü r e k a , zaszczyliła go nagrodą Monthyon'a, która na zawsze pozostanie dowodem świetnej jego działalności w dziedzinie laryngoskopii. T ü r e k urodz. w Wiedniu w 1812 r., tamże odbył studia uniwersyteckie, w roku 1837 otrzymał stopień Dra, następnie przez lat 25 był lekarzem w oddziale chorób nerwowych w ogólnym szpitalu wiedeńskim; w Wiedniu także zmarł w 56 r. życia. Ciężka to strata dla nauki lekarskiéj i świata lekarskiego, którego rzeczywistą był ozdobą.

— Do numeru 9 „*Prze gl ą d u L e k a r s k i e g o*” z d. 29 lutego b. r. dołączony jest nadzwyczajny dodatek, zawierający zarys zasad projektu organizacji służby lekarskiéj w Galicyi, wypracowanego przez osobną komisję z łona Towarz. lek. krak. wyznaczoną. W planie organizacji służby zdrowia publicznego zaleceni są: lekarze gminni, komisye zdrowia powiatowe, lekarze powiatowi, rada lekarska krajowa, referent lekarski krajowy. Następnie jest mowa o zmiesieniu stanu t. z. chirurgów i ustanowieniu natomiast klasy t. zw. posługaczy lekarskich. Projekt kończy się propozycją utworzenia izb lekarskich powiatowych w celu przyjęcia rozleglejszego udziału całego stanu lekarskiego i aptekarskiego w kraju w sprawach dotyczących potrzeb tego stanu i higieny publicznej.

---

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiéj dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Pediatryi ark. 8y, i Akuszeryi ark. 5ty.*

---

Redakcyja Gazety Lekarskiéj i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiéj. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.

---