

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

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

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

TREŚĆ. Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych (Lymphosarcoma). Prof. Brodowskiego. — Zebranie się gazu i ropy w jamie opłucnej prawej (Pneumopyothorax), spowodowane gruźlicą płuc. Spostrzeżenie Dia Sommera. — Kronika Zagraniczna. Dwa tętniaki w przegubie kolanowym prawym i lewym wyleczone przez zgięcie odpowiedniej kończyny. Wyluszczenie całkowite obojczyka z pomyślnym skutkiem. S. Portner. — Kesekeya klinowa stawu kolanowego z powodu kątownego zrosnięcia stawu. Dr. Witkowski. — Część statystyczna. — Sprawozdanie miesięczne z urodzeń i śmiertelności w Warszawie, za miesiąc grudzień r. z. Prof. Dr. Wisłocki. — Wiadomości bieżące.

Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych. (*Lymphosarcoma, s. sarcoma lymphaticum malignum*).

Przez Prof. Brodowskiego.

Gruzoły limfatyczne często bywają siedliskiem nowotworów patologicznych. Już to samo, że narzędzia te składają się przeważnie z pierwiastków anatomicznych, które i w normalnych warunkach odbywają rozległe czynności twórcze, tłumaczy poniekąd przyczynę powyższej częstości: snadno się bowiem domyślić, że daleko łatwiej o zboczenia w czynnościach twórczych istniejących, aniżeli o wywołanie uspiionych, jakimi są nadmienione czynności w tkance np. łącznej, mięsnej i wielu innych. Do spowodowania wzmiankowanych zboczeń wystarcza już znaczniejsza zmiana w nateżeniu działania bodźców fizyologicznych; kiedy obudzenie uspiionych oddawna czynności twórczych może przyjść do skutku tylko pod wpływem bodźców patologicznych. Nienależy spuszczać z oka jeszcze jednej okoliczności, która częstokroć także bardzo ważną gra rolę w etiologii patologicznych nowotworów gruczołów limfatycznych, a mianowicie niezwykłej już wrodzonej, niekiedy nawet odziedziczonej, już to nabytej wrażliwości tych narzędzi. Przy takiej wrażliwości częstokroć nieznaczne nawet zmiany w nateżeniu działania bodźców fizyologicznych i bardzo słabe bodźce patologiczne, które przy zwykłych warunkach nie pociągnęłyby za sobą żadnych ważniejszych skutków, mogą dać początek niekiedy nawet uporczywym nowotworom patologicznym. Wiadomo każdemu w jak ścisłym związku pozostają czynności gruczołów limfatycznych ze sprawami odbywającymi się w odpowiednich tkankach lub narządziach, to jest tych, z których biorą początek naczynia dostawiające limfę do nadmienionych gruczołów. Każda taka sprawa połączona jest ze zmianą materii w odpowiednich pierwiastkach anatomicznych, przyczem zużyte i wydalające się z nich sub-

stancje, odprowadzane są w większej części przez naczynia limfatyczne; pomiędzy temi właśnie substancjami, podpadającymi bezwzględnie pewnym zmianom przy wzajemnym na siebie działaniu krwi i limfy w gruczołach limfatycznych, należy szukać fizjologicznych bodźców czynności twórczych wzmiankowanych gruczołów. Jak więc z jednej strony łatwo przewidzieć, że napięcie w mowie będących czynności nie tylko musi być różnym w rozmaitych gromadach gruczołów limfatycznych, lecz bywa niém także różnocześnie w wielu tych samych gromadach; tak z drugiej strony nie trudno się domyślić, że wszelkie zboczenia w zmianie materji pewnych tkanek lub narzędzi mogą pociągnąć za sobą także zboczenia w czynnościach twórczych odpowiednich gruczołów. Im więc łatwiej na powyższe zboczenia jaka tkanka lub narządzie mogą być wystawione, im wrażliwszymi są na wpływy chorobne (a wrażliwość ta może być także właściwością indywidualną bądź wrodzoną bądź nabytą), tém częściej odpowiednie im gromady gruczołów limfatycznych bywają siedliskiem nowotworów. To nam właśnie tłumaczy, dla czego w pewnych gromadach gruczołów limfatycznych, jak np. oskrzelowych, kręzkowych i t. p., w ogóle częściej się spotykamy z nowotworami patologicznymi, aniżeli w innych i dla czego znowu u pewnych osób pewne gromady częściej niż inne bywają siedliskiem wzmiankowanych nowotworów. Te same względy tłumaczą nam także, dla czego w ogóle gruczoły limfatyczne tak często bywają siedliskiem nowotworów następczych.

Pominąwszy co tylko wymienione nowotwory następcze, które pod względem budowy są najpospolicij tegoż samego wzoru histologicznego co i pierwotne, najczęściej w ogóle w gruczołach limfatycznych spotykamy się z tak zwanymi nowotworami limfatycznymi (*limphomata*), to jest w stosunku do pomienionych gruczołów hyperplastycznymi, pochodzącymi przeważnie z rozrostu (*hyperplasia*) tych samych komórek, które i przy normalnych warunkach ustawicznie się rozmnażają.

Obecnie coraz mocniej utwierdza się to zdanie, że najgłówniejszym zadaniem gruczołów limfatycznych jest dostarczanie krwi bezbarwnych jej ciałek, wykształcających się następnie na krążki zabarwione. Znajduje ono potwierdzenie i w tej okoliczności, że rozrost gruczołów limfatycznych pociąga za sobą pospolicie tak zwaną leukocytozę, t. j. powiększenie ilości bezbarwnych komórek we krwi, a niekiedy bywa źródłem bardzo niebezpiecznego stanu patologicznego znanego pod nazwą leukemii, zależącego jak wiadomo nie tylko od powiększenia ilości ciałek bezbarwnych, lecz i uszczuplenia jednocześnie w nich własności wykształcania się na krążki zabarwione, skutkiem czego ilość ostatnich we krwi znacznie się zmniejsza.

Doświadczenie jednak nie pozwala na bezwzględne szematyzowanie tego stosunku, to jest nadmieniony rozrost gruczołów limfatycznych nie tylko niezawsze bywa w prostym stosunku do stopnia leukocytozy, lecz owszem, stając się niekiedy przyczyną niszczenia tych narzędzi, (*degeneratio caseosa* np.), wręcz przeciwne sprowadza skutki. Nie jest to jedyny sposób, w jaki nowotwory limfatyczne gruczołów limfatycznych paraliżują fizjologiczne ich czynności. Może to nastąpić także i w skutek zwyrodnienia tych narzędzi. Przychodzi ono zwykle do

skutku w takich razach, kiedy nowotwory limfatyczne nie są wynikiem li tylko prostego rozrostu (w ścisłym znaczeniu tego wyrazu) gruczołów limfatycznych, a mianowicie kiedy pierwiastków anatomicznych w mowie będącym nowotworem dostarczają nie tylko komórki rozmnażające się w nadmienionych gruczołach i przy normalnych warunkach, lecz i komórki tak zwanej tkanki siateczkowatej (reticulum), a przede wszystkim tkanki łącznej stanowiącej podścielisko gruczołów. Nie mamy już w takich razach do czynienia z nowotworem podobnym (homeologicznym) do wszystkich składowych części tkanki macierzystej, podobnym on jest bowiem z budowy li tylko do mięszu (pareuchyma) gruczołów limfatycznych, lecz nie posiada składowych części odpowiadających ich podścielisku. W zwyrodniałych w ten sposób gruczołach limfatycznych nie może już być ani mowy o różnicy między substancją korową, a rdzeniową, wszystko się zlewa po większej części w jedną limfomatyczną tkankę.

Nadmieniliśmy cotylko, że zwyrodnienia takie pospolicie pociągają za sobą upośledzenie fizyologicznych czynności gruczołów limfatycznych, nie można wszakże tego uważać za ogólne prawidło: owszem znane są nawet wypadki leukemii, jako następstwo takiegoż samego zwyrodnienia znacznej ilości gruczołów limfatycznych. Jakie są warunki wpływające na zmianę skutków tak jednakiego na pozór stanu patologicznego tych samych narządzi, to pozostaje dla nas najzupełniejszą tajemnicą.

Nowotwory limfatyczne, jakkolwiek w znaczną ilość komórek obfitujące, należą zawsze jeszcze do rzędu nowotworów łączno-tkankowych: pierwowzorem ich fizyologicznym jest parenchymatyczna część gruczołów limfatycznych, wiadomo zaś, że i ta część niczym innym nie jest, jak tylko pewną odmianą tkanki łącznej. Rozmnażanie się i bujanie komórek w tego rodzaju nowotworach może dojść do takich rozmiarów, że nowo powstała tkanka będzie się różniła od właściwej tkanki gruczołów limfatycznych znaczniejszą li tylko ilością komórek (w stosunku do substancji międzykomórkowej) i większą ich objętością. Nowotwory takie, nazywają obecnie mięsakami limfatycznymi (*sarcoma lymphaticum* s. *lymphosarcoma*). Łatwo się domyślić, że między nimi a nowotworami limfatycznymi tak samo niemasz pewnej granicy, jak między mięsakami włóknistymi (*fibrosarcoma*) i włókniakami (*fibroma*), albo mięsakami śluzowymi (*myxosarcoma*) i śluzakami (*myxoma*); że zatem dosyć często możemy się spotkać z formami pośrednimi t. j. z takimi nowotworami, które po części są limfomatami, po części zaś mięsakami limfatycznymi.

Mięsaki limfatyczne w ogóle do nowotworów złośliwych nie należą, ale lada chwila mogą się stać nimi; a więc i łagodność ich jest wielce podejrzaną. Pierwszym objawem takiej złośliwości bywa pospolicie odpowiednie zwyrodnienie nie tylko rozrostłej dawniejszej powłoki gruczołów limfatycznych, lecz i tkanki łącznej sąsiedniej, w skutek czego granice pomiędzy pojedynczymi zwyrodniałymi gruczołami limfatycznymi, należącymi do jednej gromady, zacierają się najzupełniej, a niekiedy nawet i pomiędzy sąsiednimi gromadami. W dalszym ciągu nowotwór przejść może na narządzia sąsiednie, a w ostatku przerzucić się i na najodleglejsze.

Taki złośliwy mięsak limfatyczny mieliśmy sposobność obserwować przed półtora rokiem w szpitalu ujazdowskim. Wypadek ten, jako zasługujący z wielu względów na uwagę, podajemy do wiadomości kolegów.

W dniu 24m listopada 1865 r. przybył do nadmienionego szpitala żołnierz 32 lat wieku, uznany z powodu ogólnego osłabienia, za niezdolnego do służby w armii czynnej. Chory wątłej budowy ciała, wzrostu miernego, jasny blondyn, mocno wycieńczony, nie gorączkujący, o cienkiej, suchej, powiększej części bladej, na policzkach wszakże zlekka zaczerwienionej skórze, uskarżał się głównie na ustawiczny tępy ból w brzuchu, zwłaszcza w pobliżu podżebrza lewego, i ogólne osłabienie. Przez cienkie ściany nieco wzdętego brzucha, tuż poza nimi, z lewej strony pod żebrami z łatwością daje się wyczuwać dosyć twardy guz wzgórkowaty, nieruchomy, którego środek przypada mniej więcej na przedłużenie lewej linii sutkowej. Objętość jego ani za pomocą wymacywania, ani też opukiwania ściśle oznaczyć się nie dała; granice bowiem tego guza, górna i zewnętrzna, pozostały niewiadomymi z powodu zlewania się odpowiedniego mu stopienia odgłosu przy opukiwaniu; u góry z stopieniem odpowiadającym lewemu płatowi wątroby a dalej sercu, na zewnątrz zaś z stopieniem śledzionowem. Co się zaś tyczy granicy wewnętrznej, tę stanowiła linia środkowa (l. mediana), dolną wostatku, linia pozioma przechodząca przez pępek. Guz ten jest siedliskiem owego tępego bólu, na który chory głównie się skarży, a który przy pociskaniu wzmiankowanego guza znacznie się zwiększa. Oprócz tego większego, w téjże jamie brzucha, jakkolwiek nieco trudniej z powodu głębszego swego położenia, dawały się wszakże wymacać rozproszone, dosyć liczne, mniejsze guziki ruchome, których ani objętości, ani też spójności (*consistentia*) dokładniej oznaczyć było niepodobna. Nadto wszystkie gruczoły limfatyczne szyjowe i pachowe zwłaszcza z lewej strony nieco nabrziałe, apetyt zmniejszony, trawienie utrudnione, chory często doznaje, zwłaszcza po przyjęciu pokarmów, ciężkości, odbijania się, rozdymania brzucha, stolce nieregularne, po większej części leniwe, bardzo rzadko niewielka biegunka. Uderzenia serca dosyć słabe, tętno drobne, nieco przyspieszone. Reszta funkcyj żadnych zбочeń ważniejszych nie przedstawia.

Z opowiadania chorego tyleśmy się tylko dowiedzieli, że bólu brzucha, o którym wyżej była wzmianka, doznaje od pięciu miesięcy i że w tym samym czasie dostrzegł, iż mu w brzuchu, jak się sam wyraża, coś rośnie. Przed miesiącem chory często womitował, prawie codziennie, trwało to przeszło tydzień; obecnie zaś wymiotów, ani nudności nie miewa; stolców ani krwawych, ani czarnych u siebie nie spostrzegł. Zapytany o czas w którym się pokazało wyżej nadmienione obrzmienie gruczołów limfatycznych, odpowiedział, iż nic o niem nie wie i że teraz tylko od nas o obrzmałościach tych się dowiedział.

Rozpoznanie sprawy chorobowej w obecnym przypadku było bardzo trudne i jak się później pokaże, z trudności tych wcaleśmy zwycięzko nie wyszli. Najprawdopodobniejszym zdawało się to, że winą w tym razie wszystkiego był ów duży guz wzgórkowaty, znajdujący się w jamie brzucha.

Chodziło więc przede wszystkim o oznaczenie siedliska i natury jego. Nasamprzód zdawało się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że guz ten do zaotrzewnych

(*retroperitonealis*) nie należy: taka najzupełniejsza odpowiadała mu tępość przy opukiwaniu, tak zdawał się leżeć tuż po za ścianami brzucha przy wymacywaniu. Najzupełniejsza nieruchomość wzmiankowanego guza przy najgłębszych nawet wdechaniach służyła nam za dowód, że siedliskiem jego nie była ani śledziona ani też lewy płąt wątroby. Pozostał więc tylko wybór między siecią (*omentum*) i żołądkiem. Wszystko przemawiało za tém, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym. Wiadomo zaś, że pierwotne tego rodzaju nowotwory sieci, najpospoliciej zjawiają się w postaci rozlanych (*diffusa*) po całej sieci, i że w skutek tego, dosyć prędko do wielkich dochodzą rozmiarów, oraz że najczęściej są to raki klejowate (*carcinoma coloidum*), pospolicie twarde. Brak tych wszystkich cech w naszym nowotworze przechylił zdanie nasze na korzyść żołądka. Rozpoznanie więc nasze brzmiało: *rak krzywizny większej żołądka* (*carcinoma curvaturae majoris ventriculi*), znajdujący się w pobliżu dna tego narzędzia. Jest to wprawdzie część żołądka, w której w porównaniu z innymi jego częściami najrzadziej się spotykamy z rakami, ale się spotykamy. (Nie więcej właśnie jak na parę tygodni przed tym wypadkiem przysłano nam z jednego z oddziałów tegoż samego szpitala ujazdowskiego żołądek, większa krzywizna którego po samym środku na znacznej przestrzeni znajdowała się w stanie zwyrodnienia rakowego. Rak w tym wypadku przeszedł na okrężnicę poprzeczną i uległ tak głębokiemu owrzodzeniu, że bardzo nie wiele brakowało do utworzenia się przetoki żołądko-okrężnicowej). Nie mógł także osłabiać naszego rozpoznania i brak wymiotów; tłumaczyliśmy takowy zwyrodnieniem ścian żołądka na znacznej przestrzeni, stojącym na przeszkodzie antyperystaltycznym jego ruchom. Przypuszczenie to zdawało się nam tém prawdopodobniejszym, ile że wymioty przed miesiącem kiedy guz był znacznie mniejszy, bardzo często miawały miejsce. W wyżej, przytoczonym wypadku raka krzywizny większej żołądka, wymiotów także nie było podczas całego kilkutygodniowego pobytu chorego w szpitalu.

Co się zaś tyczy tych mniejszych, rozmaitej wielkości guzików, rozrzuconych po jamie brzucha, o których wyżej była wzmianka, te uważaliśmy za następstwo rozsiewania się (*disseminatio*, Virchow) po otrzewnej pierwotnego nowotworu. W ostatku nabrzmienie gruczołów limfatycznych na szyi i pod pachami mieliśmy za dalszy ciąg nadmienionego rozsiewania się, pośredniczącego jak wiadomo tak często rozpowszechnieniu (*generalisatio*) raków w naszym organizmie. (*Dok. n.*)

**Zebranie się gazu i ropy w jamie opłucnej prawej (*Pneumopyothorax*),
spowodowane gruźlicą płuc (*Tuberculosis pulmonum*).**

Spostrzeżenie Dra Sommera.

M. K. . . wyrobnik, 54 lat, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus na salę Dra Wszebora w dniu 11 lutego r. b. Badanie nie wykazało żadnych odziedziczonych do chorób skłonności. Obłożnie nigdy nie chorował. Od kilku lat trwający kaszel, niekiedy z kluciem w klatce piersiowej połączony i stopniowo powiększająca się duszność, zmuszały go w końcu do opuszczania, na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, utrudniających zajęć i szukania lekarskiej pomocy.

Przed 15 miesiącami zostawał w szpitalu Dzieciątka Jezus na sali 15tej pod opieką Dra Kobylańskiego, a uwolniony od gorączki, bólów kolących z obu stron klatki piersiowej, uciążliwej duszności podówczas towarzyszących, ze zmniejszonym kaszlem w dni 11 opuścił szpital.

Około 20 grudnia r. z. znów silny i bardzo męczący kaszel, duszność, uczucie ciężaru na piersiach, upadek trawienia, gorączka wieczorną porą wzmagająca się, zmusiły go powtórnie do zasięgnięcia rady lekarskiej, którą znalazł u Dra Mühlhause na 30 sali szpitala wyżej wspomnianego. Po 27-dniowym pobycie znowu doznawszy ulgi, wypisał się, lecz od silnego kaszlu i uciążliwej duszności, występującej przy najmniejszym wśród pracy wysileniu, już nie był wolny.

Prowadząc jako wyrobnik tryb życia nieodpowiedni stanowi jego zdrowia, przy braku dostatecznego pożywienia, od dwóch tygodni nagle wzmożoną chorobą i nędzą przyciśnięty, po raz trzeci przybył do szpitala, przedstawiając stan następujący:

Budowa ciała i wzrost mierne, mięśnie wiotkie i wychudłe, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła, skóra z odcieniem brudno-żółtawym, wygląd anemiczny, błony śluzowe blade. Podczas oddychania skrzydła nosa podnoszą się i opadają. Kąt ust ku lewej stronie pociągnięty, jak również wyraźne przykurczenie innych mięśni twarzowych, uwydatnia powstające ztąd zboczenie w symetryczności mięśni twarzowych, szczególnie podczas uśmiechu i gwizdania. Zboczenie to wedle opowiadania chorego, wystąpiło nagle przed 6 miesiącami.

Co się tyczy klatki piersiowej, prawa jej połowa jest obszerniejszą od lewej; międzyżebra podniesione, gdyż znajdują się prawie na jednej powierzchni z wyniosłością żeber. Podczas wdychania i wydechania nie podnoszą się, ani też opadają. Napięcie ścian klatki umiarkowane. Odgłos nad grzebieniem łopatki i w dołku nadobojczykowym stłumiony z odcieniem bębnowym, niżej wyraźny bębnowy. Przyłożony ucho do ściany klatki podczas opukiwania, słyhać wyraźny metaliczny oddźwięk (*Tinnitus metallicus*).

Odgłos bębnowy z téjże strony klatki piersiowej z towarzyszącym mu oddźwiękiem metalicznym coraz wyraźniejszym się staje, postępując ku dołowi. Sięga na cal poza lewy brzeg mostka ku stronie lewej, w linii mostkowej zlewa się z odgłosem bębnowym brzucha, w linii sutkowej opuszcza się do górnego brzegu 8 żebra, w linii pachowej do 9go, nareszcie w linii łopatkowej sięga dolnego brzegu 11 żebra. Wysłuchiwanie klatki wykazuje u szczytu płuca obecność szmeru nieoznaczonego; poniżej grzebienia łopatki i poniżej obojczyka na szerokość cala, przechodzi oddech nieoznaczony w amforyczny z metalicznym odcieniem coraz wydatniejszym ku dołowi klatki. Przytém rżżenia u góry drobne, niżej grubsze z bardzo wydatnym podczas kaszlu dźwięczeniem metalicznym (*Tintement metallique*). Odbrzmiwanie klatki (*Fremitus pectoralis*), ze strony prawej zniesione. Bronchofonia z metalicznym dźwiękiem.

Z lewej strony klatki u góry nad grzebieniem łopatki, w dołku nad i podobojczykowym do dolnego brzegu 3 żebra stępienie, niżej odgłos pełny i dość jasny dochodzi do górnego brzegu 4 żebra, z boku klatki piersiowej do 10, przy kręgosłupie do 11 żebra. Szmer u góry nieoznaczony z drobnymi rżżeniami, ni-

żej pęcherzykowy zaostrowany z licznymi rzeżeniami, świstami i burczeniem. Oddechanie utrudnione, płytkie, 44 na minutę, mięśnie oddechowe silnie pracują. Przytem chory doznaje przykrego uczucia ciężaru na piersiach, przy głębszém odetchnięciu klucia wzmagającego się podczas kaszlu, który jest suchy, częsty i z małą wykrztusina.

Prawy brzeg serca na 1½ cala ku lewój stronie od lewego brzegu mostka przesunięty, brzeg lewy sięga na 1½ cala zewnątrz linii sutkowej lewój, granica górna zupełnej serca tępości poczyna się na wysokości dolnego brzegu 4go żebra, uderzenie wierzchołka serca (spitzenstoss) w 5ém międzyżebżu zewnątrz linii sutkowej, bardzo słabe i mało wydatne.

Tony serca i wielkich jego naczyń zagłuszone głośniami szmerami i rzeżeniami powstającymi w płucach. Puls 123 mały, miękki i nieregularny.

Wątroba ku dołowi zepchnięta, górną granicę powyżej już oznaczono, dolny jój brzeg sięga na 4 palce poniżej dolnego brzegu klatki piersiowej.

Śledziona nie daje się oznaczyć, gdyż granice zupełnej tępości są pokryte odgłosem bębnowym jelit.

Język podsychnięty, na brzegach czerwony, w pośrodku górnej powierzchni białawo obłożony; ciągła chęć do picia, brak apetytu, wzdęcie mierne brzucha wydającego odgłos bębnowy, oprócz na powyżej wspomnianém miejscu w prawém podżebrzu, odpowiadającém zupełnej tępości wątroby. Brzuch przy ugniataniu nieco bolesny. Stolców kilka rzadkich dziennie. Uryna w miernój ilości, C. g. 1,015, z małą ilością białka. Brak snu, trwoga i niespokojność, chory przyjmuje co chwila inne pozycye; najdogodniej leżyć mu przy lekkim pochyleniu na bok lewy. Ciepłota ciała nieco podwyższona. Oto stan w którym zastaliśmy chorego w dniu 12 z. m.

Zeznania chorego o poprzednim stanie, jak również objawy zaczerpnięte przez badanie stanu obecnego, upoważniają nas do mniemania, że zboczenie w mięśniach twarzy od 6 miesięcy trwające, odnieść wypada do zmian zaszłych w rozgałęzieniu nerwu twarzowego, lub w punkcie jego wyjścia, w braku innych przyczynowych momentów, na powstanie bezwładu mięśni prawej połowy twarzy, wpływając mogących.

Obecność małej ilości białka w moczu, zapewne pochodzi od mięszowego zapalenia nerek.

Brak apetytu, chęć do picia, podsychnięty język, mierne wzdęcie i bolesność brzucha i kilka dziennie oddawanych stolców wodnistych, odnieść należy do niezżytego zajęcia przewodu pokarmowego.

Jednakże siedliskiem głównej choroby zagrażającej życiu chorego, są płuca i błona opłucna. Zmiany w nich zachodzące datują swój początek od kilku lat. Ciągłe trwający kaszel i duszność przy wzmagających się kłóciach w klatce piersiowej, od czasu do czasu występujących zgorączką, odnieść wypada nie tylko do przewlekłego niezżytu błony śluzowej oskrzeli (*Bronchitis chronica*) i zapalenia opłucnej (*Pleuritis*), ale i główny warunek do podtrzymania tychże, stanowi obecność sprawy gruźliczej w szczytach płucnych. Znaki fizyczne są dostatecznymi do jój przypu-

szczenia i ciągły jej postęp spowodował prawdopodobnie wytworzenie się jamy w szczycie płuca prawego, która coraz więcej szerząc się przedziurawiła je i spowodowała wejście powietrza przez drogi oddechowe, z jamą gruźliczą komunikujące, do jamy opłucnej. Obecność powietrza w jamie opłucnej i część zawartości z jamy gruźliczej, która przy przedziurawieniu lub może i później do jamy opłucnej wniknęła, drażniąc błonę surowiczą, wywołała sprawę wysiękową zapalną i tém tłumaczymy klócia, na które chory w dniu przybycia się uskarżał. Znaków jednakże obecności zapalnego wysięku podczas badania w dniu przybycia chorego do szpitala nie wysledzono.

Odgłos bębnowy z dźwiękiem metalicznym słyszany podczas przyłożenia ucha do prawej strony klatki piersiowej, oddech amforyczny z oddźwiękiem metalicznym, obniżenie zupełnej tępości wątroby w linii sutkowej do 8, w linii pachowej do 9, a w linii łopatkowej do 11 żebra, rżenia z dźwiękiem metalicznym, powiększenie objętości prawej połowy klatki piersiowej, podniesienie się międzyżeber, nieruchomość ich podczas wdychania i wydychania, znaczne przesunięcie serca ku stronie lewej, zmniejszenie odbrzmiewania ścian prawej połowy klatki piersiowej, obok innych jeszcze znaków, które powyżej wymieniono, stanowią dostateczny powód do przypuszczenia obecności gazu w jamie opłucnej. Jakaż więc bliższa tego przyczyna? Jasną na to pytanie znajdujemy odpowiedź w obecności nieoznaczonego oddechu i stopienia odgłosu w szczytach płuc, które z obydwóch stron klatki w dołach nad i podobojczykowych oraz nad grzebieniami łopatkowej wysledzono; dodawszy do tego trwające od lat kilku objawy nieżyty, nie możemy prawie powątpiewać o obecności sprawy gruźliczej w płucach.

Zestawiwszy zatem wszystkie wyszczególnione przypadłości, stawimy rozpoznanie na: bezwład lewej strony twarzy (*Paralysis facialis*), odymkę piersiową z zapaleniem ropnym opłucnej (*Pneumopyothorax*), przewlekły nieżyt błony śluzowej oskrzeli (*Bronchitis chronica*), nieżyt żołądka i kiszek (*Catarrhus ventriculi et intestinorum*) nareszcie miąższowe zapalenie nerek (*Nephritis parenchymatosa*).

Choremu zalecono cięte bańki na plecy, okłady z płótna maczanego w wodzie gorącej, wewnątrz napar z 10 gran ipekakuany (korzenia) na 6 uncyj wody, co 2 godziny łyżkę, napój klejki i ściśłą dyetę.

W dniu 13 lutego żadnej nie wysledzono zmiany w znakach fizycznych klatki piersiowej, bole zmniejszyły się, kaszel suchy i męczący. Ciepłota ciała utrzymuje się nieco podwyższoną. Puls 116 mały, miękki, nieregularny. Brzuch miernie wzdęty, biegunka trwa, język podsuchający. Błona śluzowa ust i nosa zasienne. Zalecono małe dawki ipekakuany i makowca.

Dnia 14 kolące bole w klatce znów wzmogły się, przy wstrząsaniu klatką piersiową ujętą z boków w dwie dłonie słyszeć się daje pluskanie (*succusio hippocratica*). W dolnej części klatki ze strony prawej na wysokości 6 żebra z przodu stopienie, którego granice zmieniają się przy zmianie pozycji chorego, zresztą znaki fizyczne jak w dniu przybycia do szpitala. Kaszel dokuczliwy, brak apetytu, pragnienie i biegunka. Bładość twarzy, sinność warg i nosa wzmagają się, niepokojność wzrasta, oddychanie coraz trudniejsze. Zalecono wewnątrz małe dawki makowca i okłady ciepłe na brzuch.

W dniu 15 z. m. liczba płytkich oddechów 44 na minutę, prawa połowa klatki bardziej rozdęta, oddech amforyczny z oddźwiękiem metalicznym bardzo wyraźnym, równie jak rżenia, które są bardzo obfite. Kaszel męczący, wykrztuszanie skąpe połączone z bólami kolącymi, przerywającymi sen chorego. — Trwoga coraz bardziej na twarzy uwydatnia się, chory unika głębszego oddechu, jako wywołującego mocne klucia. Język suchy, pragnienie, brak apetytu, brzuch niewzdęty, lecz w przebiegu kiszki grubej bolesny. Stolców 4 wodnistych. Ciepłota nieco podwyższona. Puls 128. Terapia eadem i ciepłe okłady na brzuch.

Wieczorem duszność się wzmacnia, oddech coraz płytszy, chrapliwy (*Respiratio stertorosa*), puls drobny bardzo mały i częsty. Ciepłota się obniża i chory przy objawach ogólnego upadku sił, duszności i bólów kolących w klatce piersiowej, w nocy z dnia 15 na 16 lutego życia dokonał.

Badanie pośmiertne ciała wykonane w dniu 17 z. m. wykazało: znaczne powiększenie objętości prawej połowy klatki piersiowej, między-żebra wyrównane. Steżenie pośmiertne w miernym stopniu. W dość grubej i zbitej czaszce opony i mózg przekrwione i surowiczo-nasiąkłe, komórki boczne nieco rozszerzone, małą ilość płynu surowiczego przezroczystego bezbarwnego zawierające.

Po otwarciu jamy brzusznej, wątroba wystaje z pod dolnego brzegu klatki piersiowej w linii sutkowej na 3 i pół cala, w mostkowej na 4 cale, w ogóle pozycja jej zmieniona przez przechylenie górnej jej powierzchni ku przodowi. Przepona zepchnięta, szczytem do wysokości dolnego brzegu 6 żebra sięgająca.

Przy otwieraniu klatki piersiowej, wydobywa się z jamy opłucnej prawej z syczeniem gaz. Jama opłucna rozszerzona, mieści przeszło kwartę płynu mętnego żółtawego z płatkami miękkimi żółtawej barwy. Śródpiersie przednie, i serce znacznie ku stronie lewej przesunięte tak, że prawy brzeg mostka na zewnątrz oddalony. Płuco prawe ku tyłowi zepchnięte, ugniecione w dolnej części, w szczycie mocno do ścian klatki przyrosłe, na powierzchni w górnej części pozapadane, barwy sino-czarniawej. Płat górny dość twardy z twardszemi ogniskami w pośród miąższu. Płat dolny na powierzchni sino-niebieskawy, łykowaty, wśród miąższu tkwi znaczna ilość stwardniałości. rozmaitej wielkości. Na 3 cale poniżej szczytu na cal od przedniego brzegu płuca znajduje się otwór okrągły, około 3 linii średnicy mający i komunikujący za pomocą wąskiego i krótkiego kanału z jamą gruźliczą, wielkości jaja kurzego, w szczycie płuca znajdującą się. Ściany jej nieregularne szarawemi i białemi smugami pokryte z wyzierającemi lub przesuwającemi się do przeciwległych punktów beleczkami okrągławemi. Powierzchnia rozkroju górnej części płatu górnego czarno-sinawa, czarno i biało pręgowana nie pokrywa się płynem nawet naciskając miąższ, który jest twardy, nietrzeszczący i powietrza zupełnie pozbawiony. Tu i owdzie tkwią gromadki gruzełków wielkości nasienia prosa do wielkości nasienia konopnego. Reszta miąższu płuca prawego przy rozkrawaniu trzeszczy, na rozkroju brudno-czerwonawa, czarnomarmurkowana, zasiana drobnemi gromadkami małych gruzełków szarych, wydzielająca małą ilość płynu drobno pienistego. Miąższ łykowaty.

Płuco lewe w tylnej części do ściany klatki przyrosłe, część dolna i brzeg przedni lekko emphysematycznie rozdęty, miękkie z drobnemi stwardniałościami

w śród miąższu najobficiej w szczycie; przy ugniataniu trzeszczy. Powierzchnia u góry sino-czerwonawa, w dolnej części jaśniejsza. Powierzchnia rozkroju brudno-czerwona, czarno-poplamiona, w górnej części szaro-sinawa i białawemi smugami pokryta, w ogóle zasiana wysepkowato nagromadzonemi gruzełkami. Miąższ płuca w miejscach przez gruzełki niezajętych jest nasiąkły płynem surowicznym; z rozkroju sączy się mierna ilość drobno pienistego płynu brudno czerwonego. — Błona śluzowa w oskrzelach obydwóch płuc, mocno sino-czerwonawo zabarwiona, mierną ilością brudno-czerwonawego śluzu pokryta.

W sercu oprócz rozszerzenia komórki prawej nie uwagi godnego.

W nerkach objawy makroskopijne i drobnowidzowe wykazują obecność sprawy zapalnej w miąższu, czyli w kanalikach moczowych i tkance łącznej sród-miąższowej.

W przewodzie pokarmowym znaki nieżytu.

W wątrobie bierne przekrwienie.

Układ mięsny wyniszczoney, mięśnie, cienkie, wiotkie i dość blade.

Porównyując objawy za życia z objawami znalezionemi przy wykonaniu oględzin pośmiertnych, przekonywamy się, że uczynione w dniu przybycia chorego rozpoznanie, sprawdzone zostało zarówno na stole anatomicznym, jako też i pod drobnowidzem. Oględziny bowiem pośmiertne przekonywają, że przyczyną wniknięcia powietrza do jamy opłucnej prawej była sprawa gruźlicza, która lubo zajęła wszystkie płaty obydwóch płuc, jednakże szczyty jak zwykle najpierw i najwięcej jój uległy. Punktem wejścia powietrza do jamy opłucnej prawej była jama gruźlica (*vomica*), za pośrednictwem krótkiego kanału z jamą opłucną komunikująca. Powietrze dostawszy się do ostatniej zapewne wraz z częścią zawartości jamy gruźliczej, drażniąc, stało się przyczyną obudzenia sprawy zapalnej w opłucnej, (bo chory już poprzednio jój ulegał). Znaki fizyczne w pierwszych 2ch dniach po przybyciu do szpitala, nie wykryły obecności wysięku w jamie opłucnej prawej; dopiero 3go dnia po przybyciu, a 16 od chwili pogorszenia się stanu zdrowia chorego, wysledzono przy wstrząsaniu klatki pluskanie (*succusio hippocratica*), a opukiwanie zdradziło obecność wysięku zmieniającego swoje siedlisko przy zmianie pozycji chorego. Od téj chwili należało zmienić rozpoznanie *Pneumothorax* na *Pneumopyothorax*. Wytworzenie się wysięku w jamie opłucnej, jak z historii choroby można się przekonać, nie wpłynęło na zmianę innych fizycznych znaków w klatce piersiowej. Niewielka ilość jego będąc wolną i dążąc do ułożenia poziomego na fizykalnych prawidłach płynów, utrzymywała się przy pozycji siedzącej chorego w dolnej, przy leżącej w tylnej części klatki i nie zatapiała otworu utrzymującego komunikację pomiędzy jamą gruźliczą i opłucną. Kaszel przez cały pobyt chorego w szpitalu był suchy, wycharkiwanie bardzo skąpe, wzdęcie prawej połowy klatki stopniowo się wzmagało, pomimo dość szerokiej drogi komunikacyjnej, którą wykryto przy badaniu pośmiertnym pomiędzy jamą gruźliczą i opłucną, co najwłaściwiej zdaje się należy przypisać zatkaniu się téjże drogi ukośnie ku dołowi skierowanej, zawartościami z jamy gruźliczej, a może i zaciskaniem przez gaz w jamie opłucnej będący. Gdyby powietrze do téjże wolny znajdowało przystęp, zajęta połowa klatki, raczej zapaść a nie wypuknąć się

powinna, zwłaszcza w okresie przed wytworzeniem się zapalnego wysięku. Podczas badania chorego niezdolano wysledzić dość dużej jamy gruźliczej, nawet powierzchownej w górnej części prawego płuca, domyślano się tylko jej obecności, gdyż niektóre znaki fizyczne w niniejszym wypadku towarzyszące, są wspólne jamom objętym grubymi ścianami i wniknięciu powietrza do jamy opłucnej. Na przyjęcie ostatniego, więcej danych zebrano momentów, które zdołały zatrzeć obraz jamy gruźliczej, zwłaszcza wypełnionej przez bardzo gęstą zawartość.

Objawy anatomo-patologiczne nerek zyskane gołym okiem i przez badanie drobnowidzowe, nie tylko wykazują sprawę zapalną w elementach mięszu, przypuszczaną za życia, ale i początek jej w tkance łącznej śródmiąszowej.

W końcu należy przytoczyć, że oglądanie gołym okiem i badanie za pomocą drobnowidza, nie zdołało wykryć zmian patologicznych dla nas przystępnych w punkcie wyjścia i rozgałęzieniach nerwu twarzowego prawego, które mogłyby wyjaśnić nagle powstały bezwład mięśni twarzy pod jego wpływem zostających.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dwa tętniaki w przegubie kolanowym prawym i lewym (*aneurysma art. popliteae dextr. et sinist.*), wyleczone przez zgięcie odpowiedniej kończyny.

H. W. obywatel wiejski lat 31-liczący, w końcu roku zeszłego zasięgał rady Dra Sidney Jones (we wschodniej Australii), z powodu silnego bólu w prawym kolanie od kilku miesięcy już trwającego. Ból ten, który powstał nagle w skutek zeskoczenia z wozu, był z początku słaby, wzmagał się jednak coraz bardziej, a w ostatnich czasach stał się nadzwyczaj dokuczliwym, szczególnie w nocy. Przy bliższym zbadaniu znalazł Dr. Jones w okolicy podkolanowej obrzmienie wielkości małej pomarańczy, wyraźnie tętniące, które to tętnienie jednocześnie z pulsem mogło być w zupełności wstrzymane przez nacisk na tętnicę udową w pachwinie, a przy bezpośrednim naciśnięciu samego obrzmienia, takowe zniknęło, lecz wkrótce powracało do pierwotnej objętości, gdy tylko nacisk usunięto. Szmerów żadnych nie można było wykryć. Części miękkie otaczające nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości. Przekonawszy się o niewątpliwym istnieniu tętniaka podkolanowego, postanowił wyżej wspomniany chirurg zastosować tu leczenie metodą Ernesta Hart'a, i w tym celu nałożywszy na całą kończynę bandaż, zgiął ją w stawie kolanowym w ten sposób, iż stopę przybliżył do pośladka na 8 cali i utrzymał w tym położeniu za pomocą opaski ósemkowej. Po kilku dniach można było stopę bardziej jeszcze zbliżyć tak, że tylko na 3 cale oddaloną była od pośladków; ponieważ jednak tak silnego zgięcia chory nie mógł wytrzymać dłużej nad kilka godzin, pozwolono mu więc od czasu do czasu kończynę wyprostować, a nawet bandaż nieco zwolniono. Piątego dnia przywiązał Dr. Jones do uda chorego, worek stożkowaty napełniony 9ciu funtami drobnego szrotu, a to w tym celu, aby chory, gdy silny ból wskutek zgięcia zmusi go do wyprostowania kończyny, mógł wstrzymać tymczasowo krążenie krwi w tętniaku, przez przyłożenie wierzchołka worka na tętnicę udową w trójkącie Scarpy. Tego nacisku musiano jednak po kilku dniach zaniechać, gdyż chory nie był w stanie bez pomocy lekarza dokładnie zastosować worek na samą tętnicę; — wszakże zgięcie kończyny samo przez się wystarczyło do zupełnego uleczenia tętniaka i 29go dnia po zastosowaniu tej metody tętnienie w guzie przegubu podkolanowego zupełnie ustało, a wraz z tym i ból.

W miesiąc po tak szczęśliwym wyleczeniu tętniaka w prawej kończynie, powstał drugi tętniak w lewym dole podkolanowym, który jednak znacznie mniejszą objętość przedstawiał od

poprzedniego. Powyższy sposób leczenia (przez zgięcie w stawie kolanowym) zastosowany i w tym wypadku, zdołał w ciągu 14 dni wywołać zupełne skrzeptnienie zawartości tętniaka.

Gdy w kilka tygodni później Dr. Jones miał znowu sposobność widzieć tego człowieka, obydwaj jego tętniaki były kompletnie twarde, a ten który się znajdował w prawym przegubie kolanowym, znacznie się zmniejszył. (Medical Times, września 8, 1866).

Wyłuszczenie całkowite obojczyka z pomyślnym skutkiem.

Dr. Henry Bunce, chirurg okręgowy w Namaqualand (w południowej Afryce) opisał w *Medical Times* z dnia 25 sierpnia b. r. nader interesujący wypadek wyłuszczenia całkowitego kości obojczykowej prawej. Operacja ta wykonana była u chłopca 7mioletniego *Clas Cloete*, który uległ parę miesięcy przedtym w tym samym miejscu kilkakrotnemu stłuczeniu, raz z powodu spadnięcia na niego kilku worków zboża, drugi raz z powodu upadku na ziemię, a wkrótce potem uderzony został przez innego chłopca nogą w ten sam obojczyk prawy. W skutek takiego stłuczenia, powstało w częściach miękkich od mostka aż do karku silne zapalenie, a następnie zebrał się ropień, który przecięty został przez jakiegoś lekarza *Hotta* nad stawem mostko-językowym. Przez trzy miesiące blisko ropa ciągle odchodziła, a rana nie tylko nie zablizniła się, lecz po niejakiem czasie wysunął się przez nią koniec mostkowy obojczyka. Przy pierwszym zaraz zbadaniu chorego, znalazł Dr. Bunce oprócz mocnego obrzmienia wszystkich części miękkich tej okolicy, dwie niewielkie zatoki do kości prowadzące, z których jedna znajdowała się w bliskości stawu barkowego, druga zaś mniej więcej w środku obojczyka. Przekonawszy się nareszcie, że kość ta jest zupełnie obnażona i zgorzeli uległa, wspomniany chirurg uważał za stosowne wyłuszczyć cały obojczyk, co też dość łatwo skutecznie się dało, po przecięciu części miękkich wzdłuż tej kości od wyrostka barkowego łopatki aż do stawu mostkowego. Rana ta w krótkim dosyć czasie zablizniła się, a po upływie trzech miesięcy operowany tak dokładnie już władał całą kończyną, iż najmniejszej przeszkody nie doznawał nawet przy rzucaniu kamieniami. Wszakże nadmienić tu wypada, iż bark prawy był potem na $\frac{3}{4}$ cala niżej opuszczony i bardziej do mostka zbliżony niż bark lewy.

Portner.

Resekcja klinowa stawu kolanowego z powodu kąтового zrośnięcia stawu.

Przez Dr. Boeckel z Strasburga.

Zrośnięcia kątowe stawu kolanowego w których wierzchołek kąta zwrócony jest ku przodowi, a które zwykle dotąd były powodem do resekcji klinowej stawu, zdaniem Dr. Boeckel, nie dają koniecznego wskazania do tej operacji, gdyż taki chory może dobrze chodzić bądź to na szcudle, bądź też na kulach. Właściwie operacja ta wskazana jest przy zrośnięciach pod kątem, którego wierzchołek zwrócony jest ku wewnątrz, bo w tym razie nie ma punktu oparcia dla szcudła, a użycie kuli jest utrudnionem, gdyż goleń wykrzywiona ku zewnątrz, trącając kulę, łatwo obsunięcie jej spowoduje. Resekcję stawu kolanowego w takich warunkach pierwszy wykonał Bauer w Nowym-Yorku w roku 1863, i pierwszy też zastosował przy niej szew kostny dla zbliżenia i utrzymania w należytem położeniu końców kostnych; w roku zeszłym wykonał ją powtórnie Dr. Boeckel w Strasburgu u 48-letniego mężczyzny. (Gaz. Med. de Strasburg, 1866, Nr. 9).

Człowiek ten, mając lat 14 wieku, chorował na zapalenie ropne kolana prawego, z którego po trzech latach wyleczył się i był potem zdrowy zupełnie; dopiero na początku 1865 r. bez wyraźnej przyczyny, cierpienie to powtórzyło się znowu, a lubo po kilkomiesięcznej kuracji, ustąpiło, pozostała wszakże niekształtność kończyny uniemożliwiająca jej użycie; staw bowiem był zrośnięty, goleń z udem tworzyła kąt rozwarty, wierzchołkiem zwrócony ku wewnątrz, kość goleniowa skreconą była koło swój osi ku zewnątrz, tak iż kłykiec zewnętrzny zwrócony był ku tyłowi. Rzepka z kłykcami uda zrośnięta; dolna część kości udowej zgrubiała, kłykiec jej zewnętrzny w części zniszczony, wewnętrzny zaś znacznie wystający, skóra na nim zaczerwieniona, ból za naciśnięciem tej okolicy. Stan ogólny w czasie przybycia do szpitala, to jest w końcu lipca 1865, był zupełnie dobry.

Przez pierwsze trzy tygodnie pobytu w szpitalu, dawano choremu jodek potażu w celu zniesienia resztek zapalenia kości, a dnia 21 sierpnia 1865 r. Dr. Boeckel przystąpił do

wykonania operacyi. Po zachloroformowaniu chorego, zrobił najprzód cięcie poczynające się na dolnej części wewnętrznej strony uda, przechodzące poniżej dolnego brzegu rzepki i kończące się w odpowiednim miejscu strony zewnętrznej. Następnie objęty tem cięciem płat skórny półkolisty, wypukłością obrócony ku dołowi, odpreparował od części kostnych stawu, pozostawiając w nim rzepkę która okazała się zdrową, a włókniste jej przyrosty do kłykciów kości udowej, z łatwością oddzielić się dały. Wreszcie po obnazeniu kości i oddzieleniu o ile się dało okostnej, przepiłował ją powyżej i poniżej stawu na zgłębniku stawowatym Blandin'a, oddzieliwszy tym sposobem klin kostny wysoki od zewnątrz na 3, a od wewnątrz na $5\frac{1}{2}$ centymetrów. Ponieważ zbliżenie końców kości nie dawało się jeszcze skutecznie bez znacznego napięcia części miękkich, trzeba więc było znowu wypilować kawałek kości udowej grubości $2\frac{1}{2}$ centymetrów, poczem dolny brzeg płata połączony został szwem krwawym z brzegiem odpowiednim rany, a boki pozostały otwarte dla swobodnego ujścia ropy. Po nałożeniu zwyczajnego opatrunku, kończyna umieszczoną była w ryniencie drutowej.

Przez pierwsze dni kilka po operacyi gorączka była silna, w tym czasie też na dolnej części uda rozwinęło się zapalenie różowe, które jednak niedługo trwało. 24 sierpnia po zdjęciu szwów brzegi dolne rany okazały się zrosniętymi, z boków odpływało nieco dobrej ropy. Lecz nazajutrz w nocy, skutkiem niespokojnego zachowania się chorego, nastąpiła dyzlokacya kości; koniec dolny kości udowej przesunął się po nad koniec górny kości goleni, a zrosnięte w dolnej części brzegi rany, rozerwały się. Odprowadzenie końców kości do właściwego położenia, nastąpiło z dosyć znaczną trudnością, poczem nałożono na kończynę bandaż krochmalny z okienkiem w miejscu kolana. Dnia 26 sierpnia stan chorego był bezgorączkowy. 1 września cała powierzchnia rany pokryta *granulacyami*, lecz koniec kości udowej znowu okazał się nieco dyzlokowany, w tym samym co poprzednio kierunku. Utworzenie się ropnia na zewnętrznej stronie uda, skłoniło do zdjęcia opatrunku krochmalnego i umieszczenia kończyny napowrót w ryniencie drutowej; lecz gdy dyzlokacya końca kości udowej w tej ryniencie coraz się powiększała, 3 września zamieniono ją opaską Sculteta, co jednak nie zdołało utrzymać kończyny w należytem położeniu. Pod koniec września, przy znacznem już podgojeniu rany zewnętrznej, dolny koniec kości udowej tak bardzo wystawał ku przodowi i wewnątrz, iż położenie kończyny zbliżało się prawie do stanu pierwotnej niekształtności, a kości tak silnie były w tem nienormalnem położeniu utwierdzone, iż odprowadzenie ich nie dało się skutecznie.

W skutek tego, dnia 26 września po zachloroformowaniu chorego, Dr. Boeckel za pomocą nowego cięcia w częściach miękkich odkrył kość udową i wypilował z niej znowu kawałek grubości około 3ch centymetrów; poczem owinąwszy kończynę watą, umieścił ją w łubkach, z których przednia niedopuszczać miała nowęj dyzlokacyi, na wierzch zaś nałożył opatrunek krochmalny z okienkiem. Dalszy przebieg gojenia po tej nowęj operacyi, skomplikowany był tylko przez tworzenie się ropni na bocznych okolicach kolana, które po rozszerzeniu okienek otwierano; położenie kończyny pozostawało dobre, rana pokrywała się pięknymi granulacyami. 30go listopada, końce kości tak dobrze już były zrosnięte, iż przyrząd krochmalny mógł być zdjęty. Rana prawie zupełnie zablizniona; pozostało tylko na jej przebiegu kilka fistulek, które długo nie chciały się zagoić. W ciągu stycznia 1866 r. wychodziły niemi jeszcze drobne kawałeczki kości. Stan ogólny operowanego był ciągle dobry. 4go lutego operowany po raz pierwszy zaczął chodzić na kulach; na wewnętrznej stronie uda, pozostała jeszcze jedna tylko fistułka niezagojona, która dopiero w kwietniu się zablizniła.

Dnia 21 czerwca 1866 r. kiedy operowany jako zupełnie wyleczony przedstawiony był przez Dra Boeckel towarzystwu lekarskiemu Strasburskiemu, kierunek kończyny był zupełnie prosty, goleń jednak pozostała nieco skręconą ku zewnątrz, kość goleniowa dokładnie zrosnięta z udową tak, iż w miejscu dawnego stawu żadnego ruchu nie było, rzepka pozostała ruchomą. Poniżej rzepki zagłębienie blisko jeden centymetr głębokie, powstałe skutkiem lekkiego wystawania końca kości udowej ku przodowi, staw stępowy sztywny, ruchy jego ograniczone, muskulatura uda dobrze rozwinięta, łydka poprzednio w stanie zaniku, zaczynała się napowrót rozwijać. Skrócenie kończyny wynosiło 13 centymetrow.

Po opisanii faktu, Dr. Boeckel zwraca uwagę na dwie okoliczności: mianowicie, na zbyt wielkie, w stosunku do utraconej substancji kostnej, skrócenie kończyny, które tłumaczy

resorbcyą na pewnej przestrzeni tkaniny kostnej, będącej w stanie zapalenia, i na szczególną dążność końców kości do dyzlokacji. Dla zapobieżenia tej ostatniej Bauer robił szew kostny, którego w obecnym wypadku, z powodu chorobliwego stanu kości udowej, nie można było zastosować. Roser i Billroth radzą użycie ostrego trzpnia Malgaigne'a; za najlepszy jednak środek zapobiegający dyslokacji, uważa Boeckel nałożenie na kończynę zaraz po operacji przyrządu nieruchomego gipsowego, jak to robi Langenbeck, i mniema, że gdyby był odrazu poszedł za przykładem tego ostatniego, byłby miał mniej kłopotu ze swoim chorym.

Dr. S. Witkowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie za miesiąc Grudzień b. r. ¹⁾.

Urodziło się:	Chrześcian.			Starozakonnych.			Ogółem.
	chłopców,	dziewcząt,	razem.	chłopców,	dziewcząt,	razem.	
z małżeństwa	238	227	525	90	58	148	673
z stanu wolnego	31	36	70	—	—	—	70
podrzutków	98	81	174	—	—	—	174
Razem	367	344	711	90	58	148	859
Umarło: od 0 — 1 roku życia	90	65	155	48	44	92	247
„ 1 — 7 „ „	61	41	105	23	31	54	159
„ 8 — 20 „ „	14	12	26	7	6	13	39
„ 21 — 60 „ „	89	80	169	24	18	42	211
„ 60 i dalej „ „	42	46	88	15	12	27	115
Razem	296	247	543	117	111	228	771

Urodziło się przeto w tym miesiącu o 146 osób więcej niż umarło, a o 147 osób więcej niż w przeszłym. Urodziło się zaś w tym miesiącu u chrześcijan o 109, a u starozakonnych o 38 osób więcej niż w zeszłym; stosunek ten przeto u chrześcijan w porównaniu do ludności cokolwiek pomyślniejszy wprawdzie, mając jednak wzgląd na to, że i liczba dzieci nieprawego łoża się powiększyła o 16 osób, okaże się, iż uwzględniając jedynie przyrost ludności ze związków małżeńskich, ten dla chrześcijan stawia się mniej pomyślnym; jest bowiem mniejszym od stosunku obu ludności do siebie.

Śmiertelność okazała się w tym miesiącu *większą* od śmiertelności w poprzedzającym a to o 107 osób, i w ogóle wypada na niekorzyść chrześcijan, nawet i wtedy, jeżeli z tej liczby wyrzucimy ilość zmarłych podrzutków, t. j. 20. Pierwszy rok życia dał największą liczbę wypadków śmierci, o 36 osób nawet więcej, aniżeli cały okres od 21—60 lat życia. Okres wieku 13to letni, o 8—20 roku zaś najmniejszą, a nawet nader małą, bo tylko 29 osób. Dzieci w 1ym roku życia umarło w tym miesiącu o 27 więcej aniżeli w przeszłym, t. j. o liczbę nieżywych porodów, których stosunkowo do liczby urodzeń więcej przypada na starozakonnych niż chrześcijan, chociaż liczba ostatnich (15) jest większa niż pierwszych (12).

W porównaniu z miesiącem przeszłym urodziło się nieżywych dzieci u chrześcijan o 2 mniej, u starozakonnych o 7 więcej. W ogóle śmiertelność dzieci w 1ym roku życia przedstawia się i w tym miesiącu jak i w poprzednich na niekorzyść starozakonnych. Umarło bowiem u nich 92, t. j. 63⁰/₀ urodzonych, gdy tymczasem u chrześcijan umarło tylko po odtrąceniu podrzutków 135 na 595 urodzonych (bez podrzutków) czyli 23⁰/₀. Różnica jest uderzająco wielka i potwierdzająca owe uwagi, któreśmy już kilkakrotnie przytaczali, iż istnieją pewne czynniki u ludności starozakonnej, wpływające nadzwyczaj niekorzystnie na życie dzieci w pierwszych latach życia, których zbadanie byłoby pod względem Hygieny i Policji Lekarskiej wielce pożądanym. Wylaczyliśmy zaś z tego obliczenia podrzutków dla tego, bo wciągnięcie ich dałoby liczby błędne. Przyrost bowiem podrzutków bywa w księgach lu-

¹⁾ Opóźnienie sprawozdań miesięcznych z ruchu urodzeń i śmiertelności w Warszawie, nastąpiło w skutek przyczyn od Redakcyi niezależnych. P. R.

duości notowany; lecz ubytek ich tylko częściowo: to jest ta część z nich tylko, która w Warszawie umiera. Nierównie zaś większa liczba podrzutków prawie $\frac{9}{10}$ była wyselana na wieś na mamki, a liczba zmarłych na wsi podrzutków nie wchodzi w liczby śmiertelności Warszawskiej; ztąd wynika błąd wielki w obliczeniu prawdziwem przyrostu ludności przez urodzenie. Ztąd i stosunek śmiertelności Chrześcian do starozakonnych wypadłby zupełnie błędny.

Tenże niekorzystny stosunek śmiertelności u starozakonnych okazuje się i w następnych dwóch okresach wieku, t. j. od 2—7 roku życia, i od 8—20 roku życia. Na 105 chrześcian bowiem w pierwszym z tych okresów umarło 54 starozakonnych, t. j. więcej niż $\frac{1}{3}$, a ponieważ w skutek śmiertelności większej w 1-ym roku życia u starozakonnych mniej musi być stosunkowo dzieci w tym wieku niż u chrześcian, więc ten stosunek idzie oczywiście i na ich niekorzyść. Taki sam stosunek przedstawia i drugi z powyższych okresów t. j. na 26 chrześcian 13 starozakonnych czyli $\frac{1}{3}$ całej śmiertelności w tym okresie, gdy tymczasem stosunek śmiertelności w późniejszych okresach objawia się w wysokim stopniu na niekorzyść chrześcian. Na 326 wypadków śmierci od 21 roku życia począwszy, przypada 257 na chrześcian a 69 tylko na starozakonnych; różnica nader uderzająca, a dla społeczeństwa i państwa niezmiernie wielkiej wagi, bo to jest właśnie wiek działalności i produkcyjnej pracy człowieka. Jeżeli przytém zwrócimy na to uwagę, że cała ludność starozakonna zarobkowi przemysłowemu w rozmaitych kierunkach się oddaje, mianowicie handlowi we wszystkich jego postaciach, że przeto większa część ludności, a nawet przypuścić należy dwa razy większa albo może i więcej niż chrześcian na tém polu jest czynną, czyż można się dziwić, jeżeli cała waga przemysłu i kupiectwa do téj ludności pomalą się przenosi? Gdybyśmy mieli dokładny spis ludności pod względem zatrudnienia, a zarobkującej pod względem wyznań, powyższe nasze przypuszczenie, na rozroście ludności jedynie oparte, zostałoby niezawodnie w zupełności stwierdzone, a czynnik społeczno państwowy bardzo wielkiej doniosłości, byłby dokładnie i należycie ustalonym. Jest nawet i to uderzajacem, że w okresie od 21—60 roku życia, a zatem w okresie najjędrniejszej działalności, stosunkowo do chrześcian mniej starozakonnych umarło, niż w następnym i ostatnim okresie.

Z ludności nad 80 lat mającej umarło w tym miesiącu 20 osób, a zatem o 2 osób mniej niż w Listopadzie. Z tych najstarsza, (mężczyzna chrześcian), miała lat 98, dwóch chrześcian mężczyzn miało po 94 lat, jedna starozakonna 92, jedna chrześcianka i jedna starozakonna po 90, dwie chrześcianki po 88, jeden mężczyzna chrześcian 87, jedna starozakonna 85, jeden mężczyzna chrześcian i jedna starozakonna po 84; dwoje chrześcian po 83, nakoniec dwóch mężczyzn i trzy kobiety chrześcian po 82. W tym okresie życia znajduje się więc pomiędzy zmarłymi starozakonnych bardzo mało, bo tylko 4 : 20 czyli $\frac{1}{4}$.

Co do *form chorobnych*, to największa liczba, t. j. 116 osób umarło na gruźlicę t. j. 15% prawie całej liczby zmarłych, a jeśli odtrącimy od liczby ogólnej, dzieci zmarłe w 1ym roku życia, to stosunek ten wyniesie 26% zmarłych nad 1 rok życia mających. Na choroby wysypkowe umarło 97 osób, w której to liczbie będzie najwięcej dzieci, pomnąc na to, że w Grudniu właśnie panowały wysypki gorączkowe epidemicznie. Dalej idą choroby zapalne, które dostarczyły 92 wypadków śmierci, a zatem o 45 wypadków śmierci więcej niż w Listopadzie. Na tyfus umarło: 86 osób; o 25 osób więcej niż w Listopadzie. Te cztery rodzaje chorób dostarczyły same 391 wypadków śmierci, a zatem więcej niż połowę ogólnej liczby, a jeśli do tego jeszcze dołączymy wypadki śmierci w 1-ym roku życia, to na wszystkie inne choroby przypada tylko 133 wypadków śmierci, z których najwięcej dostarczyła starość (26), śmierci nagłe (17 — a zatem o 6 więcej niż w Listopadzie), biegunka (19), choroby połogowe (15), obłąkanie (12), puchliny (18), reszta przypada na inne chroniczne choroby, z których rak liczy 3 wypadki. — Samobójstwa był tylko 1 wypadek, morderstw również tylko jeden.

Co do *zatrudnienia*, największą liczbę (156) dostarczyła ludność handlująca, w tym miesiącu o 11 osób więcej niż w zeszłym; rzemieślnicza 145, a wyrobnicza 142 wypadków; te trzy warstwy zatem więcej niż połowę całej śmiertelności miasta. Okoliczność, która się miesiąc w miesiąc powtarza, i zanadto jest wymowną, aby nie zwróciła uwagi i mężów sta-

nu i przyjaciół ludzkości. Ze stanu urzędniczego umarło 90 osób, o 2 więcej niż ze stanu służących, z których zmarło tylko 88. Z byłych wojskowych i ich rodzin zmarło 53 osób, z obywatelskiego stanu 49, z fabrycznej ludności 21, żebraków 10, duchownych 2 i z nauczycielskich rodzin 1, a liczba zmarłych podrzutek (20) uzupełnia całą śmiertelność tego miesiąca. Uwagi godną jest rzeczą, iż z rzędu rodzin byłych wojskowych, obywatelskich i urzędniczych, śmiertelność w ostatnich dwóch miesiącach mocno wzrosła.

Dochodzeń *sądowo-lekarskich* odbyto w tym miesiącu 25, po części na zmarłych, po części na żywych. Z tych przedstawiają następnie wypadki szczególniejszy interes, a mianowicie: wpadnięcie do studni i śmierć obłąkanego w szpitalu starozakonnych; spadnięcie z mostu na bruk i zgruchotanie czaszki wraz z śmiercią natychmiastową w skutek tego; poródzie bliźniąt, z których jedno nieżywe się urodziło, drugie w stanie pozorniej śmierci, która pomimo ratunku w rzeczywistość przeszła; zamordowanie osoby przez zgruchotanie czaszki na 30 kawałków; sądowy ogląd kości ludzkich znalezionych w prywatnym domu; dochodzenie na brzemiennej i 1 wypadek ospy naturalnej.

Prof. Dr. Wisłocki.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 7 marca do 13 marca (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	677	135	158	22	732
„ Śgo Ducha	147	49	35	5	156
„ Ewangelickim	76	30	15	3	88
„ Śgo Rocha	87	43	20	1	109
„ Śgo Jana Bożego	165	1	1	1	164
„ Śgo Łazarza	345	90	55	1	380
„ Starozakonnych	379	104	86	12	385
Ogółem:	1877	552	370	45	2014

Wiadomości bieżące.

— *Zastosowanie naprzemian ciepła i zimna do leczenia szybkiego zapalenia jądra (orchitis).* Dr. N u n n, chirurg przy Middlesex hospital podaje następną sposob mający w krótkim bardzo czasie leczyć zapalenia jądra, wynikłe skutkiem istniejącej poprzednio rzeżączki. Chory bierze ciepłą kąpiel, i w niej pozostaje przez 6—10 minut: następnie za pomocą rurki kauczukowej puszcza się na chore jądro strumień zimnej wody przez 2 minuty i chory znów zanurza się w ciepłą wodę, poczem jeszcze dwukrotnie powtarza się zimny natrysk z zachowaniem tegoż samego porządku. Takie postępowanie ma miejsce raz lub dwa razy dziennie; zwykle po 5—6 dniach ból i czerwonosć w jądrze ustępują, tkanki miękną i obrzmienie się znacznie zmniejsza; wtedy zastosowywa się nacisk za pomocą plastra lepkiego i jądro w bardzo krótkim czasie przechodzi do stanu normalnego. Istniejąca przytem rzeżączka leczy się odpowiednimi środkami wewnątrzemi lub zewnątrzemi. Szybkość leczenia za pomocą tego sposobu polegać ma na rozszerzaniu i kurczeniu się naprzemian naczyń w tkance zapalnej rozgałęzionych, w skutek czego znosi się zastój i sprawa zapalna ustępuje miejsca prawidłowemu odżywianiu. Na potwierdzenie skuteczności tego leczenia autor przytacza treściwie kilka wypadków, gdzie chorzy poddani tej metodzie, po tygodniu byli w stanie opuścić szpital w stanie pożądanym zdrowia. (The Lancet, Jan. S. 11. 1867).

— *Korrespondencya.* P. M. lek. w Tomaszowie Rawskim: artykuł pański będzie drukowany w następnym numerze Gaz. Lek.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

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

Redakcyja Gazety Lekarskiej 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.

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

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

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

TREŚĆ. Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych (Lymphosarcoma). Prof. Brodowskiego. — Zebranie się gazu i ropy w jamie opłucnej prawej (Pneumopyothorax), spowodowane gruźlicą płuc. Spostrzeżenie Dia Sommera. — Kronika Zagraniczna. Dwa tętniaki w przegubie kolanowym prawym i lewym wyleczone przez zgięcie odpowiedniej kończyny. Wyluszczenie całkowite obojczyka z pomyślnym skutkiem. S. Portner. — Kesekeya klinowa stawu kolanowego z powodu kąowego zrosnięcia stawu. Dr. Witkowski. — Część statystyczna. — Sprawozdanie miesięczne z urodzeń i śmiertelności w Warszawie, za miesiąc grudzień r. z. Prof. Dr. Wisłocki. — Wiadomości bieżące.

Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych. (*Lymphosarcoma, s. sarcoma lymphaticum malignum*).

Przez Prof. Brodowskiego.

Gruzoły limfatyczne często bywają siedliskiem nowotworów patologicznych. Już to samo, że narzędzia te składają się przeważnie z pierwiastków anatomicznych, które i w normalnych warunkach odbywają rozległe czynności twórcze, tłumaczy poniekąd przyczynę powyższej częstości: snadno się bowiem domyślić, że daleko łatwiej o zboczenia w czynnościach twórczych istniejących, aniżeli o wywołanie uspiionych, jakimi są nadmienione czynności w tkance np. łącznej, mięsnej i wielu innych. Do spowodowania wzmiankowanych zboczeń wystarcza już znaczniejsza zmiana w natężeniu działania bodźców fizyologicznych; kiedy obudzenie uspiionych oddawna czynności twórczych może przyjść do skutku tylko pod wpływem bodźców patologicznych. Nienależy spuszczać z oka jeszcze jednej okoliczności, która częstokroć także bardzo ważną gra rolę w etiologii patologicznych nowotworów gruczołów limfatycznych, a mianowicie niezwykłej już wrodzonej, niekiedy nawet odziedziczonej, już to nabytej wrażliwości tych narzędzi. Przy takiej wrażliwości częstokroć nieznaczne nawet zmiany w natężeniu działania bodźców fizyologicznych i bardzo słabe bodźce patologiczne, które przy zwykłych warunkach nie pociągnęłyby za sobą żadnych ważniejszych skutków, mogą dać początek niekiedy nawet uporczywym nowotworom patologicznym. Wiadomo każdemu w jak ścisłym związku pozostają czynności gruczołów limfatycznych ze sprawami odbywającymi się w odpowiednich tkankach lub narządziach, to jest tych, z których biorą początek naczynia dostawiające limfę do nadmienionych gruczołów. Każda taka sprawa połączona jest ze zmianą materii w odpowiednich pierwiastkach anatomicznych, przyczem zużyte i wydalające się z nich sub-

stancje, odprowadzane są w większej części przez naczynia limfatyczne; pomiędzy temi właśnie substancjami, podpadającymi bezwzględnie pewnym zmianom przy wzajemnym na siebie działaniu krwi i limfy w gruczołach limfatycznych, należy szukać fizjologicznych bodźców czynności twórczych wzmiankowanych gruczołów. Jak więc z jednej strony łatwo przewidzieć, że natężenie w mowie będących czynności nie tylko musi być różnym w rozmaitych gromadach gruczołów limfatycznych, lecz bywa niém także różnocześnie w wielu tych samych gromadach; tak z drugiej strony nie trudno się domyślić, że wszelkie zboczenia w zmianie materji pewnych tkanek lub narzędzi mogą pociągnąć za sobą także zboczenia w czynnościach twórczych odpowiednich gruczołów. Im więc łatwiej na powyższe zboczenia jaka tkanka lub narządzie mogą być wystawione, im wrażliwszymi są na wpływy chorobne (a wrażliwość ta może być także właściwością indywidualną bądź wrodzoną bądź nabytą), tém częściej odpowiednie im gromady gruczołów limfatycznych bywają siedliskiem nowotworów. To nam właśnie tłumaczy, dla czego w pewnych gromadach gruczołów limfatycznych, jak np. oskrzelowych, kręzkowych i t. p., w ogóle częściej się spotykamy z nowotworami patologicznymi, aniżeli w innych i dla czego znowu u pewnych osób pewne gromady częściej niż inne bywają siedliskiem wzmiankowanych nowotworów. Te same względy tłumaczą nam także, dla czego w ogóle gruczoły limfatyczne tak często bywają siedliskiem nowotworów następczych.

Pominąwszy co tylko wymienione nowotwory następcze, które pod względem budowy są najpospolicij tegoż samego wzoru histologicznego co i pierwotne, najczęściej w ogóle w gruczołach limfatycznych spotykamy się z tak zwanymi nowotworami limfatycznymi (*limphomata*), to jest w stosunku do pomienionych gruczołów hyperplastycznymi, pochodzącymi przeważnie z rozrostu (*hyperplasia*) tych samych komórek, które i przy normalnych warunkach ustawicznie się rozmnażają.

Obecnie coraz mocniej utwierdza się to zdanie, że najgłówniejszym zadaniem gruczołów limfatycznych jest dostarczanie krwi bezbarwnych jej ciałek, wykształcających się następnie na krążki zabarwione. Znajduje ono potwierdzenie i w tej okoliczności, że rozrost gruczołów limfatycznych pociąga za sobą pospolicie tak zwaną leukocytozę, t. j. powiększenie ilości bezbarwnych komórek we krwi, a niekiedy bywa źródłem bardzo niebezpiecznego stanu patologicznego znanego pod nazwą leukemii, zależącego jak wiadomo nie tylko od powiększenia ilości ciałek bezbarwnych, lecz i uszczuplenia jednocześnie w nich własności wykształcania się na krążki zabarwione, skutkiem czego ilość ostatnich we krwi znacznie się zmniejsza.

Doświadczenie jednak nie pozwala na bezwzględne szematyzowanie tego stosunku, to jest nadmieniony rozrost gruczołów limfatycznych nie tylko niezawsze bywa w prostym stosunku do stopnia leukocytozy, lecz owszem, stając się niekiedy przyczyną niszczenia tych narzędzi, (*degeneratio caseosa* np.), wręcz przeciwne sprowadza skutki. Nie jest to jedyny sposób, w jaki nowotwory limfatyczne gruczołów limfatycznych paraliżują fizjologiczne ich czynności. Może to nastąpić także i w skutek zwyrodnienia tych narzędzi. Przychodzi ono zwykle do

skutku w takich razach, kiedy nowotwory limfatyczne nie są wynikiem li tylko prostego rozrostu (w ścisłym znaczeniu tego wyrazu) gruczołów limfatycznych, a mianowicie kiedy pierwiastków anatomicznych w mowie będącym nowotworem dostarczają nie tylko komórki rozmnażające się w nadmienionych gruczołach i przy normalnych warunkach, lecz i komórki tak zwanéj tkanki siateczkowatéj (reticulum), a przede wszystkim tkanki łącznéj stanowiącéj podścielisko gruczołów. Nie mamy już w takich razach do czynienia z nowotworem podobnym (homeologicznym) do wszystkich składowych części tkanki macierzystéj, podobnym on jest bowiem z budowy li tylko do mięszu (pareuchyma) gruczołów limfatycznych, lecz nie posiada składowych części odpowiadających ich podścielisku. W zwyrodniałych w ten sposób gruczołach limfatycznych nie może już być ani mowy o różnicy między substancją korową, a rdzeniową, wszystko się zlewa po większej części w jedną limfomatyczną tkankę.

Nadmieniliśmy cotylko, że zwyrodnienia takie pospolicie pociągają za sobą upośledzenie fizyologicznych czynności gruczołów limfatycznych, nie można wszakże tego uważać za ogólne prawidło: owszem znane są nawet wypadki leukemii, jako następstwo takiegoż samego zwyrodnienia znacznej ilości gruczołów limfatycznych. Jakie są warunki wpływające na zmianę skutków tak jednakiego na pozór stanu patologicznego tych samych narządzi, to pozostaje dla nas najzupełniejszą tajemnicą.

Nowotwory limfatyczne, jakkolwiek w znaczną ilość komórek obfitujące, należą zawsze jeszcze do rzędu nowotworów łączno-tkankowych: pierwowzorem ich fizyologicznym jest parenchymatyczna część gruczołów limfatycznych, wiadomo zaś, że i ta część niczym innym nie jest, jak tylko pewną odmianą tkanki łącznéj. Rozmnażanie się i bujanie komórek w tego rodzaju nowotworach może dojść do takich rozmiarów, że nowo powstała tkanka będzie się różniła od właściwéj tkanki gruczołów limfatycznych znaczniejszą li tylko ilością komórek (w stosunku do substancji międzykomórkowéj) i większą ich objętością. Nowotwory takie, nazywają obecnie mięsakami limfatycznymi (*sarcoma lymphaticum* s. *lymphosarcoma*). Łatwo się domyślić, że między nimi a nowotworami limfatycznymi tak samo niemasz pewnéj granicy, jak między mięsakami włóknistymi (*fibrosarcoma*) i włókniakami (*fibroma*), albo mięsakami śluzowymi (*myxosarcoma*) i śluzakami (*myxoma*); że zatem dosyć często możemy się spotkać z formami pośrednimi t. j. z takimi nowotworami, które po części są limfomatami, po części zaś mięsakami limfatycznymi.

Mięsaki limfatyczne w ogóle do nowotworów złośliwych nie należą, ale lada chwila mogą się stać nimi; a więc i łagodność ich jest wielce podejrzaną. Pierwszym objawem takiej złośliwości bywa pospolicie odpowiednie zwyrodnienie nie tylko rozrostéj dawniejszéj powłoki gruczołów limfatycznych, lecz i tkanki łącznéj sąsiedniéj, w skutek czego granice pomiędzy pojedynczymi zwyrodniałymi gruczołami limfatycznymi, należącymi do jednéj gromady, zacierają się najzupełniej, a niekiedy nawet i pomiędzy sąsiednimi gromadami. W dalszym ciągu nowotwór przejść może na narządzia sąsiednie, a w ostatku przerzucić się i na najodleglejsze.

Taki złośliwy mięsak limfatyczny mieliśmy sposobność obserwować przed półtora rokiem w szpitalu ujazdowskim. Wypadek ten, jako zasługujący z wielu względów na uwagę, podajemy do wiadomości kolegów.

W dniu 24m listopada 1865 r. przybył do nadmienionego szpitala żołnierz 32 lat wieku, uznany z powodu ogólnego osłabienia, za niezdolnego do służby w armii czynnej. Chory wątłej budowy ciała, wzrostu miernego, jasny blondyn, mocno wycieńczony, nie gorączkujący, o cienkiej, suchej, powiększonej części bladłej, na policzkach wszakże zlekka zaczerwienionej skórze, uskarżał się głównie na ustawiczny tępy ból w brzuchu, zwłaszcza w pobliżu podżebrza lewego, i ogólne osłabienie. Przez cienkie ściany nieco wzdętego brzucha, tuż poza nimi, z lewej strony pod żebrami z łatwością daje się wyczuwać dosyć twardy guz wzgórkowaty, nieruchomy, którego środek przypada mniej więcej na przedłużenie lewej linii sutkowej. Objętość jego ani za pomocą wymacywania, ani też opukiwania ściśle oznaczyć się nie dała; granice bowiem tego guza, górna i zewnętrzna, pozostały niewiadomymi z powodu zlewania się odpowiedniego mu stopienia odgłosu przy opukiwaniu; u góry z stopieniem odpowiadającym lewemu płatowi wątroby a dalej sercu, na zewnątrz zaś z stopieniem śledzionowem. Co się zaś tyczy granicy wewnętrznej, tę stanowiła linia środkowa (l. mediana), dolną wostatku, linia pozioma przechodząca przez pępek. Guz ten jest siedliskiem owego tępego bólu, na który chory głównie się skarży, a który przy pociskaniu wzmiankowanego guza znacznie się zwiększa. Oprócz tego większego, w téjże jamie brzucha, jakkolwiek nieco trudniej z powodu głębszego swego położenia, dawały się wszakże wymacać rozproszone, dosyć liczne, mniejsze guziki ruchome, których ani objętości, ani też spójności (*consistentia*) dokładniej oznaczyć było niepodobna. Nadto wszystkie gruczoły limfatyczne szyjowe i pachowe zwłaszcza z lewej strony nieco nabrziałe, apetyt zmniejszony, trawienie utrudnione, chory często doznaje, zwłaszcza po przyjęciu pokarmów, ciężkości, odbijania się, rozdymania brzucha, stolce nieregularne, po większej części leniwe, bardzo rzadko niewielka biegunka. Uderzenia serca dosyć słabe, tętno drobne, nieco przyśpieszone. Reszta funkcyj żadnych zбочeń ważniejszych nie przedstawia.

Z opowiadania chorego tyleśmy się tylko dowiedzieli, że bólu brzucha, o którym wyżej była wzmianka, doznaje od pięciu miesięcy i że w tym samym czasie dostrzegł, iż mu w brzuchu, jak się sam wyraża, coś rośnie. Przed miesiącem chory często womitował, prawie codziennie, trwało to przeszło tydzień; obecnie zaś wymiotów, ani nudności nie miewa; stolców ani krwawych, ani czarnych u siebie nie spostrzegł. Zapytany o czas w którym się pokazało wyżej nadmienione obrzmienie gruczołów limfatycznych, odpowiedział, iż nic o niem nie wie i że teraz tylko od nas o obrzmałościach tych się dowiedział.

Rozpoznanie sprawy chorobowej w obecnym przypadku było bardzo trudne i jak się później pokaże, z trudności tych wcaleśmy zwycięzko nie wyszli. Najprawdopodobniejszym zdawało się to, że winą w tym razie wszystkiego był ów duży guz wzgórkowaty, znajdujący się w jamie brzucha.

Chodziło więc przedewszystkiem o oznaczenie siedliska i natury jego. Nasamprzód zdawało się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że guz ten do zaotrzewnych

(*retroperitonealis*) nie należy: taka najzupełniejsza odpowiadała mu tępość przy opukiwaniu, tak zdawał się leżeć tuż po za ścianami brzucha przy wymacywaniu. Najzupełniejsza nieruchomość wzmiankowanego guza przy najgłębszych nawet wdechaniach służyła nam za dowód, że siedliskiem jego nie była ani śledziona ani też lewy płąt wątroby. Pozostał więc tylko wybór między siecią (*omentum*) i żołądkiem. Wszystko przemawiało za tém, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym. Wiadomo zaś, że pierwotne tego rodzaju nowotwory sieci, najpospoliciej zjawiają się w postaci rozlanych (*diffusa*) po całej sieci, i że w skutek tego, dosyć prędko do wielkich dochodzą rozmiarów, oraz że najczęściej są to raki klejowate (*carcinoma coloidum*), pospolicie twarde. Brak tych wszystkich cech w naszym nowotworze przechylił zdanie nasze na korzyść żołądka. Rozpoznanie więc nasze brzmiało: *rak krzywizny większej żołądka* (*carcinoma curvaturae majoris ventriculi*), znajdujący się w pobliżu dna tego narzędzia. Jest to wprawdzie część żołądka, w której w porównaniu z innymi jego częściami najrzadziej się spotykamy z rakami, ale się spotykamy. (Nie więcej właśnie jak na parę tygodni przed tym wypadkiem przysłano nam z jednego z oddziałów tegoż samego szpitala ujazdowskiego żołądek, większa krzywizna którego po samym środku na znacznej przestrzeni znajdowała się w stanie zwyrodnienia rakowego. Rak w tym wypadku przeszedł na okrężnicę poprzeczną i uległ tak głębokiemu owrzodzeniu, że bardzo nie wiele brakowało do utworzenia się przetoki żołądko-okrężnicowej). Nie mógł także osłabiać naszego rozpoznania i brak wymiotów; tłumaczyliśmy takowy zwyrodnieniem ścian żołądka na znacznej przestrzeni, stojącym na przeszkodzie antyperystaltycznym jego ruchom. Przypuszczenie to zdawało się nam tém prawdopodobniejszym, ile że wymioty przed miesiącem kiedy guz był znacznie mniejszy, bardzo często miawały miejsce. W wyżej, przytoczonym wypadku raka krzywizny większej żołądka, wymiotów także nie było podczas całego kilkutygodniowego pobytu chorego w szpitalu.

Co się zaś tyczy tych mniejszych, rozmaitej wielkości guzików, rozrzuconych po jamie brzucha, o których wyżej była wzmianka, te uważaliśmy za następstwo rozsiewania się (*disseminatio*, Virchow) po otrzewnej pierwotnego nowotworu. W ostatku nabrzmienie gruczołów limfatycznych na szyi i pod pachami mieliśmy za dalszy ciąg nadmienionego rozsiewania się, pośredniczącego jak wiadomo tak często rozpowszechnieniu (*generalisatio*) raków w naszym organizmie. (*Dok. n.*)

**Zebranie się gazu i ropy w jamie opłucnej prawej (*Pneumopyothorax*),
spowodowane gruźlicą płuc (*Tuberculosis pulmonum*).**

Spostrzeżenie Dra Sommera.

M. K. . . wyrobnik, 54 lat, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus na salę Dra Wszebora w dniu 11 lutego r. b. Badanie nie wykazało żadnych odziedziczonych do chorób skłonności. Obłożnie nigdy nie chorował. Od kilku lat trwający kaszel, niekiedy z kluciem w klatce piersiowej połączony i stopniowo powiększająca się duszność, zmuszały go w końcu do opuszczania, na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, utrudniających zajęć i szukania lekarskiej pomocy.

Przed 15 miesiącami zostawał w szpitalu Dzieciątka Jezus na sali 15tej pod opieką Dra Kobylańskiego, a uwolniony od gorączki, bólów kolących z obu stron klatki piersiowej, uciążliwej duszności podówczas towarzyszących, ze zmniejszonym kaszlem w dni 11 opuścił szpital.

Około 20 grudnia r. z. znów silny i bardzo męczący kaszel, duszność, uczucie ciężaru na piersiach, upadek trawienia, gorączka wieczorną porą wzmagająca się, zmusiły go powtórnie do zasięgnięcia rady lekarskiej, którą znalazł u Dra Mühlhause na 30 sali szpitala wyżej wspomnianego. Po 27-dniowym pobycie znowu doznawszy ulgi, wypisał się, lecz od silnego kaszlu i uciążliwej duszności, występującej przy najmniejszym wśród pracy wysileniu, już nie był wolny.

Prowadząc jako wyrobnik tryb życia nieodpowiedni stanowi jego zdrowia, przy braku dostatecznego pożywienia, od dwóch tygodni nagle wzmożoną chorobą i nędzą przyciśnięty, po raz trzeci przybył do szpitala, przedstawiając stan następujący:

Budowa ciała i wzrost mierne, mięśnie wiotkie i wychudłe, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła, skóra z odcieniem brudno-żółtawym, wygląd anemiczny, błony śluzowe blade. Podczas oddychania skrzydła nosa podnoszą się i opadają. Kąt ust ku lewej stronie pociągnięty, jak również wyraźne przykurczenie innych mięśni twarzowych, uwydatnia powstające ztąd zboczenie w symetryczności mięśni twarzowych, szczególnie podczas uśmiechu i gwizdania. Zboczenie to wedle opowiadania chorego, wystąpiło nagle przed 6 miesiącami.

Co się tyczy klatki piersiowej, prawa jej połowa jest obszerniejszą od lewej; międzyżebra podniesione, gdyż znajdują się prawie na jednej powierzchni z wyniosłością żeber. Podczas wdychania i wydechania nie podnoszą się, ani też opadają. Napięcie ścian klatki umiarkowane. Odgłos nad grzebieniem łopatki i w dołku nadobojczykowym stłumiony z odcieniem bębnowym, niżej wyraźny bębnowy. Przyłożony ucho do ściany klatki podczas opukiwania, słyhać wyraźny metaliczny oddźwięk (*Tinnitus metallicus*).

Odgłos bębnowy z téjże strony klatki piersiowej z towarzyszącym mu oddźwiękiem metalicznym coraz wyraźniejszym się staje, postępując ku dołowi. Sięga na cal poza lewy brzeg mostka ku stronie lewej, w linii mostkowej zlewa się z odgłosem bębnowym brzucha, w linii sutkowej opuszcza się do górnego brzegu 8 żebra, w linii pachowej do 9go, nareszcie w linii łopatkowej sięga dolnego brzegu 11 żebra. Wysłuchiwanie klatki wykazuje u szczytu płuca obecność szmeru nieoznaczonego; poniżej grzebienia łopatki i poniżej obojczyka na szerokość cala, przechodzi oddech nieoznaczony w amforyczny z metalicznym odcieniem coraz wydatniejszym ku dołowi klatki. Przytém rżżenia u góry drobne, niżej grubsze z bardzo wydatnym podczas kaszlu dźwięczeniem metalicznym (*Tintement metallique*). Odbzmiewanie klatki (*Fremitus pectoralis*), ze strony prawej zniesione. Bronchofonia z metalicznym dźwiękiem.

Z lewej strony klatki u góry nad grzebieniem łopatki, w dołku nad i podobojczykowym do dolnego brzegu 3 żebra stępienie, niżej odgłos pełny i dość jasny dochodzi do górnego brzegu 4 żebra, z boku klatki piersiowej do 10, przy kręgosłupie do 11 żebra. Szmer u góry nieoznaczony z drobnymi rżżeniami, ni-

żej pęcherzykowy zaostrowany z licznymi rzeżeniami, świstami i burczeniem. Oddechanie utrudnione, płytkie, 44 na minutę, mięśnie oddechowe silnie pracują. Przytem chory doznaje przykrego uczucia ciężaru na piersiach, przy głębszém odetchnięciu klucia wzmagającego się podczas kaszlu, który jest suchy, częsty i z małą wykrztusina.

Prawy brzeg serca na 1½ cala ku lewój stronie od lewego brzegu mostka przesunięty, brzeg lewy sięga na 1½ cala zewnątrz linii sutkowej lewój, granica górna zupełnej serca tępości poczyna się na wysokości dolnego brzegu 4go żebra, uderzenie wierzchołka serca (spitzenstoss) w 5ém międzyżebżu zewnątrz linii sutkowej, bardzo słabe i mało wydatne.

Tony serca i wielkich jego naczyń zagłuszone głośniami szmerami i rzeżeniami powstającymi w płucach. Puls 123 mały, miękki i nieregularny.

Wątroba ku dołowi zepchnięta, górną granicę powyżej już oznaczono, dolny jój brzeg sięga na 4 palce poniżej dolnego brzegu klatki piersiowej.

Śledziona nie daje się oznaczyć, gdyż granice zupełnej tępości są pokryte odgłosem bębnowym jelit.

Język podsychnięty, na brzegach czerwony, w pośrodku górnej powierzchni białawo obłożony; ciągła chęć do picia, brak apetytu, wzdęcie mierne brzucha wydającego odgłos bębnowy, oprócz na powyżej wspomnianém miejscu w prawém podżebrzu, odpowiadającém zupełnej tępości wątroby. Brzuch przy ugniataniu nieco bolesny. Stolców kilka rzadkich dziennie. Uryna w miernój ilości, C. g. 1,015, z małą ilością białka. Brak snu, trwoga i niespokojność, chory przyjmuje co chwila inne pozycye; najdogodniej leżyć mu przy lekkim pochyleniu na bok lewy. Ciepłota ciała nieco podwyższona. Oto stan w którym zastaliśmy chorego w dniu 12 z. m.

Zeznania chorego o poprzednim stanie, jak również objawy zaczerpnięte przez badanie stanu obecnego, upoważniają nas do mniemania, że zboczenie w mięśniach twarzy od 6 miesięcy trwające, odnieść wypada do zmian zaszłych w rozgałęzieniu nerwu twarzowego, lub w punkcie jego wyjścia, w braku innych przyczynowych momentów, na powstanie bezwładu mięśni prawej połowy twarzy, wpływając mogących.

Obecność małej ilości białka w moczu, zapewne pochodzi od mięszowego zapalenia nerek.

Brak apetytu, chęć do picia, podsychnięty język, mierne wzdęcie i bolesność brzucha i kilka dziennie oddawanych stolców wodnistych, odnieść należy do niezżytego zajęcia przewodu pokarmowego.

Jednakże siedliskiem głównej choroby zagrażającej życiu chorego, są płuca i błona opłucna. Zmiany w nich zachodzące datują swój początek od kilku lat. Ciągłe trwający kaszel i duszność przy wzmagających się kłóciach w klatce piersiowej, od czasu do czasu występujących zgorączką, odnieść wypada nie tylko do przewlekłego niezżytu błony śluzowej oskrzeli (*Bronchitis chronica*) i zapalenia opłucnej (*Pleuritis*), ale i główny warunek do podtrzymania tychże, stanowi obecność sprawy gruźliczej w szczytach płucnych. Znaki fizyczne są dostatecznymi do jój przypu-

szczenia i ciągły jej postęp spowodował prawdopodobnie wytworzenie się jamy w szczycie płuca prawego, która coraz więcej szerząc się przedziurawiła je i spowodowała wejście powietrza przez drogi oddechowe, z jamą gruźliczą komunikujące, do jamy opłucnej. Obecność powietrza w jamie opłucnej i część zawartości z jamy gruźliczej, która przy przedziurawieniu lub może i później do jamy opłucnej wniknęła, drażniąc błonę surowiczą, wywołała sprawę wysiękową zapalną i tém tłumaczymy klócia, na które chory w dniu przybycia się uskarżał. Znaków jednakże obecności zapalnego wysięku podczas badania w dniu przybycia chorego do szpitala nie wysłedzono.

Odgłos bębnowy z dźwiękiem metalicznym słyszany podczas przyłożenia ucha do prawej strony klatki piersiowej, oddech amforyczny z oddźwiękiem metalicznym, obniżenie zupełnej tępości wątroby w linii sutkowej do 8, w linii pachowej do 9, a w linii łopatkowej do 11 żebra, rżenia z dźwiękiem metalicznym, powiększenie objętości prawej połowy klatki piersiowej, podniesienie się międzyżeber, nieruchomość ich podczas wdychania i wydychania, znaczne przesunięcie serca ku stronie lewej, zmniejszenie odbrzmiewania ścian prawej połowy klatki piersiowej, obok innych jeszcze znaków, które powyżej wymieniono, stanowią dostateczny powód do przypuszczenia obecności gazu w jamie opłucnej. Jakaż więc bliższa tego przyczyna? Jasną na to pytanie znajdujemy odpowiedź w obecności nieoznaczonego oddechu i stopienia odgłosu w szczytach płuc, które z obydwóch stron klatki w dołach nad i podobojczykowych oraz nad grzebieniami łopatkowej wysłedzono; dodawszy do tego trwające od lat kilku objawy nieżyty, nie możemy prawie powątpiewać o obecności sprawy gruźliczej w płucach.

Zestawiwszy zatem wszystkie wyszczególnione przypadłości, stawimy rozpoznanie na: bezwład lewej strony twarzy (*Paralysis facialis*), odymkę piersiową z zapaleniem ropnym opłucnej (*Pneumopyothorax*), przewlekły nieżyt błony śluzowej oskrzeli (*Bronchitis chronica*), nieżyt żołądka i kiszek (*Catarrhus ventriculi et intestinorum*) nareszcie miąższowe zapalenie nerek (*Nephritis parenchymatosa*).

Choremu zalecono cięte bańki na plecy, okłady z płótna maczanego w wodzie gorącej, wewnątrz napar z 10 gran ipekakuany (korzenia) na 6 uncyj wody, co 2 godziny łyżkę, napój klejki i ściśłą dyetę.

W dniu 13 lutego żadnej nie wysłedzono zmiany w znakach fizycznych klatki piersiowej, bole zmniejszyły się, kaszel suchy i męczący. Ciepłota ciała utrzymuje się nieco podwyższoną. Puls 116 mały, miękki, nieregularny. Brzuch miernie wzdęty, biegunka trwa, język podsuchający. Błona śluzowa ust i nosa zasienne. Zalecono małe dawki ipekakuany i makowca.

Dnia 14 kolące bole w klatce znów wzmogły się, przy wstrząsaniu klatką piersiową ujętą z boków w dwie dłonie słyszeć się daje pluskanie (*succusio hippocratica*). W dolnej części klatki ze strony prawej na wysokości 6 żebra z przodu stępienie, którego granice zmieniają się przy zmianie pozycji chorego, zresztą znaki fizyczne jak w dniu przybycia do szpitala. Kaszel dokuczliwy, brak apetytu, pragnienie i biegunka. Bładość twarzy, sinność warg i nosa wzmagają się, niepokojność wzrasta, oddychanie coraz trudniejsze. Zalecono wewnątrz małe dawki makowca i okłady ciepłe na brzuch.

W dniu 15 z. m. liczba płytkich oddechów 44 na minutę, prawa połowa klatki bardziej rozdęta, oddech amforyczny z oddźwiękiem metalicznym bardzo wyraźnym, równie jak rżenia, które są bardzo obfite. Kaszel męczący, wykrztuszanie skąpe połączone z bólami kolącymi, przerywającymi sen chorego. — Trwoga coraz bardziej na twarzy uwydatnia się, chory unika głębszego oddechu, jako wywołującego mocne klucia. Język suchy, pragnienie, brak apetytu, brzuch niewzdęty, lecz w przebiegu kiszki grubej bolesny. Stolców 4 wodnistych. Ciepłota nieco podwyższona. Puls 128. Terapia eadem i ciepłe okłady na brzuch.

Wieczorem duszność się wzmacnia, oddech coraz płytszy, chrapliwy (*Respiratio stertorosa*), puls drobny bardzo mały i częsty. Ciepłota się obniża i chory przy objawach ogólnego upadku sił, duszności i bólów kolących w klatce piersiowej, w nocy z dnia 15 na 16 lutego życia dokonał.

Badanie pośmiertne ciała wykonane w dniu 17 z. m. wykazało: znaczne powiększenie objętości prawej połowy klatki piersiowej, między-żebra wyrównane. Steżenie pośmiertne w miernym stopniu. W dość grubej i zbitej czaszce opony i mózg przekrwione i surowiczo-nasiąkłe, komórki boczne nieco rozszerzone, małą ilość płynu surowiczego przezroczystego bezbarwnego zawierające.

Po otwarciu jamy brzusznej, wątroba wystaje z pod dolnego brzegu klatki piersiowej w linii sutkowej na 3 i pół cala, w mostkowej na 4 cale, w ogóle pozycja jej zmieniona przez przechylenie górnej jej powierzchni ku przodowi. Przepona zepchnięta, szczytem do wysokości dolnego brzegu 6 żebra sięgająca.

Przy otwieraniu klatki piersiowej, wydobywa się z jamy opłucnej prawej z syczeniem gaz. Jama opłucna rozszerzona, mieści przeszło kwartę płynu mętnego żółtawego z płatkami miękkimi żółtawej barwy. Śródpiersie przednie, i serce znacznie ku stronie lewej przesunięte tak, że prawy brzeg mostka na zewnątrz oddalony. Płuco prawe ku tyłowi zepchnięte, ugniecione w dolnej części, w szczycie mocno do ścian klatki przyrosłe, na powierzchni w górnej części pozapadane, barwy sino-czarniawej. Płat górny dość twardy z twardszemi ogniskami w pośród miąższu. Płat dolny na powierzchni sino-niebieskawy, łykowany, wśród miąższu tkwi znaczna ilość stwardniałości. rozmaitej wielkości. Na 3 cale poniżej szczytu na cal od przedniego brzegu płuca znajduje się otwór okrągły, około 3 linii średnicy mający i komunikujący za pomocą wąskiego i krótkiego kanału z jamą gruźliczą, wielkości jaja kurzego, w szczycie płuca znajdującą się. Ściany jej nieregularne szarawemi i białemi smugami pokryte z wyzierającymi lub przesuwającymi się do przeciwległych punktów beleczkami okrągławemi. Powierzchnia rozkroju górnej części płatu górnego czarno-sinawa, czarno i biało pręgowana nie pokrywa się płynem nawet naciskając miąższ, który jest twardy, nietrzeszczący i powietrza zupełnie pozbawiony. Tu i owdzie tkwią gromadki gruzełków wielkości nasienia prosa do wielkości nasienia konopnego. Reszta miąższu płuca prawego przy rozkrawaniu trzeszczy, na rozkroju brudno-czerwonawa, czarnomarmurkowana, zasiana drobnemi gromadkami małych gruzełków szarych, wydzielająca małą ilość płynu drobno pienistego. Miąższ łykowany.

Płuco lewe w tylnej części do ściany klatki przyrosłe, część dolna i brzeg przedni lekko emphysematycznie rozdęty, miękkie z drobnemi stwardniałościami

w śród miąższu najobficiej w szczycie; przy ugniataniu trzeszczy. Powierzchnia u góry sino-czerwonawa, w dolnej części jaśniejsza. Powierzchnia rozkroju brudno-czerwona, czarno-poplamiona, w górnej części szaro-sinawa i białawemi smugami pokryta, w ogóle zasiana wysepkowato nagromadzonemi gruzełkami. Miąższ płuca w miejscach przez gruzełki niezajętych jest nasiąkły płynem surowicznym; z rozkroju sączy się mierna ilość drobno pienistego płynu brudno czerwonego. — Błona śluzowa w oskrzelach obydwóch płuc, mocno sino-czerwonawo zabarwiona, mierną ilością brudno-czerwonawego śluzu pokryta.

W sercu oprócz rozszerzenia komórki prawej nie uwagi godnego.

W nerkach objawy makroskopijne i drobnowidzowe wykazują obecność sprawy zapalnej w miąższu, czyli w kanalikach moczowych i tkance łącznej śród-miąższowej.

W przewodzie pokarmowym znaki nieżytu.

W wątrobie bierne przekrwienie.

Układ mięśny wyniszczoney, mięśnie, cienkie, wiotkie i dość blade.

Porównyując objawy za życia z objawami znalezionemi przy wykonaniu oględzin pośmiertnych, przekonywamy się, że uczynione w dniu przybycia chorego rozpoznanie, sprawdzone zostało zarówno na stole anatomicznym, jako też i pod drobnowidzem. Oględziny bowiem pośmiertne przekonywają, że przyczyną wniknięcia powietrza do jamy opłucnej prawej była sprawa gruźlicza, która lubo zajęła wszystkie płaty obydwóch płuc, jednakże szczyty jak zwykle najpierw i najwięcej jój uległy. Punktem wejścia powietrza do jamy opłucnej prawej była jama gruźlica (*vomica*), za pośrednictwem krótkiego kanału z jamą opłucną komunikująca. Powietrze dostawszy się do ostatniej zapewne wraz z częścią zawartości jamy gruźliczej, drażniąc, stało się przyczyną obudzenia sprawy zapalnej w opłucnej, (bo chory już poprzednio jój ulegał). Znaki fizyczne w pierwszych 2ch dniach po przybyciu do szpitala, nie wykryły obecności wysięku w jamie opłucnej prawej; dopiero 3go dnia po przybyciu, a 16 od chwili pogorszenia się stanu zdrowia chorego, wysłedzono przy wstrząsaniu klatki pluskanie (*succusio hippocratica*), a opukiwanie zdradziło obecność wysięku zmieniającego swoje siedlisko przy zmianie pozycji chorego. Od téj chwili należało zmienić rozpoznanie *Pneumothorax* na *Pneumopyothorax*. Wytworzenie się wysięku w jamie opłucnej, jak z historii choroby można się przekonać, nie wpłynęło na zmianę innych fizycznych znaków w klatce piersiowej. Niewielka ilość jego będąc wolną i dążąc do ułożenia poziomego na fizykalnych prawidłach płynów, utrzymywała się przy pozycji siedzącej chorego w dolnej, przy leżącej w tylnej części klatki i nie zatapiała otworu utrzymującego komunikację pomiędzy jamą gruźliczą i opłucną. Kaszel przez cały pobyt chorego w szpitalu był suchy, wycharkiwanie bardzo skąpe, wzdęcie prawej połowy klatki stopniowo się wzmagało, pomimo dość szerokiej drogi komunikacyjnej, którą wykryto przy badaniu pośmiertnym pomiędzy jamą gruźliczą i opłucną, co najwłaściwiej zdaje się należy przypisać zatkaniu się téjże drogi ukośnie ku dołowi skierowanej, zawartościami z jamy gruźliczej, a może i zaciskaniem przez gaz w jamie opłucnej będący. Gdyby powietrze do téjże wolny znajdowało przystęp, zajęta połowa klatki, raczej zapaść a nie wypuknąć się

powinna, zwłaszcza w okresie przed wytworzeniem się zapalnego wysięku. Podczas badania chorego niezdolano wysledzić dość dużej jamy gruźliczej, nawet powierzchownej w górnej części prawego płuca, domyślano się tylko jej obecności, gdyż niektóre znaki fizyczne w niniejszym wypadku towarzyszące, są wspólne jamom objętym grubymi ścianami i wniknięciu powietrza do jamy opłucnej. Na przyjęcie ostatniego, więcej danych zebrano momentów, które zdołały zatrzeć obraz jamy gruźliczej, zwłaszcza wypełnionej przez bardzo gęstą zawartość.

Objawy anatomo-patologiczne nerek zyskane gołym okiem i przez badanie drobnowidzowe, nie tylko wykazują sprawę zapalną w elementach mięszu, przypuszczaną za życia, ale i początek jej w tkance łącznej śródmiąszowej.

W końcu należy przytoczyć, że oglądanie gołym okiem i badanie za pomocą drobnowidza, nie zdołało wykryć zmian patologicznych dla nas przystępnych w punkcie wyjścia i rozgałęzieniach nerwu twarzowego prawego, które mogłyby wyjaśnić nagle powstały bezwład mięśni twarzy pod jego wpływem zostających.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dwa tętniaki w przegubie kolanowym prawym i lewym (*aneurysma art. popliteae dextr. et sinist.*), wyleczone przez zgięcie odpowiedniej kończyny.

H. W. obywatel wiejski lat 31-liczący, w końcu roku zeszłego zasięgał rady Dra Sidney Jones (we wschodniej Australii), z powodu silnego bólu w prawym kolanie od kilku miesięcy już trwającego. Ból ten, który powstał nagle w skutek zeskoczenia z wozu, był z początku słaby, wzmagał się jednak coraz bardziej, a w ostatnich czasach stał się nadzwyczaj dokuczliwym, szczególnie w nocy. Przy bliższym zbadaniu znalazł Dr. Jones w okolicy podkolanowej obrzmienie wielkości małej pomarańczy, wyraźnie tętniące, które to tętnienie jednocześnie z pulsem mogło być w zupełności wstrzymane przez nacisk na tętnicę udową w pachwinie, a przy bezpośrednim naciśnięciu samego obrzmienia, takowe zniknęło, lecz wkrótce powracało do pierwotnej objętości, gdy tylko nacisk usunięto. Szmerów żadnych nie można było wykryć. Części miękkie otaczające nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości. Przekonawszy się o niewątpliwym istnieniu tętniaka podkolanowego, postanowił wyżej wspomniany chirurg zastosować tu leczenie metodą Ernesta Hart'a, i w tym celu nałożywszy na całą kończynę bandaż, zgiął ją w stawie kolanowym w ten sposób, iż stopę przybliżył do pośladka na 8 cali i utrzymał w tym położeniu za pomocą opaski ósemkowej. Po kilku dniach można było stopę bardziej jeszcze zbliżyć tak, że tylko na 3 cale oddaloną była od pośladków; ponieważ jednak tak silnego zgięcia chory nie mógł wytrzymać dłużej nad kilka godzin, pozwolono mu więc od czasu do czasu kończynę wyprostować, a nawet bandaż nieco zwolniono. Piątego dnia przywiązał Dr. Jones do uda chorego, worek stożkowaty napełniony 9ciu funtami drobnego szrotu, a to w tym celu, aby chory, gdy silny ból wskutek zgięcia zmusi go do wyprostowania kończyny, mógł wstrzymać tymczasowo krążenie krwi w tętniaku, przez przyłożenie wierzchołka worka na tętnicę udową w trójkącie Scarpy. Tego nacisku musiano jednak po kilku dniach zaniechać, gdyż chory nie był w stanie bez pomocy lekarza dokładnie zastosować worek na samą tętnicę; — wszakże zgięcie kończyny samo przez się wystarczyło do zupełnego uleczenia tętniaka i 29go dnia po zastosowaniu tej metody tętnienie w guzie przegubu podkolanowego zupełnie ustało, a wraz z tym i ból.

W miesiąc po tak szczęśliwym wyleczeniu tętniaka w prawej kończynie, powstał drugi tętniak w lewym dole podkolanowym, który jednak znacznie mniejszą objętość przedstawiał od

poprzedniego. Powyższy sposób leczenia (przez zgięcie w stawie kolanowym) zastosowany i w tym wypadku, zdołał w ciągu 14 dni wywołać zupełne skrzeplenie zawartości tętniaka.

Gdy w kilka tygodni później Dr. Jones miał znowu sposobność widzieć tego człowieka, obydwaj jego tętniaki były kompletnie twarde, a ten który się znajdował w prawym przegubie kolanowym, znacznie się zmniejszył. (Medical Times, września 8, 1866).

Wyłuszczenie całkowite obojczyka z pomyślnym skutkiem.

Dr. Henry Bunce, chirurg okręgowy w Namaqualand (w południowej Afryce) opisał w *Medical Times* z dnia 25 sierpnia b. r. nader interesujący wypadek wyłuszczenia całkowitego kości obojczykowej prawej. Operacja ta wykonana była u chłopca 7mioletniego *Clas Cloete*, który uległ parę miesięcy przedtym w tym samym miejscu kilkakrotnemu stłuczeniu, raz z powodu spadnięcia na niego kilku worków zboża, drugi raz z powodu upadku na ziemię, a wkrótce potem uderzony został przez innego chłopca nogą w ten sam obojczyk prawy. W skutek takiego stłuczenia, powstało w częściach miękkich od mostka aż do karku silne zapalenie, a następnie zebrał się ropień, który przecięty został przez jakiegoś lekarza *Hotta* nad stawem mostko-językowym. Przez trzy miesiące blisko ropa ciągle odchodziła, a rana nie tylko nie zablizniła się, lecz po niejakiem czasie wysunął się przez nią koniec mostkowy obojczyka. Przy pierwszym zaraz zbadaniu chorego, znalazł Dr. Bunce oprócz mocnego obrzmienia wszystkich części miękkich tej okolicy, dwie niewielkie zatoki do kości prowadzące, z których jedna znajdowała się w bliskości stawu barkowego, druga zaś mniej więcej w środku obojczyka. Przekonawszy się nareszcie, że kość ta jest zupełnie obnażona i zgorzeli uległa, wspomniany chirurg uważał za stosowne wyłuszczyć cały obojczyk, co też dość łatwo skutecznie się dało, po przecięciu części miękkich wzdłuż tej kości od wyrostka barkowego łopatki aż do stawu mostkowego. Rana ta w krótkim dosyć czasie zablizniła się, a po upływie trzech miesięcy operowany tak dokładnie już władał całą kończyną, iż najmniejszej przeszkody nie doznawał nawet przy rzucaniu kamieniami. Wszakże nadmienić tu wypada, iż bark prawy był potem na $\frac{3}{4}$ cala niżej opuszczony i bardziej do mostka zbliżony niż bark lewy.

Portner.

Resekcja klinowa stawu kolanowego z powodu kąтового zrośnięcia stawu.

Przez Dr. Boeckel z Strasburga.

Zrośnięcia kątowe stawu kolanowego w których wierzchołek kąta zwrócony jest ku przodowi, a które zwykle dotąd były powodem do resekcji klinowej stawu, zdaniem Dr. Boeckel, nie dają koniecznego wskazania do tej operacji, gdyż taki chory może dobrze chodzić bądź to na szcudle, bądź też na kulach. Właściwie operacja ta wskazana jest przy zrośnięciach pod kątem, którego wierzchołek zwrócony jest ku wewnątrz, bo w tym razie nie ma punktu oparcia dla szcudła, a użycie kuli jest utrudnionem, gdyż goleń wykrzywiona ku zewnątrz, trącając kulę, łatwo obsunięcie jej spowoduje. Resekcję stawu kolanowego w takich warunkach pierwszy wykonał *Bauer* w Nowym-Yorku w roku 1863, i pierwszy też zastosował przy niej szew kostny dla zbliżenia i utrzymania w należytem położeniu końców kostnych; w roku zeszłym wykonał ją powtórnie Dr. Boeckel w Strasburgu u 48-letniego mężczyzny. (Gaz. Med. de Strasburg, 1866, Nr. 9).

Człowiek ten, mając lat 14 wieku, chorował na zapalenie ropne kolana prawego, z którego po trzech latach wyleczył się i był potem zdrowy zupełnie; dopiero na początku 1865 r. bez wyraźnej przyczyny, cierpienie to powtórzyło się znowu, a lubo po kilkomiesięcznej kuracji, ustąpiło, pozostała wszakże niekształtność kończyny uniemożliwiająca jej użycie; staw bowiem był zrośnięty, goleń z udem tworzyła kąt rozwarty, wierzchołkiem zwrócony ku wewnątrz, kość goleniowa skrzywiona była koło swjej osi ku zewnątrz, tak iż kłykiec zewnętrzny zwrócony był ku tyłowi. Rzepka z kłykcami uda zrośnięta; dolna część kości udowej zgrubiała, kłykiec jej zewnętrzny w części zniszczony, wewnętrzny zaś znacznie wystający, skóra na nim zaczerwieniona, ból za naciśnięciem tej okolicy. Stan ogólny w czasie przybycia do szpitala, to jest w końcu lipca 1865, był zupełnie dobry.

Przez pierwsze trzy tygodnie pobytu w szpitalu, dawano choremu jodek potażu w celu zniesienia resztek zapalenia kości, a dnia 21 sierpnia 1865 r. Dr. Boeckel przystąpił do

wykonania operacyi. Po zachloroformowaniu chorego, zrobił najprzód cięcie poczynające się na dolnej części wewnętrznej strony uda, przechodzące poniżej dolnego brzegu rzepki i kończące się w odpowiednim miejscu strony zewnętrznej. Następnie objęty tem cięciem płat skórny półkolisty, wypukłością obrócony ku dołowi, odpreparował od części kostnych stawu, pozostawiając w nim rzepkę która okazała się zdrową, a włókniste jej przyrosty do kłykciów kości udowej, z łatwością oddzielić się dały. Wreszcie po obnażeniu kości i oddzieleniu o ile się dało okostnej, przepiłował ją powyżej i poniżej stawu na zgłębniku stawowatym Blandin'a, oddzieliwszy tym sposobem klin kostny wysoki od zewnątrz na 3, a od wewnątrz na $5\frac{1}{2}$ centymetrów. Ponieważ zbliżenie końców kości nie dawało się jeszcze uskutecznić bez znacznego napięcia części miękkich, trzeba więc było znowu wypilować kawałek kości udowej grubości $2\frac{1}{2}$ centymetrów, poczem dolny brzeg płata połączony został szwem krwawym z brzegiem odpowiednim rany, a boki pozostały otwarte dla swobodnego ujścia ropy. Po nałożeniu zwyczajnego opatrunku, kończyna umieszczoną była w rynience drutowej.

Przez pierwsze dni kilka po operacyi gorączka była silna, w tym czasie też na dolnej części uda rozwinęło się zapalenie różowe, które jednak niedługo trwało. 24 sierpnia po zdjęciu szwów brzegi dolne rany okazały się zrosniętymi, z boków odpływało nieco dobrej ropy. Lecz nazajutrz w nocy, skutkiem niespokojnego zachowania się chorego, nastąpiła dyzlokacya kości; koniec dolny kości udowej przesunął się po nad koniec górny kości goleni, a zrosnięte w dolnej części brzegi rany, rozerwały się. Odprowadzenie końców kości do właściwego położenia, nastąpiło z dosyć znaczną trudnością, poczem nałożono na kończynę bandaż krochmalny z okienkiem w miejscu kolana. Dnia 26 sierpnia stan chorego był bezgorączkowy. 1 września cała powierzchnia rany pokryta *granulacyami*, lecz koniec kości udowej znowu okazał się nieco dyzlokowany, w tym samym co poprzednio kierunku. Utworzenie się ropnia na zewnętrznej stronie uda, skłoniło do zdjęcia opatrunku krochmalnego i umieszczenia kończyny napowrót w rynience drutowej; lecz gdy dyzlokacya końca kości udowej w tej rynience coraz się powiększała, 3 września zamieniono ją opaską Sculteta, co jednak nie zdołało utrzymać kończyny w należytem położeniu. Pod koniec września, przy znacznem już podgojeniu rany zewnętrznej, dolny koniec kości udowej tak bardzo wystawał ku przodowi i wewnątrz, iż położenie kończyny zbliżało się prawie do stanu pierwotnej niekształtności, a kości tak silnie były w tem nienormalnem położeniu utwierdzone, iż odprowadzenie ich nie dało się uskutecznić.

W skutek tego, dnia 26 września po zachloroformowaniu chorego, Dr. Boeckel za pomocą nowego cięcia w częściach miękkich odkrył kość udową i wypilował z niej znowu kawałek grubości około 3ch centymetrów; poczem owinąwszy kończynę watą, umieścił ją w łubkach, z których przednia niedopuszczać miała nowęj dyzlokacyi, na wierzch zaś nałożył opatrunek krochmalny z okienkiem. Dalszy przebieg gojenia po tej nowęj operacyi, skomplikowany był tylko przez tworzenie się ropni na bocznych okolicach kolana, które po rozszerzeniu okienek otwierano; położenie kończyny pozostawało dobre, rana pokrywała się pięknymi *granulacyami*. 30go listopada, końce kości tak dobrze już były zrosnięte, iż przyrząd krochmalny mógł być zdjęty. Rana prawie zupełnie zablizniona; pozostało tylko na jej przebiegu kilka fistulek, które długo nie chciały się zagoić. W ciągu stycznia 1866 r. wychodziły niemi jeszcze drobne kawałeczki kości. Stan ogólny operowanego był ciągle dobry. 4go lutego operowany po raz pierwszy zaczął chodzić na kulach; na wewnętrznej stronie uda, pozostała jeszcze jedna tylko fistułka niezagojona, która dopiero w kwietniu się zablizniła.

Dnia 21 czerwca 1866 r. kiedy operowany jako zupełnie wyleczony przedstawiony był przez Dra Boeckel towarzystwu lekarskiemu Strasburskiemu, kierunek kończyny był zupełnie prosty, goleń jednak pozostała nieco skręconą ku zewnątrz, kość goleniowa dokładnie zrosnięta z udową tak, iż w miejscu dawnego stawu żadnego ruchu nie było, rzepka pozostała ruchomą. Poniżej rzepki zagłębienie blisko jeden centymetr głębokie, powstałe skutkiem lekkiego wystawania końca kości udowej ku przodowi, staw stępowy sztywny, ruchy jego ograniczone, muskulatura uda dobrze rozwinięta, łydka poprzednio w stanie zaniku, zaczynała się napowrót rozwijać. Skrócenie kończyny wynosiło 13 centymetrow.

Po opisanii faktu, Dr. Boeckel zwraca uwagę na dwie okoliczności: mianowicie, na zbyt wielkie, w stosunku do utraconej substancji kostnej, skrócenie kończyny, które tłumaczy

resorbcyą na pewnej przestrzeni tkaniny kostnej, będącej w stanie zapalenia, i na szczególną dążność końców kości do dyzlokacji. Dla zapobieżenia tej ostatniej Bauer robił szew kostny, którego w obecnym wypadku, z powodu chorobliwego stanu kości udowej, nie można było zastosować. Roser i Billroth radzą użycie ostrego trzpnia Malgaigne'a; za najlepszy jednak środek zapobiegający dyslokacji, uważa Boeckel nałożenie na kończynę zaraz po operacji przyrządu nieruchomego gipsowego, jak to robi Langenbeck, i mniema, że gdyby był odrazu poszedł za przykładem tego ostatniego, byłby miał mniej kłopotu ze swoim chorym.

Dr. S. Witkowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie za miesiąc Grudzień b. r. ¹⁾.

Urodziło się:	Chrześcian.			Starozakonnych.			Ogółem.
	chłopców,	dziewcząt,	razem.	chłopców,	dziewcząt,	razem.	
z małżeństwa	238	227	525	90	58	148	673
z stanu wolnego	31	36	70	—	—	—	70
podrzutków	98	81	174	—	—	—	174
Razem	355	404	769	90	58	148	917
Umarło: od 0 — 1 roku życia	90	65	155	48	44	92	247
„ 1 — 7 „ „	61	41	105	23	31	54	159
„ 8 — 20 „ „	14	12	26	7	6	13	39
„ 21 — 60 „ „	89	80	169	24	18	42	211
„ 60 i dalej „ „	42	46	88	15	12	27	115
Razem	296	247	543	117	111	228	771

Urodziło się przeto w tym miesiącu o 146 osób więcej niż umarło, a o 147 osób więcej niż w przeszłym. Urodziło się zaś w tym miesiącu u chrześcijan o 109, a u starozakonnych o 38 osób więcej niż w zeszłym; stosunek ten przeto u chrześcijan w porównaniu do ludności cokolwiek pomyślniejszy wprawdzie, mając jednak wzgląd na to, że i liczba dzieci nieprawego łoża się powiększyła o 16 osób, okaże się, iż uwzględniając jedynie przyrost ludności ze związków małżeńskich, ten dla chrześcijan stawia się mniej pomyślnym; jest bowiem mniejszym od stosunku obu ludności do siebie.

Śmiertelność okazała się w tym miesiącu *większą* od śmiertelności w poprzedzającym a to o 107 osób, i w ogóle wypada na niekorzyść chrześcijan, nawet i wtedy, jeżeli z tej liczby wyrzucimy ilość zmarłych podrzutków, t. j. 20. Pierwszy rok życia dał największą liczbę wypadków śmierci, o 36 osób nawet więcej, aniżeli cały okres od 21—60 lat życia. Okres wieku 13to letni, o 8—20 roku zaś najmniejszą, a nawet nader małą, bo tylko 29 osób. Dzieci w 1ym roku życia umarło w tym miesiącu o 27 więcej aniżeli w przeszłym, t. j. o liczbę nieżywych porodów, których stosunkowo do liczby urodzeń więcej przypada na starozakonnych niż chrześcijan, chociaż liczba ostatnich (15) jest większa niż pierwszych (12).

W porównaniu z miesiącem przeszłym urodziło się nieżywych dzieci u chrześcijan o 2 mniej, u starozakonnych o 7 więcej. W ogóle śmiertelność dzieci w 1ym roku życia przedstawia się i w tym miesiącu jak i w poprzednich na niekorzyść starozakonnych. Umarło bowiem u nich 92, t. j. 63⁰/₀ urodzonych, gdy tymczasem u chrześcijan umarło tylko po odtrąceniu podrzutków 135 na 595 urodzonych (bez podrzutków) czyli 23⁰/₀. Różnica jest uderzająco wielka i potwierdzająca owe uwagi, któreśmy już kilkakrotnie przytaczali, iż istnieją pewne czynniki u ludności starozakonnej, wpływające nadzwyczaj niekorzystnie na życie dzieci w pierwszych latach życia, których zbadanie byłoby pod względem Hygieny i Policji Lekarskiej wielce pożądanym. Wylaczyliśmy zaś z tego obliczenia podrzutków dla tego, bo wciągnięcie ich dałoby liczby błędne. Przyrost bowiem podrzutków bywa w księgach lu-

¹⁾ Opóźnienie sprawozdań miesięcznych z ruchu urodzeń i śmiertelności w Warszawie, nastąpiło w skutek przyczyn od Redakcyi niezależnych. P. R.

duości notowany; lecz ubytek ich tylko częściowo: to jest ta część z nich tylko, która w Warszawie umiera. Nierównie zaś większa liczba podrzutków prawie $\frac{9}{10}$ była wyselana na wieś na mamki, a liczba zmarłych na wsi podrzutków nie wchodzi w liczby śmiertelności Warszawskiej; ztąd wynika błąd wielki w obliczeniu prawdziwem przyrostu ludności przez urodzenie. Ztąd i stosunek śmiertelności Chrześcian do starozakonnych wypadłby zupełnie błędny.

Tenże niekorzystny stosunek śmiertelności u starozakonnych okazuje się i w następnych dwóch okresach wieku, t. j. od 2—7 roku życia, i od 8—20 roku życia. Na 105 chrześcian bowiem w pierwszym z tych okresów umarło 54 starozakonnych, t. j. więcej niż $\frac{1}{3}$, a ponieważ w skutek śmiertelności większej w 1-ym roku życia u starozakonnych mniej musi być stosunkowo dzieci w tym wieku niż u chrześcian, więc ten stosunek idzie oczywiście i na ich niekorzyść. Taki sam stosunek przedstawia i drugi z powyższych okresów t. j. na 26 chrześcian 13 starozakonnych czyli $\frac{1}{3}$ całej śmiertelności w tym okresie, gdy tymczasem stosunek śmiertelności w późniejszych okresach objawia się w wysokim stopniu na niekorzyść chrześcian. Na 326 wypadków śmierci od 21 roku życia począwszy, przypada 257 na chrześcian a 69 tylko na starozakonnych; różnica nader uderzająca, a dla społeczeństwa i państwa niezmiernie wielkiej wagi, bo to jest właśnie wiek działalności i produkcyjnej pracy człowieka. Jeżeli przytém zwrócimy na to uwagę, że cała ludność starozakonna zarobkowi przemysłowemu w rozmaitych kierunkach się oddaje, mianowicie handlowi we wszystkich jego postaciach, że przeto większa część ludności, a nawet przypuścić należy dwa razy większa albo może i więcej niż chrześcian na tém polu jest czynną, czyż można się dziwić, jeżeli cała waga przemysłu i kupiectwa do téj ludności pomalą się przenosi? Gdybyśmy mieli dokładny spis ludności pod względem zatrudnienia, a zarobkującej pod względem wyznań, powyższe nasze przypuszczenie, na rozroście ludności jedynie oparte, zostałoby niezawodnie w zupełności stwierdzone, a czynnik społeczno państwowy bardzo wielkiej doniosłości, byłby dokładnie i należycie ustalonym. Jest nawet i to uderzajacem, że w okresie od 21—60 roku życia, a zatem w okresie najjędrniejszej działalności, stosunkowo do chrześcian mniej starozakonnych umarło, niż w następnym i ostatnim okresie.

Z ludności nad 80 lat mającej umarło w tym miesiącu 20 osób, a zatem o 2 osób mniej niż w Listopadzie. Z tych najstarsza, (mężczyzna chrześcian), miała lat 98, dwóch chrześcian mężczyzn miało po 94 lat, jedna starozakonna 92, jedna chrześcianka i jedna starozakonna po 90, dwie chrześcianki po 88, jeden mężczyzna chrześcian 87, jedna starozakonna 85, jeden mężczyzna chrześcian i jedna starozakonna po 84; dwoje chrześcian po 83, nakoniec dwóch mężczyzn i trzy kobiety chrześcian po 82. W tym okresie życia znajduje się więc pomiędzy zmarłymi starozakonnych bardzo mało, bo tylko 4 : 20 czyli $\frac{1}{4}$.

Co do *form chorobnych*, to największa liczba, t. j. 116 osób umarło na gruźlicę t. j. 15% prawie całej liczby zmarłych, a jeśli odtrącimy od liczby ogólnej, dzieci zmarłe w 1ym roku życia, to stosunek ten wyniesie 26% zmarłych nad 1 rok życia mających. Na choroby wysypkowe umarło 97 osób, w której to liczbie będzie najwięcej dzieci, pomnąc na to, że w Grudniu właśnie panowały wysypki gorączkowe epidemicznie. Dalej idą choroby zapalne, które dostarczyły 92 wypadków śmierci, a zatem o 45 wypadków śmierci więcej niż w Listopadzie. Na tyfus umarło: 86 osób; o 25 osób więcej niż w Listopadzie. Te cztery rodzaje chorób dostarczyły same 391 wypadków śmierci, a zatem więcej niż połowę ogólnej liczby, a jeśli do tego jeszcze dołączymy wypadki śmierci w 1-ym roku życia, to na wszystkie inne choroby przypada tylko 133 wypadków śmierci, z których najwięcej dostarczyła starość (26), śmierci nagłe (17 — a zatem o 6 więcej niż w Listopadzie), biegunka (19), choroby połogowe (15), obłąkanie (12), puchliny (18), reszta przypada na inne chroniczne choroby, z których rak liczy 3 wypadki. — Samobójstwa był tylko 1 wypadek, morderstw również tylko jeden.

Co do *zatrudnienia*, największą liczbę (156) dostarczyła ludność handlująca, w tym miesiącu o 11 osób więcej niż w zeszłym; rzemieślnicza 145, a wyrobnicza 142 wypadków; te trzy warstwy zatem więcej niż połowę całej śmiertelności miasta. Okoliczność, która się miesiąc w miesiąc powtarza, i zanadto jest wymowną, aby nie zwróciła uwagi i mężów sta-

nu i przyjaciół ludzkości. Ze stanu urzędniczego umarło 90 osób, o 2 więcej niż ze stanu służących, z których zmarło tylko 88. Z byłych wojskowych i ich rodzin zmarło 53 osób, z obywatelskiego stanu 49, z fabrycznej ludności 21, żebraków 10, duchownych 2 i z nauczycielskich rodzin 1, a liczba zmarłych podrzutek (20) uzupełnia całą śmiertelność tego miesiąca. Uwagi godną jest rzeczą, iż z rzędu rodzin byłych wojskowych, obywatelskich i urzędniczych, śmiertelność w ostatnich dwóch miesiącach mocno wzrosła.

Dochodzeń *sądowo-lekarskich* odbyto w tym miesiącu 25, po części na zmarłych, po części na żywych. Z tych przedstawiają następane wypadki szczególniejszy interes, a mianowicie: wpadnięcie do studni i śmierć obłąkanego w szpitalu starozakonnych; spadnięcie z mostu na bruk i zgruchotanie czaszki wraz z śmiercią natychmiastową w skutek tego; poródzie bliźniąt, z których jedno nieżywe się urodziło, drugie w stanie pozorniej śmierci, która pomimo ratunku w rzeczywistość przeszła; zamordowanie osoby przez zgruchotanie czaszki na 30 kawałków; sądowy ogląd kości ludzkich znalezionych w prywatnym domu; dochodzenie na brzemiennej i 1 wypadek ospy naturalnej.

Prof. Dr. Wisłocki.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 7 marca do 13 marca (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	677	135	158	22	732
„ Śgo Ducha	147	49	35	5	156
„ Ewangelickim	76	30	15	3	88
„ Śgo Rocha	87	43	20	1	109
„ Śgo Jana Bożego	165	1	1	1	164
„ Śgo Łazarza	345	90	55	1	380
„ Starozakonnych	379	104	86	12	385
Ogółem:	1877	552	370	45	2014

Wiadomości bieżące.

— *Zastosowanie naprzemian ciepła i zimna do leczenia szybkiego zapalenia jądra (orchitis).* Dr. N u n n, chirurg przy Middlesex hospital podaje następane sposób mający w krótkim bardzo czasie leczyć zapalenia jądra, wynikłe skutkiem istniejącej poprzednio rzeżączki. Chory bierze ciepłą kąpiel, i w niej pozostaje przez 6—10 minut: następnie za pomocą rurki kauczukowej puszcza się na chore jądro strumień zimnej wody przez 2 minuty i chory znów zanurza się w ciepłą wodę, poczem jeszcze dwukrotnie powtarza się zimny natrysk z zachowaniem tegoż samego porządku. Takie postępowanie ma miejsce raz lub dwa razy dziennie; zwykle po 5—6 dniach ból i czerwonosć w jądrze ustępują, tkanki miękną i obrzmienie się znacznie zmniejsza; wtedy zastosowywa się nacisk za pomocą plastra lepkiego i jądro w bardzo krótkim czasie przechodzi do stanu normalnego. Istniejąca przytem rzeżączka leczy się odpowiednimi środkami wewnątrzemi lub zewnątrzemi. Szybkość leczenia za pomocą tego sposobu polegać ma na rozszerzaniu i kurczeniu się naprzemian naczyń w tkance zapalnej rozgałęzionych, w skutek czego znosi się zastój i sprawa zapalna ustępuje miejsca prawidłowemu odżywianiu. Na potwierdzenie skuteczności tego leczenia autor przytacza treściwie kilka wypadków, gdzie chorzy poddani tej metodzie, po tygodniu byli w stanie opuścić szpital w stanie pożądanym zdrowia. (The Lancet, Jan. S. 11. 1867).

— *Korrespondencya.* P. M. lek. w Tomaszowie Rawskim: artykuł pański będzie drukowany w następnym numerze Gaz. Lek.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

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

Redakcyja Gazety Lekarskiej przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.