

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*). Przez Aleksandra Stockmanna. Całkowite podokostne wypilowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olenarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny. Przez Prof. Girsztowta. Kronika Zagraniczna. Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie. Spostrzeżenie Horacyusza Robinsona Storer (w Bostonie). Przyczynek do historyi zakładu zdrojowego w Krynicy. Na źródłach urzędowych osnuł Dr. Zieleński. Wiadomości bieżące. Ruch chorych w szpitalach Warszawskich oraz w prywatnych zakładach leczniczych w Warszawie w roku 1868. Dodatek. Historia Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, (str. 189—196). Przez Juljana Bartoszewicza. (Ciąg dalszy). — Farmakologii arkusz 13-ty. Tomu IIgo.

Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*).

Przez Aleksandra Stockmanna.

E. C y o n i C. L u d w i g w roku 1866 ogłosili bardzo ciekawą pracę wyjaśniającą działanie fizyologiczne jednego z nerwów udających się do serca u królika. ¹⁾ Działanie to jest ze wszech miar ważne, bo regulujące ciśnienie boczne w naczyniach i stanowiące związek między sercem a nerwami vasomotoryjnymi (naczynio-ruchowemi). Dwaj ci badacze zwrócili uwagę, iż prócz nerwu błędnego, którego podrażnienie tak wybitną zmianę w ruchach serca wywołuje, inne nerwy udające się do serca zachowują się biernie przy podrażnieniu peryferycznym. Zwrócili dalej uwagę na dość znaczną gałąź nerwową, idącą do serca razem z gałązkami nerwu błędnego. Drażniąc nerw ten centralnie otrzymali ważne rezultaty, rozjaśniające związek serca z centrami naczynio-ruchowemi. Nerw sam nazwali *n. depressor*, a to stosownie do jego zachowania się w organizmie. Sprawdzenie rezultatów otrzymanych przez tych uczonych fizyologów jest zadaniem niniejszej pracy.

¹⁾ Arbeiten aus der physiologischen Anstalt in Leipzig, für das Jahr, 1866, p. 128: „Die Reflexe eines der sensiblen Nerven des Herzens, auf die motorischen der Blutgefäesse.“

Zanim przystąpimy do szczegółowego rozbioru, uważamy za stosowne podać krótki opis anatomiczny samego nerwu, co tylko do rozjaśnienia kwestyi przyczynić się może.

Po przecięciu skóry na linii średniej szyi u królika i usunięciu mięśni warstwy powierzchownej, spostrzegamy na zewnątrz od tchawicy tętnicę szyjową wspólną (*art. carotis communis*). Usunąwszy ją nieco na bok znajdziemy trzy nerwy różnej grubości. Najgrubszym z nich jest nerw błędny, średniej grubości (zwykle nieco na wewnątrz położony) jest nerw współczulny, wyraźnie ku górze powstający ze zwoju, zwykle w pośród nich leży cienka gałąź, którą C y o n i L u d w i g nazwali *n. depressor*. Nie pomieszamy go z gałęzią zstępującą nerwu podjęzykowego, pamiętając, iż ta leży zawsze przed a nie za tętnicą.

Nerw, o którym mowa, powstaje dwoma korzeniami t. j. jednym od nerwu krtaniowego górnego, drugim od nerwu błędnego (zwykle), czasami nerw pochodzi tylko od nerwu krtaniowego, lub też z kąta przy zejściu się nerwu krtaniowego z nerwem błędnym. Korzenie te długie od 2—3 millimetrów łączą się w jeden pień nerwowy przebiegający ku klatce piersiowej albo w oddzielną pochwie, albo też razem z nerwem współczulnym. Nerw biegnie wzdłuż tętnicy szyjowej, a przybywszy do otworu górnego klatki piersiowej wchodzi do zwoju nerwowego, leżącego na tętnicy podobojczykowej (*art. subclavia*) zwanego u królika *gangl. stellatum* (odpowiada *gangl. cervicale infimum* u człowieka). Przeszedłszy zwój udaje się do serca i pomiędzy tętnicą płucną a aortą wchodzi do tkanki łącznej zbitej serca, gdzie już anatomicznie badaniem być nie może. Niekiedy nerw w górnej swjej części wraca do nerwu błędnego, tworząc w miejscu wejścia małeńki splocik. U kota znajdujemy dość często nerw zupełnie odpowiadający *n. depressor*, a doświadczenia wykazały, iż analogja jest rzeczywistą. Zwykle jednak u kota nerw ten zresztą bardzo cienki, idzie razem z nerwem błędnym. Nie miałem sposobności badać *n. depressor* u innych zwierząt, i dla tego, korzystając z pracy Dra E. B e r n h a r d t'a ¹⁾ dodam tylko, iż u psa nadzwyczaj rzadko nerw ten spotykamy oddzielnym, u konia nigdy, u człowieka zaś niekiedy nerw krtaniowy górny powstaje pozornie dwoma korzeniami, z których jeden zagina się powtórnie i wraca do nerwu błędnego. Miałżeby to być ślad oddzielającego się nerwu depressyjnego?

Z całego opisu anatomicznego łatwo zrozumieć, iż nerw, tak często idący wspólnie z nerwem błędnym i współczulnym, a charakterystyczny co do swego działania, bardzo łatwo stać się mógł przyczyną błędnych doświadczeń i wniosków na doświadczeniach tych opartych!

C y o n i L u d w i g używali do obliczania ciśnień zwyczajnego manometru, którego jedno ramie łączyli za pomocą kaniuli z tętnicą szyjową, w drugim zaś ramieniu posuwał się swobodnie tłoczek z kości słoniowej, który

¹⁾ Anatomische und physiologische Untersuchungen über den *n. depressor* bei der Katze von Dr. Bernhardt. Dorpat, 1868.

za pomocą piórka lub pędzelka mógł kreślić krzywe na walcu papieru, obracającym się ze znaną szybkością. Odpreparowany nerw przecinali i drażnili koniec jego centralny za pomocą aparatu indukcyjnego du Bois-Reymond'a. Każde podrażnienie wywoływało znaczne opadnięcie ciśnienia w tętnicy szyjowej, przyczem zauważyli niezbyt wielkie zwolnienie samego pulsu, który przy końcu drażnienia znowu się przyspieszał. Doświadczenie to kilka razy powtarzane dało też same rezultaty i koniecznie nasuwało myśl, że miano do czynienia z czynnością odruchową. Ponieważ odruchowe działanie skutecznie się mogło tylko w mózgu, starano się oddzielić serce ze związku z rdzeniem, a to przez usunięcie *gl. stellatum*, przecięcie nerwu sympatycznego i błędnego, nadto zadawano zwierzęciu kurarę, aby prócz mięśni gładkich wszystkie inne były w stanie porażenia. Jeżeli u tak przygotowanego zwierzęcia drażniono centralnie nerw *depressor*, zmniejszenie ciśnienia występowało niezmiennie, co dowodziło iż nie w samym sercu szukać należy centrum odruchowego. Jedynym punktem wyjścia było przypuszczenie odruchowego działania na centrum naczynio-ruchowe. Dalsze doświadczenia stwierdziły to przypuszczenie, gdyż przekrwienie naczyń brzusznych, podczas drażnienia *n. depressoris* jasno przekonywały o zmniejszeniu „tonus“ ośrodków naczynio-ruchowych w skutek odruchowego działania drażnionego nerwu. Różnice w liczbie uderzeń serca przypisywano, w pierwszej chwili drażnienia, odruchowemu działaniu na nerw błędny, co spowodowało zmniejszenie liczby uderzeń sercowych; późniejsze opadnięcie ciśnienia przy dłuższem drażnieniu wywołało zmniejszenie „tonus“ nerwu błędnego i konieczne powiększenie pulsu. Na mocy tych doświadczeń pp. Cyona i Ludwig stawiają śmiałe, ale ponętne przypuszczenie co do regulowania ciśnienia w samym sercu; powiadają, iż jeżeli serce jest przepętnione krwią w skutek znacznego oporu w naczyniach tętnicznych, to może drażnione samo przez masę krwi, drażnić zakończenie *n. depressor*, odruchowo zmniejszyć opory w tętnicach, szczególnie brzusznych i przez to pozbywszy się nadmiaru krwi przyjsć do normalnego ciśnienia. W końcu swój pracy stawiają pytanie „dla czego drażniąc samo serce za pomocą strumieni otrzymujemy przyspieszenie liczby uderzeń?“ Na pytanie to odpowiedzieć możemy dopiero w dalszym ciągu niniejszej pracy.

W rok po ogłoszeniu pracy Cyona i Ludwiga, p. Juliusz Dreschfeld ogłosił ¹⁾ swe spostrzeżenia nad tymże samym nerwem, gdzie wprawdzie przyznaje, iż obserwacye poprzednie były dobre, ale daje pierwszeństwo pod względem działania na ciśnienie drażnieniu centralnego końca nerwu błędnego, z tym jednak warunkiem, aby przedtém zniszczyć półkule mózgu. Usprawiedliwiając sposób doświadczenia, stara się objaśnić fakt przypuszczeniem korzeni nerwu błędnego, z których jedne miałyby wchodzić w związek z centrami naczynio-ruchowemi, drugie z półkulami; pierwsze

¹⁾ Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg. Heft 2, 1867, pag. 326. „Ueber die reflectorische Wirkung des Nervus Vagus auf den Blutdruck,“ von stud. med. Julius Dreschfeld.

miały mieć działanie deprymujące, zmniejszające ciśnienie, drugie pressoryjne powiększać miały ciśnienie. Równowaga tych dwóch kierunków działania zostaje naruszoną przez usunięcie półkul i wtedy przy podrażnieniu centralnego końca nerwu błędnego, występowało działanie zniżające ciśnienie, daleko wyraźniej, aniżeli przy podrażnieniu centralnym nerwu *depressor*. W końcu pan *D r e s c h f e l d* dodaje, iż drażniąc serce otrzymywał zniżenie ciśnienia.

Widzimy zatem, że jakkolwiek jest pewna zgodność w rezultatach doświadczeń pp. *C. i L.*, oraz p. *Dr.*, to jednak sam sposób badania i rzeczywista wartość wypadkowych cyfr, stawiają w wątpliwość wypadki jednej lub drugiej pracy.

Zachęcony przez prof. *N a w r o c k i e g o*, starałem się o ile to było w mojej możliwości ocenić wartość prac obu, rozumie się jedyną możliwą drogą w fizjologii t. j. za pomocą doświadczeń.

Pierwszém pytaniem było naturalnie, czy rzeczywiście nerw *depressor* działa w sposób przez *C y o n a* i *L u d w i g a* opisany. Aby sumiennie odpowiedzieć na to pytanie, robiłem kilkanaście doświadczeń z podrażnieniem nerwu *depressor*, mierząc przytem ciśnienie, już to za pomocą zwykłego manometru, już téż przy pomocy kymografionu. Linje krzywe kreślone przez ten ostatni mogły oczywiście dać dowód zmian w ciśnieniu.

Przytaczam tutaj kilka tylko doświadczeń, gdyż szczupłość miejsca nie dozwala przytoczyć wszystkich, zresztą jednakowy rezultat usprawiedliwia pominięcie powtarzających się cyfr.

Doświadczenie I z dnia 13 kwietnia 1869 r.

Królika średniej wielkości zatruto kurarą i założono rurkę respiracyjną w tchawicę. Następnie odpreparowano prawy nerw depressyjny, tętnicę *carotis* także prawą połączono z manometrem. Do drażnienia użyłem aparat indukcyjny *du B o i s - R e y m o n d'a*, z jednym elementem Daniela. Drażnienia i przestanki trwały po 0,5'. Tętno liczone na 15''.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Bez podrażnienia	150	49	—
Podczas drażnienia	125	47	160 młm. odległ. cew.
Po podrażnieniu	150	47	—
Podczas drażnienia	130	46	150
Po podrażnieniu	150	48	—
Podczas drażnienia	100	—	140
Po podrażnieniu	170	—	—
Podczas drażnienia	130	—	130
Podczas drażnienia	105	—	—
Po podrażnieniu	140	—	—

Doświadczenie II 15-go kwietnia 1869 r. Zupełnie takie same przygotowanie jak w poprzedniem, z tą tylko różnicą, iż nie zatrutowano zwierzęcia kurarą i drażniono lewy nerw.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Przed podrażnieniem	107	49	—
Przy podrażnieniu	70—60	puls z małe-	100
Po podrażnieniu	105—115	mi waha-	—
Przy podrażnieniu	97—90	mi nie zmie-	95
		nia się.	
Zakrzep w tętnicy i powtórne założenie rurki	—	—	—
Przed podrażnieniem	120	—	—
Przy podrażnieniu	90—75—70	—	100
Po podrażnieniu	120	—	—

Doświadczenie III, 16-go kwietnia 1869 r. Przygotowane jak powyżej, drażniony nerw depressor prawy (wspólnie z nerw. współczulnym *) i lewy.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Przed podrażnieniem	150	52	—
Przy podrażn. n. depr. praw.	135	52	120
Przy podrażnieniu	125	52	120
Przy podrażn. n. depr. lewego.	120	52	120
Przy podrażnieniu	90	50	120
Przy podrażnieniu	90	45	120
Po podrażnieniu	110	47	—
Po podrażnieniu	115	47	—
Przy podrażn. n. depr. lewego.	75	35	120
Po podrażnieniu	110—115	47	—
Przy podrażn. n. depr. praw.	90	36	120
Po podrażnieniu	110—115	43	120

(Dokończenie nastąpi).

Całkowite podokostne wypiłowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olenarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny.

Przez Prof. Girsztowta.

Z chorobami kości i stawów w praktyce chirurgicznej spotykamy się bardzo często. Z jednej strony położenie tych organów powierzchowne, dostępne dla obrażeń mechanicznych i różnych zewnętrznych wpływów (zimno, ciepło), z drugiej

*) Zbyttnia cienkość nerwu depressor prawego nie dozwoliła na oddzielenie go od nerwu współczulnego.

wielka ich czynność fizyologiczna, a wreszcie liczne i różnorodne tkanki do składu ich wchodzące są tego powodem. Choroby te, już to z przyczyny przewlekłego przebiegu, już to z następstw i zawiślań jakie za sobą pociągają, zawsze zaliczane były do cierpień ciężkich. Nie mówiąc już bowiem o zapaleniu różnej natury, w skutku którego rozwijały się przykurczenia i wykrzywienia, częstokroć proste nawet złamania lub zwichnienia kości prowadziły do kalectw, powodujących zupełną nieużywalność członków. Tak dotykalne i uderzające niepodobnienia zniewalały lekarzy do ciągłego badania tych cierpień: ztąd leczenie ich wciąż było wzbogacaniem nowemi środkami; pomimo tego jednak wiele z nich, po wyczerpaniu całego zapasu leków, uznane zostały za choroby miejscowo nieuleczalne, w obec których, dla uratowania przynajmniej zagrożonego życia chorych, uznano za konieczne usunięcie całej kończyny chorób przez odjęcie jój (*amputatio*) lub wyłuszczenie (*exarticulatio*). Do chorób takich, bezwzględnie powodujących odjęcie kończyny, zaliczono rany drażące stawów (*vulnus penetrans*), złamania kości ze strzaskaniem odłamów (*fractura comminutiva*), nieprawidłowe zrośnięcie kości (*callus difformis*) lub zupełne ich niezrastanie się (*pseudarthrosis*), a nawet zwichnienia połączone z obrażeniem części miękkich i wystawianiem kości na zewnątrz (*luxatio complicata*), nadto chroniczne zapalenia stawów (*arthrophlogosis chronica*), i nowotwory wszelkiej natury. Łatwo się domyśleć, że przy podobnym wyznaniu wiary, tysiące rąk i nóg musiały paść ofiarą noża chirurgicznego, pomimo czego jednak śmiertelność operowanych była bardzo wielką. Postępowanie takie przetrwało aż do końca XVIII wieku. Niektórzy lekarze rozumieli wprawdzie konieczność reformy w leczeniu tych chorób, ale urzeczywistnienie jój nie było łatwem. Potrzebne były do tego stałe podstawy, które czerpać można było albo w zmianie zupełnej pojęć o naturze tych chorób, albo też oprzeć się na empiryzmie i licznemi faktami na korzyść nowego empiryzmu przemawiającemi, wywalczać nowe pojęcia i przekonania. Nowy zwrot w leczeniu tych chorób inaugurowali prawie współcześnie T h o m a s (1746), B o u c h e r (1753), F i l k i n (1762), W h i t e (1769) i P a r k (1782). Przewodnią myślą ich nowego postępowania było przekonanie, że są choroby miejscowe, zależące od wyłącznie miejscowych przyczyn i warunków, i że pojedyncze tkanki ulegać mogą sprawom chorobnym niezależnie jedne od drugich. Bezpośredniem tego następstwem był wniosek, że miejscowo chore tkanki można téż miejscowo (częściowo) usunąć, a przez to poprawić zarazem nie tylko położenie i kształt zmienionej części, ale współcześnie przywrócić jój pierwotną czynność w zupełności (*restitutio ad integrum*), lub częściowo. Tym sposobem stworzony został nowy dział operacyj, który otrzymał miano w y p i ł o w a ń czyli w y c i ę ć (*resectio, excisio*) i w terapii chorób kości zupełny przewrót wywołał. Pierwsze próby rezekcij na wielkich stawach (kolano, ramie) uwieńczone zostały zupełnie pożądanym skutkiem, co zachęciło do dalszych prac na tém polu i nowym operacyom zjednało od razu prawo obywatelstwa w nauce. Wynalazek ten, który wypowiedział wojnę amputacyom i wyłuszczeniom członków tak był bogaty w następstwa i w zastosowaniu swoim na praktyce tyle

okazał się korzystnym, że przyjęto go za epokę w dziejach chirurgii i nowy okres nauki nazwano okresem chirurgii zachowawczej (*chirurgia conservatoria*), na pamiątkę zachowania od noża naszych rąk i nóg, lub też chirurgii odradzającej (*chir. regeneratoria, v. tiva*) celem uwydatnienia odradzania się tkanki kostnej i przywrócenia utraconej czynności kości i stawów. Kiedy w dalszym rozwoju tego sposobu leczenia chorób kości przede wszystkim zwrócono uwagę na źródła odradzania się kości, to pomiędzy nimi wyróżniono szczególnie okostną (Vigarous, Duhamel, Florens, Ollier), przez zachowanie której stworzono wnet ulepszony sposób operowania, zwany rezekcjami podokostnymi (*resectio subperiostealis, Larghi, Paravicini*) i drugi — zwany wypróżnieniem kości (*excavatio ossium, evident des os, Ausschälen der Knochen, Sédillot*). W pierwszym sposobie okostna oddzielona od kości pozostaje w związku z częściami miękkimi otaczającymi ją od zewnątrz, w drugim zaś razem z okostną pozostaje i zewnętrzna warstewka kości w połączeniu z tą ostatnią.

Kiedy pod wpływem pierwszych powodzeń rezekcji, dawni, najgorliwsi zwolennicy amputacji, porwani zapałem ogólnym, nawrócili się do nowego sposobu operowania, zdarzyły się wnet tu i owdzie złe zejścia po tych operacjach, które jakkolwiek ochłodziły do nich pierwotny zapal, ale zarazem były powodem do przedsięwzięcia poważnych prac na tém polu, które po ścisłym zbadaniu zalet i niedostatków rezekcji, ustaliły w końcu raz na zawsze te operacje jako piękny, rzeczywisty nabytek nauki, przynoszący zaszczyt obecnej chirurgii. Prace te głównie miały na celu rozstrzygnięcie następujących zadań: 1) przy wykonaniu rezekcji chorych stawów jaki zakładamy sobie cel dla przyszłej używalności kończyny: czy utworzenie nowego stawu, zupełnie ruchomego, odpowiadającego normalnym fizyologicznym czynnościom pierwotnego stawu, lub też wywołanie sztywności (*ankylosis*) w miejscu starego stawu? w jakich stawach jest pożądanym staw nowy, ruchomy (*pseudarthrosis*), a w jakich nierównie jest pożyteczniejszą dla czynności kończyny zupełna sztywność? jakimi środkami możemy osiągnąć jeden lub drugi stan? 2) Jaką przestrzeń z końców stawowych kości wypiłować można dla osiągnięcia sztywności lub stawu nowego ruchomego, stosownie do naszego założenia? 3) czy oprócz końców stawowych można rezezkować kości na ich rozciągłości i na jakiej przestrzeni? 4) jakie są wskazania do rezekcji? 5) na jakich zasadach spoczywa leczenie pooperacyjne i jaki jest czas trwania całej kuracji? Jakie są zalety i niedostatki rezekcji w zestawieniu z amputacjami i wyłuszczeniami?

Dla dania stanowczej odpowiedzi na te pytania niedostateczne były osobiste postrzeżenia pojedynczych operatorów, ale trzeba było uciec się do doświadczeń na zwierzętach (*vivisectiones*) i wesprzeć się na znajomości przypadków rezekcji tak pomyślnych, jak i nie pomyślnych wszystkich chirurgów: ztąd wzięły swój początek *chirurgia doświadczalna i statystyka chirurgiczna*. Tym sposobem obserwacja kliniczna, doświadczenia na zwierzętach i statystyka składały się razem na dźwignienie podstaw nauki o rezek-

cyach. Nauka ta jakkolwiek na tój drodze doszła do wysokiego stopnia doskonałości, pod wielu jednak względami ostatniego słowa jeszcze nie wypowiedziała. Ztąd łatwo zrozumieć, że chociaż rezekcye w obecnej chwili są bardzo rozpowszechnione i stały się udziałem każdego chirurga, pomimo tego jednak każde nowe postrzeżenie może jeszcze przyczynić się do dalszego rozwoju tój pięknej gałęzi chirurgii.

Wychodząc z tego punktu widzenia rzeczy, sądzimy, że nie będzie bez pewnego pożytku podać przypadki rezekcij z naszej praktyki, które w ciągu lat ostatnich mieliśmy sposobność wykonać na wszystkich stawach i zebrać szczegółowe spostrzeżenia pod względem wyżej przytoczonych wymagań. Jakkolwiek każdego stawu zrobiliśmy po kilka lub kilkanaście rezekcij, uważamy jednak za zbyt liczne każde spostrzeżenie podawać oddzielnie; ograniczymy się przeto na wydrukowaniu po jednej lub po dwie obserwacyj, dołączając do nich statystykę innych autorów, oraz krótkie uwagi co do praktycznego znaczenia rezekcij odnośnie do każdego stawu. Postrzeżenia nasze zaczniemy od stawu łokciowego, rezekcye którego stosunkowo do innych stawów najlepsze dają rezultaty. Historje chorób, jako obserwowanych w mojej klinice, pisane są pod moim okiem przez p. p. studentów, których nazwiska podać przytém uważamy za miły dla siebie obowiązek. Niżej przytoczoną obserwacyę opisał p. G r u e l, student 5-go kursu.

W dniu 22-m lutego 1869 roku przybył do kliniki chirurgicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus, S. A. kowal, 48 lat wieku liczący, nizkiego wzrostu, z układem kostnym i mięśniowym dobrze rozwiniętym, tkanką tłuszczową podskórną miernie obfitą, błonami śluzowymi blademi. W organach wewnętrznych nie przedstawia on zmian żadnych, dotknięty jest tylko znacznem przytępieniem czucia skóry na prawej połowie twarzy i szyi, prawym barku i prawej kończynie górnej. W okolicy stawu łokciowego tój ostatniej znajduje się obrzmienie (*intumescencia*) kształtu wrzecionowatego, rozpoczynające się na granicy $\frac{2}{3}$ górnych z $\frac{1}{3}$ dolną ramienia, a kończące w połowie przedramienia. Największy obwód tego obrzmienia przypada na linię stawową, i wynosi w tём miejscu 45 ctm. Dolna połowa przedramienia, a szczególniej grzbiet ręki i palce mocno obrzękłe (*oedema*). Skóra na okolicy zajętej chorobą nieco napięta, z przodu barwy prawidłowej, z tyłu nieco zaczerwieniona; ciepłota tój okolicy niepodwyższona. Na zewnętrznej powierzchni ramienia w $\frac{1}{4}$ części dolnej, postrzega się bliznę białą, nieregularną, powciągana, na 2 cale długą a na 1 cal szeroką, pozostałą po oparzeniu żelazem przed kilkoma laty. Poniżej tój blizny, na zewnętrznej stronie i nieco ku tyłowi stawu, tuż za nadkłykiem (*epicondylus*) znajduje się wybujałość z tkanki łącznej (*granuloma*), czerwona, wielkości i kształtu grochu szablatego, otaczająca otworek z którego sączy się płyn rzadki, mętny, żółtawy, posoczysty. Na wewnętrznej stronie kończyny, w miejscu odpowiadającém normalnie nadrolce (*epitrochlea*) znajduje się takż owrzodzenie wielkości monety kopiejkowej, o dnie mocno wygórowaném, przedstawiającém parę otworków, z których sączy się płyn wyżej opisanych własności. Konsystencya obrzmienia nie różni się od konsystencyi części miękkich ramienia powyżej leżących, tylko na tylnej powierzchni, po nad stawem większą przedstawia odporność. Kończyna chora zgięta jest nieco w stawie łokciowym, tak, że ramię z przedramieniem tworzy przy zwyczajném położeniu kąt mocno rozwarty (80° mniej więcej), przedramię w położeniu nawróconém (*in pronatione*). Na zewnętrznej stronie linii stawowej wyczuwa się palcem mała wydatność kostna, przechodząca ku górze bezpośrednio w kość ramieniową (*humerus*), jestto zatem wyrostek nadkłykciowy (*epicondylus*) tój kości. Wyrostka nadrolkowego (*epitrochlea*), który normalnie wydatniejszym bywa od poprzedzającego, wymacać nie można. Na tylnej powierzchni stawu, w miejscu odpowiadającém normalnie wyrostkowi łokciowemu (*olecranon*)

widzimy i wyczuwamy zagłębienie, a obmacując okoliczne części, przy równoczesnym wykonywaniu małych ruchów przedramieniem, przekonywamy się, że wyrostek łokciowy znajduje się więcej na wewnątrz i wykonywa ruchy nie tylko zawiasowe lecz także i boczne. Ustala-
jąc jedną ręką ramię, a drugą wykonywając ruchy bierne nawrotne i wywrotne (*pronatio et supinatio*) przedramieniem, czujemy nadzwyczaj wyraźne, zresztą uchem nawet dające się pochwycić tarcie końców stawowych kości (*attritus*), za przyłożeniem palca do kłykcia zewnętrz-
nego tarcie to najwyraźniej pod palcem samym czuć się daje. Zgłębnik wprowadzony przez przetokę zewnętrzną: wchodzi w głąb stawu na 2 cale, między dwie kości chropawe, pozbawione chrząstki; to samo napotyka zgłębnik wprowadzony przez otworek w owrzodze-
niu na wewnętrznej stronie stawu. Co się tyczy funkcji kończyny, to chory utrzymuje ją zwykle w położeniu wyżej opisanym. W stawie ramieniowym wykonywa wszelkie ruchy, przyczem jednak stosunek ramienia do przedramienia zawsze pozostaje stały. W stawie łokci-
owym czynne wyprostowanie jest nie możebnym, — bierne da się zupełnie wykonać; zginając przedramię czynnie nie jest w stanie doprowadzić go nawet do kąta prostego z ramieniem, co też i bierne wykonać się nie daje; wywrócenie przedramienia (*supinatio*) czynne niemo-
żebne, bierne wykonywa się z łatwością. Bólu w cierpiącym stawie chory nie czuje, — nawet bierne ruchy mało są bolesne; najwięcej jeszcze dotkliwym jest zginanie (*flexio*), przy którym chory uskarża się na ból w tylnej stronie stawu.

Tyle co do obecnego stanu chorego.

Z przeszłości jego dowiedzieliśmy się, iż w życiu swém nigdy obłożnych chorób nie przechodził i zawsze kwitnącym cieszył się zdrowiem. Od lat już kilkunastu bez widocznój przyczyny, niepostrzeżenie, wykształciło się upośledzenie czucia skóry (*anaesthesia localis*) w przytoczonych na wstępie okolicach ciała do tego stopnia, iż chory lekkiego zakłucia szpilką w te miejsca wcale nie czuje, i dopiero przy głębszym pograżeniu szpilki w skórę daje oznaki bólu, w drugiej połowie ciała czucie zupełnie jest prawidłowe. Ruchy i siła mięśniowa w kończynie upośledzeniem czucia dotkniętej pozostały prawie normalnemi.

Miejscowe cierpienie w stawie rozwinęło się w następujący sposób: przed trzema miesiącami chory nasz zasnął oparty łokciem prawej (upośledzonej w czuciu) kończyny górnej o cegłę leżącą w pobliżu ogniska kuźniczego i skutkiem tego mocno rozpaloną, a gdy go niemile jakoweś uczucie ze snu przebudziło, dostrzegł przepalone na łokciu odzienie (kożuch), a na wewnętrznej stronie stawu, w miejscu odpowiadającem nadrolce, strup czarny (*eschara*) wielkości 6-groszniaka, ze zwęglenia skóry powstały. Strup ten z wolna wydzielać się począł, przyczem chory ręką swą wykonywał drobniejsze czynności, nie czując w niej żadnego bólu. Po zupełnym oddzieleniu się strupa pozostało owrzodzenie okrągłe, wielkości monety miedzianej 5-kopiejkowej, które z wolna zablizniać się od brze-
gów począło. Gdy zabliznienie wrzodu postąpiło już o tyle, że wielkość jego o czwartą część się zmniejszyła, a było to przed miesiącem od chwili obecnej, wziął się chory do mlócenia zboża cepami, wtém jednak uczył większy ból w chorąg kończynie, po czem przyszły silne dreszcze, które zmusiły go do położenia się do łóżka. Wkrótce też brzo-
szczę zaczęła cała okolica stawu bardzo silnie, a na tylnej jej powierzchni i utworzyła się wy-
niosłość miękka, zaczerwieniona. Chory przeciął sobie tę wyniosłość brzytwą, poczem wypłynęło z niej blisko pół kwatki płynu, który on opisuje jako podobny do serwatki z twarogiem. W tym też czasie po raz pierwszy, przy ruchach ręki poczył chrupanie kości w stawie. Rana zrobiona brzytwą dała początek przetoce, którą dziś na zewnętrz-
no-tylnej stronie stawu dostrzegamy. Przed dwoma tygodniami udał się chory do szpitala w Grójcu, a gdy mu tam odjęcie kończyny w ramieniu zaproponowano, niechęć przystać na takową propozycję, po tygodniowym pobycie wyszedł zamtąd i przybył do naszej kliniki chirurgicznój, gdzie się w wyżej opisanym przedstawił stanie.

Co do ogólnego stanu chorego wypada jeszcze nadmienić, iż od chwili pojawienia się pierwszych dreszczów przed miesiącem, miewa je odtąd prawie codziennie, zwykle wie-
czorem; po dreszczach następuje rozgrzanie ciała, a w nocy chory mocno się poci. Przez czas choroby znacznie też spadł z sił i wychudł. Trawienie dobre, chociaż stolce nieco le-
niwe, przychodzą co parę dni.

Zbiór tak wyraźnych objawów jak: otworzenie stawu, tarcie się o siebie obnażonych końców stawowych kości przy wykonywaniu ruchów biernych, możność wyczucia obnażonych kości zgłębnikiem, wprowadzonym przez otwory przetok do wnętrza stawu, zmiana położenia i zbyt duża swoboda ruchów, jakie wykonywał wyrostek łokciowy przy poruszaniu przedramieniem nader ułatwia nam rozpoznanie. Formułujemy je w następujący sposób: *Próchnienie końców stawowych kości w stawie łokciowym w 3im okresie choroby t. j. w okresie zwłóknienia dobrowolnego (olenarthrocace in stadio luxationis spontaneae, pathologicae).*

W obec tak postawionego rozpoznania jedno tylko mieliśmy wskazanie: usunąć części kości próchnieniem dotknięte: chołziło tylko o rozstrzygnięcie, czy dokonać tego drogą wypilowania stawu łokciowego, czy też poświęcić całą kończynę i wykonać odjęcie ramienia. Za tem ostatniem przemawiało upośledzenie czynności nerwowej w mającej się operować kończynie i wynikająca ztąd obawa, czy upośledzenie to nie wywrze nieprzyjaznego wpływu na przebieg rany i częściowe odródlenie się wypilowanych kawałków kości. Wszakże biorąc na uwagę, że ta zmiana inervationi przeważnie funkcji czucia dotyczy, że odżywianie chorej kończyny wcale nie jest gorsze od drugiej, zdrowej, że wypilowanie stawu łokciowego daje najlepsze rezultaty ze wszystkich wypilowań większych stawów, o czem z własnych dwudziestu kilku operacyj na tym stawie byliśmy przeświadczeni, wreszcie, że chory stanowczo na odjęcie całej kończyny nie zezwala, przechyliłiśmy się na stronę wypilowania, do której to operacji w dniu 24-m lutego o godz. 12-tój w południe przystąpiliśmy.

Po dokładnem uspieniu chorego zapomocą chloroformu, zrobiliśmy na tylnej i wewnętrznej stronie stawu, tuż po za kłykciem zewnętrznym, cięcie podłużne, rozciągające się $1\frac{1}{2}$ cala nad i pod linię stawową, przechodzące przez otwór przetoki tu będącej i sięgające aż do kości. Oddzieliwszy okostną razem z częściami miękkimi od końca kości ramieniowej wyprowadziliśmy go przez ranę na zewnątrz i odpilowaliśmy zapomocą piłki *Butcher'a*; następnie zrobiliśmy to samo z końcem kości promieniowej, a ostatecznie i łokciowej. Torebka stawowa była otwarta i zniszczona, więzy również rozerwane i bez śladu prawie zniszczone. Po odpilowaniu końców wszystkich trzech kości, powycinano nożyczkami bujającą w jednych miejscach wnętrza stawu ziarninę, w drugich tkanki w rozpadzie znajdujące się, na wewnętrznej stronie stawu zrobiono podłużny, na $1\frac{1}{2}$ cala długi przeciwotwór (*contrapertura*) dla łatwiejszego odpływu płynów z rany, a przemywszy tę ostatnią dokładnie wodą, przeprowadzono przez oba otwory dren, całą ranę zalano roztworem kwasu karbolowego w oleju lnianym (*Rp. Acidi carbol. ℥ III, Ol. Lini cocti ℥ j D. S.* Do opatrunku), i po zbliżeniu górnego brzegu rany lepkiem plasterem obłożono płatkami płóciennymi w takimże oleju zmaczanymi i obandażowawszy, ułożono kończynę w żłobku druciannym, w pozycji wyprostnej. Krwawienie podczas operacji było bardzo małe; żadnej tętnicy nie podwiązano.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie.

Spostrzeżenie *Horacyusza Robinsona Storer* (w Bostonie).

A. A., zasięgała 25 sierpnia 1865 r. po raz pierwszy rady *Storera* w Bostonie. Miała wtedy lat 47, była niezamężną i do roku 1860, t. j. przez 5 lat przedtém zupełnie zdrową; w tym czasie zaczęła ona spostrzegać w jamie brzusznej narośl, która bezustannie się powiększała, i zdawała się być zrosniętą z macicą, dla czego lekarze stanowczo wszelkiej operacji odradzali. *Storer* znalazł pacjentkę w bardzo oplakanyim stanie: oddech miała bardzo utrudniony, chodzić prawie wcale nie mogła, była głucha, wychudła w wysokim stopniu, brzuch był objętości większej aniżeli gdyby była brzemienną bliźniętami, przytem była w wysokim stopniu niespokojną i rozdrażnioną. Odpływ miesięczny był dotychczas normalny, tylko bardzo mało obfity.

Pochwa maciczna była zamknięta wielką i bardzo czułą błoną dziewięcą; i z tego powodu trzeba było pacjentkę w celu dokładnego zbadania uspić. Przy obmacywaniu znalazł

S. jamę brzuszną wypełnioną masą mającą pewną rezystencją i przedstawiającą w niektórych miejscach dosyć wyraźną fluktuację. Powierzchnia narośli była gładką z wyjątkiem prawej okolicy pachwinowej; tutaj wymacać można było podwójną wypukłość, która przy silnym nacisku wyraźniejszą się stawała; obiedwie wypukłości można było dokładnie jedną od drugiej odróżnić, były one nieco ruchome i przedstawiały niewielkie podobieństwo do główki dziecięcej. Szmeru naczyniowego słycać nie było, również nie było żadnych objawów pęchliny wodnej brzusznej. Przez pochwę, która była bardzo wąską, ale niezbyt długą, można było namacać dosyć wysoko umieszczoną szyjkę maciczną w stanie przerostu (*hypertrophía*); tkanki otaczające nie przedstawiały fluktuacji i były bardzo twarde. Ani przez pochwę ani przez kışkę prostą nie można było się przekonać czy narośl w macicy, czy w jajniku ma swój punkt wyjścia. Usta maciczne były normalne, sonda nie z łatwością dała się wprowadzić i nie więcej jak na 2½ cala; wprowadzona ledwie że była w stanie cokolwiek położyć macicy zmienić.

Dokładnej dyagnozy nie można było postawić. *Cysta ovarii multilocularis* z powiększoną i stwardniałą podstawą bardzo była prawdopodobną, przeciwko niej przemawiało jednak zachowanie się narośli w prawej pachwinowej okolicy, którego S. przy żadnej narośli jajnika nie widział; przeciwko fibroidom macicy przemawiały fluktuacje w niektórych miejscach narośli i brak wpływu krwi. Macica była widocznie w stanie nienormalnym. Brzemiennosc pozamaciczną, wysięk w otrzewnej, narośl w innych organach jamy brzusznej również jak polipy maciczne i rakowe przerodzenie macicy i jajników można było wykluczyć.

S. obserwował pacjentkę dłuższy czas i starał się przed ewentualną operacją wyleczyć chroniczny kaszel i uporczywe zatwardzenie. Dnia 23 września nareszcie pomimo niemożliwości postawienia stanowczej dyagnozy, zdecydował się przystąpić do operacji, którą w obec trzech kolegów z zachowaniem wszystkich prawideł ostrożności wykonał. Temperatura pokoju wynosiła w czasie operacji i pooperacyjnego leczenia 19° C. Pacientka została uszpioną eterem, pęcherz moczowy został kateterem wypróżniony i następnie zrobiono cięcie długości 5 cali, przez ścianę brzuszną od pępka ku dołowi w kierunku przebiegu prawego mięśnia prostego.

Pojedyncze warstwy ściany brzusznej, powięzie, mięśnie i otrzewną przecięto z wszelką ostrożnością na sondzie i odkryto takim sposobem narośl, która prawie zupełnie jamę brzuszną wypełniała. Kolor narośli był ciemno-czerwony, *omentum* było w większej części z nią zrosnięte i obfite w naczynia krwionośne; niektóre jego naczynia były bardzo wielkie i skutkiem tego było ono nieco do łożyska podobne: wiele jego naczyń łączyły się z naczyniami narośli. Niektóre z nich podwiązano drutem przed ich przecięciem, inne zaś przecięto *en masse* nożyczkami i użyto następnie po części torsyi a po części podwiązania. Po lewej stronie głęboko znaleziono obszerne i silne zrosnięcia z otrzewną, które w części rozerwane a w części przecięte zostały. Wkrótce pokazało się że narośl ta z drugą również bardzo wielką, a w jamie miednicy mieszczącą się, zrosniętą była. Dla dostania się do téj ostatniej, wycięto główną narośl przy pomocy *ecrasur'a* i wyjęto ją z jamy brzusznej powiększywszy wprzódy o pół cala cięcie skórne. Narośl w jamie miedniczej także była mocno zrosniętą z sąsiednimi organami za pomocą twardej i w naczynia krwionośne bogatej tkanki. Z wielkim trudem udało się nareszcie narośl tę tak dalece z jamy miedniczej wyciągnąć, że można było klamrę założyć i *ecrauser'em* wyciąć; po wyjęciu całej narośli pokazało się że cięcie wskroś przez całą macicę przeszło. Sześć naczyń krwionośnych podwiązano drutem, inne okręcono i tak operację zakończono. Z rany powstałej z rozerwania zrosniętych części dużo krwi się sączyło; próbowano ją wyskokiem zatamować, ale gły to się nie udało a S. obawiał się żeby zwyczajne *styptica* równie jak i gorące żelazo nie spowodowały gangreny, postanowił działaniem powietrza na ranę, krew zatamować. Przez 3 godziny od zaczęcia operacji nie zaszywał on rany, przez cały ten czas musiano jamę miedniczą co chwila z nagromadzającą się krwi oczyszczać, co uskuteczmano z początku szprycą, potem srebrną łyżką a gdy obadwa te sposoby okazały się niepraktyczne, użyto wielkich gąbek, które nie wywoływały zbyt wielkiego drażnienia otrzewnej. Ranę w ścianie

brzusznęj zszyto w 5ciu miejscach drutem, w taki sposób że szwy przez otrzewną przechodziły.

W czasie całego pooperacyjnego leczenia nie używano ani powierzchownych szwów, ani plastru lepkiego ani żadnych nawiązek; brzuch był zupełnie nagi i tylko drewnianemi obręczami od ciśnienia koldry ochraniały. W czasie operacyi puls był kilka razy bardzo słaby, pomimo to pacjentka wdychała bezustannie eter (w ilości $2\frac{1}{2}$ funtów). Po operacyi dostała pacjentka koniaku z wodą, nazajutrz tylko lód a w następnych dwóch dniach mléko, lub mléko z wodą. Powoli dostawała pacjentka coraz pożywniejsze pokarmy, tak że w pierwszym miesiącu spotrzebowała 24 *ll* mięsa. Z początku puls był cokolwiek częstszy jak 100 na minutę. Nudności ani wymiotów nie było, ból był nieznaczny, nie wielkie wzdęcie brzucha i rozdrażnienie były przyczyną bezsenności; zwilgocona chustka położona na oczach sprowadziła sen. Przez 3 tygodnie wypuszczano mocz za pomocą kateteru; czwartego dnia wprowadzono *suppositorium* z morfiną ($\frac{1}{2}$ gr.) dla uśmierzania bólu, wstrzymania stolca i uspokojenia pacjentki. Dopiero 16go dnia wypróżniono kiszki za pomocą lewatywy, a 18go nastąpił samowolny stolec. Aż do jedenastego dnia po operacyi nie pozwolono choręj najmniejszego robić poruszenia; pomimo to jednak mocz wyciekał kilka razy do łózka, co spowodowało 11go dnia w okolicy krzyżowej małe ekskoryacje, które jednak pod wpływem działania naprzemian ciepła i zimna, sposobu przez *Brown-Sequarda* i *Chapman'a* podanego z łatwością się zagoiły. Trzeciego dnia brzegi rany brzusznej dokładnie się z sobą stykały; dziesiątego dnia druty okręcono a 13go i 14go zupełnie odjęto. Dnia 21go pozwolono choręj w łózku siedzieć, 28go wstała pacjentka z łózka a 37go powróciła do domu. Dnia 9go listopada, 10 dni później czuła się zupełnie zdrową, wstawiała i kładła się do łózka bez żadnej pomocy, chodziła z łatwością i bez zmęczenia po domu i przybrała nieco na ciecie. Przy exploracyi znaleziono *cervix uteri*, w formie guzika znacznie mniejszą jak wprzódy. Prawdopodobnie przy wyciąganiu ciężkiej narośli, przy zakładaniu klamry i *ecraseur'a*, *cervix* bardzo znacznie została w górę podniesioną i przez to większą jej część odcięto.

Nowotwór posłano professorowi *Ellis* dla dokładnego zbadania. Ważył on 37 *ll*; część z miednicy wyjęta 8 *ll*, w jamie brzusznej 16 *ll*, po wypuszczeniu wielkiej ilości płynu.

Cała massa miała tak nieregularny kształt że nie można było się dopatrzeć podobieństwa z żadnym organem, obecność jednak dwóch jajników i przewodów Fallopiusza dowodziła: że wycięta była znaczna część macicy, której kształty przez nowotwór tak były zmienione, że tylko z powodu obecności jajników można ją było jako taką poznać. W prawym jajniku znaleziono świeże ciało żółte (*corpus luteum*) i parę małych *cyst*, z których jedna krwią, a druga białym płynem była napełniona. Przez nacięcie w miejscu w którym nowotwór widocznie graniczył z organem z nim zrosniętym, otworzono wąską około 4" długą jamę, wyslaną błoną śluzową i napełnioną płynem z krwią pomieszany; dolna część tej jamy była nieco sfałdowaną, a sonda wprowadzona do jednego z przewodów *Fallopiusa* wdrążyła do górnej jej części. Jama ta była widocznie niczem innem jak tylko jamą maciczną, której kształty przez nowotwór zostały zmienione a tkanka macicy była z tkanką nowotworu zrosniętą. Nowotwór składał się mniej więcej z 40tu narośli, wielkości od 2" — 4", które miały wygląd zwyczajnych nowotworów w *lókniścach*; niektóre z nich, większe, tak były massą wapienną zapełnione, że trzeba było piły używać do ich przerznięcia; kilka z nich miało widoczne trzonki.

Wielka massa z wyraźną fluktuacją na szerokim więzie macicznym składała się z 2ch większych narośli i kilku mniejszych, które z nich wyrastały. Również te narośle, jak i z macicą zrosnięte, były bardzo bogate w naczynia krwionośne. Fluktuacja była spowodowana przez wysięk surowiczy i *Cystenbildung*; niektóre części przedstawiały z powodu znacznego wysięku (*Infiltratio*), konsystencją galaretowatą, inne zaś zawierały nieregularne, jasnym lub ciemnoczerwonym płynem albo też krwią wypełnione jamy.

Pomimo to że *Spencer Wells* absolutnie odradza operacyą włókniaków (*fibroids*), mających ciemnoczerwoną powierzchnię; że *Jonathan Hutchins*

nie radzi wycinać włókniaków, ponad pępek sięgających, pomimo wreszcie bardzo niepewnej dyagnozy w tym wypadku, S t o r e r zdecydował się jednak operować, w przypuszczeniu że odwrócenie większej ilości niebezpieczeństw miał w swoim ręku. (*Dokończenie nastąpi*).

Przyczynek do historii Zakładu zdrojowego w Krynicy.

Na źródłach urzędowych osnuł Dr. Zieleniewski.

Do zajęć wprawdzie nierozgłośnych, ale zarówno chlubnych jak pożytecznych, w szczęściu bliżnich szlachetną pobudkę, a w pomysłowości rodzinnej ziemi nagrodę znajdujących, należą ciche prace lekarzy zakładów zdrojowych.

Wszystko, co zaszczytne powołanie lekarza w społeczeństwie najpiękniej odznacza — co jego zawód chlubnym i prawdziwie pożytecznym czyni, wszystkoto dostaje się w udziale lekarzowi zdrojowemu wraz z innymi jego współtowarzyszami z tym nadatkiem, iż rzetelnym poświęcaniem się swoim obowiązkom, czyni on nietylko zadosyć humanitarnym celom i zadaniom ścisłej umiejętności, ale nadto prace lekarza zdrojowego przynoszą błogodajne owoce na polu ekonomii narodowej, otwierając źródła bogactwa krajowego.

Dlategożto zasługi zdrojowego lekarza, oddającego się z poświęceniem swemu powołaniu, w miarę rozmaitych zadań, bo humanitarnych, medycznych, i polityczno-ekonomicznych, tem liczniejsze są i rozleglejsze, im umiejętniej i gorliwiej spełniane bywają.

A jeżeli dzisiaj nikt nie odmawia zasług powołaniu lekarza, samém tylko wykonawstwem swęj umiejętności się trudniącego, to zaiste zasługi lekarza zdrojowego, w miarę mnogości jego obowiązków, mogą być większe, bo tu pole działania szersze — a sposobność w usługach ludzkości, nauce i swemu krajowi, o wiele większa i liczniejsza.

Przeszło już od pół wieku, zdrojowisko w Krynicy miało swych lekarzy, pojmujących (odpowiednio do czasu) swoje zadanie, i spełniających godnie swój obowiązek.

Przywieść prace ich dla dobra Zakładu podjęte ku pamięci dzisiejszych, ucześć ich wdzięcznym wspomnieniem, oddać ich zasłudze należne uznanie, oto cel kilku tych słów naszych, czego tém chętniej dopełniamy (czerpiąc wiadomość z urzędowych źródeł), im bardziej przekonani jesteśmy, iż oddając cześć zasłudze naszych poprzedników, dobrze się z naszego obowiązku względem Zakładu wywiązujemy.

Wszakże w tym półwiekowym biegu czasu byli i w Krynicy lekarze, którzy gorąco pracowali dla dobra instytucji sobie powierzonej, a obcy narodowością dla miejsca któremu służyli, na tém chlubniejsze uznanie zasługują.

A gdy i naszym pieniądzem z bogactwa czeskie zdrojowiska, spiżowe pomniki swym lekarzom zdrojowym wystawiły ¹⁾, niechajże aby pismienne wspomnienie mówi o wdzięczności ubogiej Krynicy dla swych lekarzy zdrojowych!

Jeżeli r. 1793, w którym komisarz odwodowy S t y x v. S a m b e r g e n nabywszy w Krynicy od 15-tu tamtejszych włościan obszar ich gruntów 4920⁰□ wynoszący, wraz

¹⁾ W Karlsbadzie wzniesiono pomnik Drowi B e e h e r o w i, owemu jak tam mówią Hippokratesowi Karlsbadu. Maryenbad wystawił w r. 1857, ze składek spiżowe popiersie Dra N e h r a, pierwszego lekarza tamtejszego zdrojowiska, którego Dr. H e i d l e r ojcem Maryenbadu być mieni. W rok później s a m i P o l a c y wzniesli pomnik w Maryenbadzie Drowi H e i d l e r o w i, tamtejszemu lekarzowi zdrojowemu. Jestto obelisk z białego piaskowca 20' wysoki, a na nim następujący napis, który będąc tam w r. 1865 odkopowałem: „*Carolo Josepho Heidler medico, virtutis aquarum loci exploratori et nuncio, ad recuperandam salutem inde ab annis 40 innumeris humanissimo grati Poloni*“.

U nas w kraju najpierwsza Krynica poczuła się do obowiązku wdzięczności, wznosząc u siebie w r. 1860 popiersie Dra D i e t l a, dluta Prof. Kosowskiego, z napisem:

„Wskrzescielowi swojemu“

„Wdzięczna Krynica“.

ze znajdującem się na nich źródłem szczawy krynickiej, weźniemy za rok powstania Zakładu Krynickiego, to z wszelkiem prawdopodobieństwem przyznać możemy, iż nowe to zdrojowisko przez cały czas posiadania go przez S t y x a, i aż do chwili odprzedania go (dnia 17 czerwca 1800 roku) c. k. Urzędowi Kameralnemu państwa Muszyny, nie miało swego lekarza zdrojowego, bo ani kierunek i opieka Zakładu, ani liczba ówczesnych gości kąpielnych tego nie wymagały.

Domniemanie to dosadnie potwierdza ówczesna wzmianka o Krynicy, jaką w dziele Prof. H a c q u e t a ¹⁾ między rokiem 1788 a 1795 dwukrotnie to miejsce zwiedzającego znajdujemy, który bawiąc tam dni kilka z powodu rozbioru chemicznego szczawy Krynickiej, ani o chorych, ani o lekarzu bynajmniej nie wspomina.

Te siedm lat istnienia Zakładu zdrojowego w Krynicy, w rękach S t y x a najpierwszego jego twórcy i wykształceniem obdarzonego właściciela, nie mogły być ani świetne, ani rozgłosne, zbywało bowiem niezawodnie S t y x o w i, nietylko na znajomości przedmiotu, którego nabyciem się obarczył, ale zapewne i funduszu mu niedostawało, do założenia zakładu wymaganego, bodajby tylko na zaspokojenie najistotniejszych jego potrzeb, co do pomieszczeń i łazienek dla gości zdrojowych; a coż wspomnieć o konieczności urządzenia dróg komunikacyjnych do Krynicy, których jak łatwo się domyślić, wcale pod owe czasy tutaj nie było, gdy ja sam już w 50 lat później, bo w roku 1849, po raz pierwszy Krynicę zwiedzając, zaledwo tylko ich kierunek widziałem.

Zaspokojenie nadmienionych potrzeb dla Krynicy, może jeszcze tém trudniejszym się stawało, wobec koniecznego współzawodnictwa z sąsiednim Bardyowem, który już w tamtych czasach dosyć licznie od gości był odwiedzany, używał już jakiegoś rozgłosu i opieki przemożnych stanowiskiem i majątkiem rodzin węgierskich i polskich, a niemałych doznawał łask od Ks. C. ówczesnego generała wojsk cesarsko Austriackich.

Zdaje się przeto, że S t y x nietylko w skutku swego przesiedlenia do wschodniej Galicyi, ale widząc swą niemożność w zadesyć uczynieniu rozlicznym potrzebom nowej swój posiadłości, takową na mocy kontraktu na d. 17 czerwca 1800 r. zawartego, odprzedal Urzędowi kameralnemu Państwa Muszyny.

Z urzędowych aktów tylko tyle dowiedzieć się można, iż w chwili nabycia, zdrojowisko Krynickie składało się:

- 1) ze zdroju szczawy w drzewo ocembrowanego.
- 2) z drewnianego domku mieszkalnego 9⁰ długiego, a 4⁰ szerokiego.
- 3) z drewnianej stajenki 3⁰ dł., a 1¹/₂⁰ szer.
- 4) ze stajni z kamienia na glinie murowanej, 8⁰ dł., a 5⁰ szer.
- 5) tudzież z drewnianego jeszcze niedokończonego, ale dachem gontowym pokrytego domku mieszkalnego, o sieni, jednym pokoiku i o jednej komorze.

Tę to własność nieruchomą, wraz z obszarem gruntu 4920⁰□ wynoszącym, odsprzedał S t y x za sumę 150 zlr.

Urzędowe akta świadczą, iż nie wygórowana kwota za ową własność świeżo Państwu Muszyny odstąpiona, jak mylnie Dr. D i e t l w swój monografii wspomina, (l. c. s. q), ale brak pozwolenia od wyższych władz skarbowych, którego ówczesny rządca Państwa Mu-

¹⁾ H a c q u e t's Neuste physikalisch-politische Reisen in den Jahren 1788—1795 durch die deutschen und sarmatischen Karpathen. Nürnberg 1790—96 in 4 LS. Oto jego własne słowa: „Nach 5 Meilen Wege von Sandez aus, kommt man in ein abfallendes Thal, wo in mehreren Gegenden Sauerquellen sind; die Stärkste von allen, die ich fand, war unweit des russischen Dorfes Krynica in einem engen Thale. Ich fand die Quelle eine Quadratklafter gross, mit Holz eingeschränkt, dicht am Fusse eines Berges gegen Osten entspringen, aber weder Haus, noch einen anderen Unterstand. Das Erste, was hier zu thun gab, war von gesträuchern sich eine Hütte zu bauen, weil man doch mit den Versuchen des Wassers auf Ort und Stelle zwei Tage zubringen musste. (t. c. Th. IV, p. 117).

szyny *L u l l a*, do nabycia Zakładu krynickiego nie posiadał, pociągło za sobą rozwlekłe tłumaczenie i usprawiedliwianie się *L u l l i*, co dało powód Drowi *D i e t l o w i* do domysłu, jakoby summa ugodzona była przesadzoną.

Od tej przeto pory (r. 1800) rozpoczyna się nowa epoka Zakładu krynickiego.

Z aktów dowiadujemy się, iż już w r. 1800 bawilo blisko 70 rodzin dla leczenia się u źródeł krynickich, które dla braku mieszkań wyłącznie na wsi u włościan, pomieszczenia dla siebie szukać musiały.

Brak funduszu na założenie gospodarstwa zdrojowego, nieodzownie potrzebnego dla tój świeżo na rzecz skarbu Państwa nabytej własności, i nieznaną przedmiotu tego rodzaju przedsiębiorstwa, które w swym zarodku dostało się w ręce nieporadnych rządów dóbr skarbowych sprawiło, iż zwyczajem i w naszych czasach powszechnie praktykowanym, postarano się zrzucić z siebie owo kłopotliwe gospodarstwo, oddając je w ręce dzierżawcy.

Jakoż z aktów dowiadujemy się, iż zaraz w roku 1801 ogłoszono dzierżawę Zakładu krynickiego na lat trzy t. j. od 1-go maja 1801 do końca kwietnia 1804, za sumę 100 złr. przyrzekając dodać dzierżawcy corocznie na czas pory zdrojowej 2-ch stróżów i 10 siąg drzewa. Zdaje się jednak, że się nie znalazł dzierżawca, albowiem zaraz w następnym roku 1802 zaprojektowano znowu wypuścić młodzieńki zakład krynicki w dzierżawę roczną za 85 złr. Wszakże rozporządzenie Wielkorządztwa galicyjskiego (de dato: Lwów 25 lutego 1802 r. Nr. 1690), nie potwierdza tego projektu, dopóki nie wystawi się tutaj porządnego zajazdu i łazienek. Mimo to urząd gospodarczy Państwa Muszyny zawarł pod dniem 20 maja 1802 umowę z fryzyerem Duckowskim, aby tenże na swój rachunek gości do Krynicy przyjeżdżających umieszczał, podejmował i kąpał, byle tylko oddawał pobierane pieniądze za stancję i kąpiel, raz na tydzień przyjeżdżającemu tu z Muszyny urzędnikowi kameralnemu.

Akta wspominają, iż w roku 1801 i 1802 dochód z Krynicy wynosił 209 złr., a ówczesny referent nie przepomniał dodać, iż urzędnicy z własnych pobudek nie pragną wzrostu Zakładu krynickiego, albowiem to powoduje drożyznę, o jakiej i we Lwowie pomyśleć trudno, skoro za parę kurecząt płaci się tutaj w lecie 30 kr., a za funt wołowiny 7 kr., jednak przytem nadmieniał: *in dessen es ist nach der Ansicht des Wirthschaftsantes der Billigkeit gemäss, dass der Vortheil einzelner dem Allgemeinen nachstehe*“.

Idąc za biegiem czasu, dowiadujemy się z aktów o rozporządzeniu Wielkorządu Galicyjskiego (Lwów d. 11 listopada 1802 Nr. 10555), mocą którego zawiadomiono urząd kameralny, iż Prof. lwowski *H a c q u e l o w i* powierzono wykonanie rozbioru chemicznego wody krynickiej, a następne rozporządzenie (z d. 21 lipca 1803 Nr. 55) poleca temuż Urzędowi, aby Rady Górniczemu i Prof. *H a c q u e t o w i* rozbiorem chemicznym szczawy na miejscu, zając się mającemu udzielić pomocy, jakiejby tylko w tym celu potrzebował. Oba te rozporządzenia zaiste bardzo dziwnymi się okazały, jeżeli powiemy, iż rozbiór chemiczny szczawy Krynickiej przez *H a c q u e t a*, dawno już dokonany, a w dziele jego przed 8-miu laty wydaném, drukiem był ogłoszony.

W tymto roku 1803 odwiedziło Krynice 69 rodzin, a dochód z zakładu kąpielnego tutejszego przyniósł 205 złr. i 12 kr. Ówczesne urzędowe sprawozdanie wspomina, iż uczęszczanie gości do Zakładu Krynickiego, tudzież jego dochody wzmagają się, jednak dla braku pomieszczeń, a skutkiem przeciągów w tutejszych izbach, niektórzy z gości słabszymi ztąd po kilkodniowym pobycie wyjechali, aniżeli tu przybyli, tutejsi zaś włościanie za nędzną izbę i za ogrzewanie szczawy krynickiej na kąpiel (co zwykle według sprawozdawcy rozpalamy kamieniami skuteczniano), tygodniowo po dwa dukaty płacić sobie kazali.

Dla zaradzenia niedostatku pomieszczeń, na co wszystkie ówczesne sprawozdania o Krynicy utyskują, rozporządzenie z dnia 10 listopada 1803, r. dozwala postawienie tutaj drewnianego budynku z 6 pokoi mieszkalnych i 9 komórek łazienkowych wraz z kuchnią składającego się, a zarazem tenże reskrypt robi nadzieję, że się chirurg w Muszynie lub w Krynicy na swoje ryzyko ma osiedlić, któremu skarb nie byłby przeciwnym w udzieleniu jakiegoś dodatku.

W roku 1804 rozpoczynają się usiłowania ku wybudowaniu murowanego domu zajazdowego (dzisiejszy dom „pod orłem“).

Brak odpowiednich, a do urządzenia świeżo powstającego Zakładu koniecznych nakładów, który rzeczywiście nie posiadał, prócz hojnych darów Stwórcy: cudownej w swych uzdrawiających skutkach szezawy i wybornego powietrza, nie zachęcał ani zysku szukających dzierżawców do dalszej dzierżawy, ani nie mógł się od nieporadnych rządców dóbr skarbowych doczekać żadnego urządzenia, skoro mocą gubernialnego rozporządzenia (Lwów dnia 25 kwietnia 1805 r. Nr. 5575) zawiadomiono Urząd gospodarczy, iż w celu bodajby i powolnego podniesienia Zakładu kąpielnego w Krynicy, zawarto kontrakt o jego dzierżawę ze lwowskim obywatelem *J a n e m H e c h t e m* na lat 12 (t. j. od 1805 do 1817 r.), za roczny czynsz 251 złr., a osobno za prawo wyszynku wina 40 złr. pobierać się mający.

Zdaje się jednak, iż nadmieniona dzierżawa *H e c h t a* nie przysłała do skutku, bo jakiś *B o s i e w i c z* jako poddzierżawca w aktach jest wspominany. Może zresztą i nie było przedmiotu dzierżawy, skoro przyobiecany dom murowany był niegotowym, gdyż Urząd Gospodarczy po dwuletnim guzdraniu się, dopiero z końcem r. 1805 zaledwo pod dach doprowadzić go obiecuje, projektując zarazem wybudować z drzewa 14 pokojów mieszkalnych i tyleż łazienek.

Że dzierżawy *H e c h t a* wcale nie było, dowodzi i ta okoliczność, iż na rok następny (1806 roku) wydzierżawiono nasz Zakład *B o s i e w i c z o w i* za 394 złr. i 31¹/₄ kr. (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Ruch chorych w szpitalach Warszawskich w roku 1868.

	Przybyło.	Wyzdrowiało.	Umarto.	Pozostaje.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	14032	11728	1498	806
„ Ś-go Ducha	1084	880	136	68
„ Ś-go Rocha	1519	1231	183	105
„ Ś-go Jana Bożego	338	103	58	177
„ Ś-go Łazarza	3283	2887	71	325
„ Ewangelickim	1004	812	114	78
„ czasowym na Pradze	1042	789	151	102
„ Starozakonnych	8608	7549	622	437
Razem	30910	25979	2833	2098
Ruch chorych w prywatnych zakładach leczniczych w Warszawie, w roku 1868.				
W zakładzie ocznym Dra <i>D o b r z a ń s k i e g o</i>	61	60	—	1
„ leczenia elektrycznością Dra <i>B r u n e r a</i>	105	93	—	12
„ leczniczym dla kobiet Drów <i>R o g o w i c z a i B e r n h a r d a</i>	21	18	1	2
„ leczenia ściśnioném powietrzem Dra <i>B r o d o w s k i e g o</i>	526	382	—	144
Razem	713	553	1	159

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

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*). Przez Aleksandra Stockmanna. Całkowite podokostne wypilowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olenarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny. Przez Prof. Girsztowta. Kronika Zagraniczna. Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie. Spostrzeżenie Horacyusza Robinsona Storer (w Bostonie). Przyczynek do historyi zakładu zdrojowego w Krynicy. Na źródłach urzędowych osnuł Dr. Zielewski. Wiadomości bieżące. Ruch chorych w szpitalach Warszawskich oraz w prywatnych zakładach leczniczych w Warszawie w roku 1868. Dodatek. Historya Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, (str. 189—196). Przez Juljana Bartoszewicza. (Ciąg dalszy). — Farmakologii arkusz 13-ty. Tomu IIgo.

Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*).

Przez Aleksandra Stockmanna.

E. C y o n i C. L u d w i g w roku 1866 ogłosili bardzo ciekawą pracę wyjaśniającą działanie fizyologiczne jednego z nerwów udających się do serca u królika. ¹⁾ Działanie to jest ze wszech miar ważne, bo regulujące ciśnienie boczne w naczyniach i stanowiące związek między sercem a nerwami vasomotoryjnymi (naczynio-ruchowemi). Dwaj ci badacze zwrócili uwagę, iż prócz nerwu błędnego, którego podrażnienie tak wybitną zmianę w ruchach serca wywołuje, inne nerwy udające się do serca zachowują się biernie przy podrażnieniu peryferycznym. Zwrócili dalej uwagę na dość znaczną gałąź nerwową, idącą do serca razem z gałązkami nerwu błędnego. Drażniąc nerw ten centralnie otrzymali ważne rezultaty, rozjaśniające związek serca z centrami naczynio-ruchowemi. Nerw sam nazwali *n. depressor*, a to stósownie do jego zachowania się w organizmie. Sprawdzenie rezultatów otrzymanych przez tych uczonych fizyologów jest zadaniem niniejszej pracy.

¹⁾ Arbeiten aus der physiologischen Anstalt in Leipzig, für das Jahr, 1866, p. 128: „Die Reflexe eines der sensiblen Nerven des Herzens, auf die motorischen der Blutgefäesse.“

Zanim przystąpimy do szczegółowego rozbioru, uważamy za stosowne podać krótki opis anatomiczny samego nerwu, co tylko do rozjaśnienia kwestyi przyczynić się może.

Po przecięciu skóry na linii średniej szyi u królika i usunięciu mięśni warstwy powierzchownej, spostrzegamy na zewnątrz od tchawicy tętnicę szyjową wspólną (*art. carotis communis*). Usunąwszy ją nieco na bok znajdziemy trzy nerwy różnej grubości. Najgrubszym z nich jest nerw błędny, średniej grubości (zwykle nieco na wewnątrz położony) jest nerw współczulny, wyraźnie ku górze powstający ze zwoju, zwykle w pośród nich leży cienka gałąź, którą C y o n i L u d w i g nazwali *n. depressor*. Nie pomieszamy go z gałęzią zstępującą nerwu podjęzykowego, pamiętając, iż ta leży zawsze przed a nie za tętnicą.

Nerw, o którym mowa, powstaje dwoma korzeniami t. j. jednym od nerwu krtaniowego górnego, drugim od nerwu błędnego (zwykle), czasami nerw pochodzi tylko od nerwu krtaniowego, lub też z kąta przy zejściu się nerwu krtaniowego z nerwem błędnym. Korzenie te długie od 2—3 millimetrów łączą się w jeden pień nerwowy przebiegający ku klatce piersiowej albo w oddzielną pochwie, albo też razem z nerwem współczulnym. Nerw biegnie wzdłuż tętnicy szyjowej, a przybywszy do otworu górnego klatki piersiowej wchodzi do zwoju nerwowego, leżącego na tętnicy podobojczykowej (*art. subclavia*) zwanego u królika *gangl. stellatum* (odpowiada *gangl. cervicale infimum* u człowieka). Przeszedłszy zwój udaje się do serca i pomiędzy tętnicą płucną a aortą wchodzi do tkanki łącznej zbitej serca, gdzie już anatomicznie badaniem być nie może. Niekiedy nerw w górnej swjej części wraca do nerwu błędnego, tworząc w miejscu wejścia małeńki splocik. U kota znajdujemy dość często nerw zupełnie odpowiadający *n. depressor*, a doświadczenia wykazały, iż analogja jest rzeczywistą. Zwykle jednak u kota nerw ten zresztą bardzo cienki, idzie razem z nerwem błędnym. Nie miałem sposobności badać *n. depressor* u innych zwierząt, i dla tego, korzystając z pracy Dra E. B e r n h a r d t'a ¹⁾ dodam tylko, iż u psa nadzwyczaj rzadko nerw ten spotykamy oddzielnym, u konia nigdy, u człowieka zaś niekiedy nerw krtaniowy górny powstaje pozornie dwoma korzeniami, z których jeden zagina się powtórnie i wraca do nerwu błędnego. Miałżeby to być ślad oddzielającego się nerwu depressyjnego?

Z całego opisu anatomicznego łatwo zrozumieć, iż nerw, tak często idący wspólnie z nerwem błędnym i współczulnym, a charakterystyczny co do swego działania, bardzo łatwo stać się mógł przyczyną błędnych doświadczeń i wniosków na doświadczeniach tych opartych!

C y o n i L u d w i g używali do obliczania ciśnień zwyczajnego manometru, którego jedno ramie łączyli za pomocą kaniuli z tętnicą szyjową, w drugim zaś ramieniu posuwał się swobodnie tłoczek z kości słoniowej, który

¹⁾ Anatomische und physiologische Untersuchungen über den *n. depressor* bei der Katze von Dr. Bernhardt. Dorpat, 1868.

za pomocą piórka lub pędzelka mógł kreślić krzywe na walcu papieru, obracającym się ze znaną szybkością. Odpreparowany nerw przecinali i drażnili koniec jego centralny za pomocą aparatu indukcyjnego du Bois-Reymond'a. Każde podrażnienie wywoływało znaczne opadnięcie ciśnienia w tętnicy szyjowej, przyczem zauważyli niezbyt wielkie zwolnienie samego pulsu, który przy końcu drażnienia znowu się przyspieszał. Doświadczenie to kilka razy powtarzane dało też same rezultaty i koniecznie nasuwało myśl, że miano do czynienia z czynnością odruchową. Ponieważ odruchowe działanie skutecznie się mogło tylko w mózgu, starano się oddzielić serce ze związku z rdzeniem, a to przez usunięcie *gl. stellatum*, przecięcie nerwu sympatycznego i błędnego, nadto zadawano zwierzęciu kurarę, aby prócz mięśni gładkich wszystkie inne były w stanie porażenia. Jeżeli u tak przygotowanego zwierzęcia drażniono centralnie nerw *depressor*, zmniejszenie ciśnienia występowało niezmiennie, co dowodziło iż nie w samym sercu szukać należy centrum odruchowego. Jedynym punktem wyjścia było przypuszczenie odruchowego działania na centrum naczynio-ruchowe. Dalsze doświadczenia stwierdziły to przypuszczenie, gdyż przekrwienie naczyń brzusznych, podczas drażnienia *n. depressoris* jasno przekonywały o zmniejszeniu „*tonus*“ ośrodków naczynio-ruchowych w skutek odruchowego działania drażnionego nerwu. Różnice w liczbie uderzeń serca przypisywano, w pierwszej chwili drażnienia, odruchowemu działaniu na nerw błędny, co spowodowało zmniejszenie liczby uderzeń sercowych; późniejsze opadnięcie ciśnienia przy dłuższem drażnieniu wywołało zmniejszenie „*tonus*“ nerwu błędnego i konieczne powiększenie pulsu. Na mocy tych doświadczeń pp. Cyona i Ludwig stawiają śmiało, ale ponętne przypuszczenie co do regulowania ciśnienia w samym sercu; powiadają, iż jeżeli serce jest przepętnione krwią w skutek znacznego oporu w naczyniach tętnicznych, to może drażnione samo przez masę krwi, drażnić zakończenie *n. depressor*, odruchowo zmniejszyć opory w tętnicach, szczególnie brzusznych i przez to pozbywszy się nadmiaru krwi przyjsć do normalnego ciśnienia. W końcu swój pracy stawiają pytanie „dla czego drażniąc samo serce za pomocą strumieni otrzymujemy przyspieszenie liczby uderzeń?“ Na pytanie to odpowiedzieć możemy dopiero w dalszym ciągu niniejszej pracy.

W rok po ogłoszeniu pracy Cyona i Ludwiga, p. Juliusz Dreschfeld ogłosił ¹⁾ swe spostrzeżenia nad tymże samym nerwem, gdzie wprawdzie przyznaje, iż obserwacye poprzednie były dobre, ale daje pierwszeństwo pod względem działania na ciśnienie drażnieniu centralnego końca nerwu błędnego, z tym jednak warunkiem, aby przedtém zniszczyć półkule mózgu. Usprawiedliwiając sposób doświadczenia, stara się objaśnić fakt przypuszczeniem korzeni nerwu błędnego, z których jedne miałyby wchodzić w związek z centrami naczynio-ruchowemi, drugie z półkulami; pierwsze

¹⁾ Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg. Heft 2, 1867, pag. 326. „Ueber die reflectorische Wirkung des Nervus Vagus auf den Blutdruck,“ von stud. med. Julius Dreschfeld.

miały mieć działanie deprymujące, zmniejszające ciśnienie, drugie pressoryjne powiększać miały ciśnienie. Równowaga tych dwóch kierunków działania zostaje naruszoną przez usunięcie półkul i wtedy przy podrażnieniu centralnego końca nerwu błędnego, występowało działanie zniżające ciśnienie, daleko wyraźniej, aniżeli przy podrażnieniu centralnym nerwu *depressor*. W końcu pan *D r e s c h f e l d* dodaje, iż drażniąc serce otrzymywał zniżenie ciśnienia.

Widzimy zatem, że jakkolwiek jest pewna zgodność w rezultatach doświadczeń pp. *C. i L.*, oraz p. *Dr.*, to jednak sam sposób badania i rzeczywista wartość wypadkowych cyfr, stawiają w wątpliwość wypadki jednej lub drugiej pracy.

Zachęcony przez prof. *N a w r o c k i e g o*, starałem się o ile to było w mojej możliwości ocenić wartość prac obu, rozumie się jedyną możliwą drogą w fizjologii t. j. za pomocą doświadczeń.

Pierwszém pytaniem było naturalnie, czy rzeczywiście nerw *depressor* działa w sposób przez *C y o n a* i *L u d w i g a* opisany. Aby sumiennie odpowiedzieć na to pytanie, robiłem kilkanaście doświadczeń z podrażnieniem nerwu *depressor*, mierząc przytem ciśnienie, już to za pomocą zwykłego manometru, już téż przy pomocy kymografionu. Linje krzywe kreślone przez ten ostatni mogły oczywiście dać dowód zmian w ciśnieniu.

Przytaczam tutaj kilka tylko doświadczeń, gdyż szczupłość miejsca nie dozwala przytoczyć wszystkich, zresztą jednakowy rezultat usprawiedliwia pominięcie powtarzających się cyfr.

Doświadczenie I z dnia 13 kwietnia 1869 r.

Królika średniej wielkości zatruto kurarą i założono rurkę respiracyjną w tchawicę. Następnie odpreparowano prawy nerw depressyjny, tętnicę *carotis* także prawą połączono z manometrem. Do drażnienia użyłem aparat indukcyjny *du B o i s - R e y m o n d'a*, z jednym elementem Daniela. Drażnienia i przestanki trwały po 0,5'. Tętno liczone na 15''.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Bez podrażnienia	150	49	—
Podczas drażnienia	125	47	160 młm. odległ. cew.
Po podrażnieniu	150	47	—
Podczas drażnienia	130	46	150
Po podrażnieniu	150	48	—
Podczas drażnienia	100	—	140
Po podrażnieniu	170	—	—
Podczas drażnienia	130	—	130
Podczas drażnienia	105	—	—
Po podrażnieniu	140	—	—

Doświadczenie II 15-go kwietnia 1869 r. Zupełnie takie same przygotowanie jak w poprzedniem, z tą tylko różnicą, iż nie zatrutowano zwierzęcia kurarą i drażniono lewy nerw.

	Ciśnienie w mlm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Przed podrażnieniem	107	49	—
Przy podrażnieniu	70—60	puls z małemi wahaniami	100
Po podrażnieniu	105—115	nie zmienia się.	—
Przy podrażnieniu	97—90		95
Zakrzep w tętnicy i powtórne założenie rurki	—	—	—
Przed podrażnieniem	120	—	—
Przy podrażnieniu	90—75—70	—	100
Po podrażnieniu	120	—	—

Doświadczenie III, 16-go kwietnia 1869 r. Przygotowane jak powyżej, drażniony nerw depressor prawy (wspólnie z nerw. współczulnym *) i lewy.

	Ciśnienie w mlm. rtęci.	Tętno.	Siła prądu.
Przed podrażnieniem	150	52	—
Przy podrażn. n. depr. praw.	135	52	120
Przy podrażnieniu	125	52	120
Przy podrażn. n. depr. lewego.	120	52	120
Przy podrażnieniu	90	50	120
Przy podrażnieniu	90	45	120
Po podrażnieniu	110	47	—
Po podrażnieniu	115	47	—
Przy podrażn. n. depr. lewego.	75	35	120
Po podrażnieniu	110—115	47	—
Przy podrażn. n. depr. praw.	90	36	120
Po podrażnieniu	110—115	43	120

(Dokończenie nastąpi).

Całkowite podokostne wypiłowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olenarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny.

Przez Prof. Girsztowta.

Z chorobami kości i stawów w praktyce chirurgicznej spotykamy się bardzo często. Z jednej strony położenie tych organów powierzchowne, dostępne dla obrażeń mechanicznych i różnych zewnętrznych wpływów (zimno, ciepło), z drugiej

*) Zbytńia cienkość nerwu depressor prawego nie dozwoliła na oddzielenie go od nerwu współczulnego.

wielka ich czynność fizyologiczna, a wreszcie liczne i różnorodne tkanki do składu ich wchodzące są tego powodem. Choroby te, już to z przyczyny przewlekłego przebiegu, już to z następstw i zawiślań jakie za sobą pociągają, zawsze zaliczane były do cierpień ciężkich. Nie mówiąc już bowiem o zapaleniu różnej natury, w skutku którego rozwijały się przykurczenia i wykrzywienia, częstokroć proste nawet złamania lub zwichnienia kości prowadziły do kalectw, powodujących zupełną nieużywalność członków. Tak dotykalne i uderzające niepodobnienia zniewalały lekarzy do ciągłego badania tych cierpień: ztąd leczenie ich wciąż było wzbogacaniem nowemi środkami; pomimo tego jednak wiele z nich, po wyczerpaniu całego zapasu leków, uznane zostały za choroby miejscowo nieuleczalne, w obec których, dla uratowania przynajmniej zagrożonego życia chorych, uznano za konieczne usunięcie całej kończyny chorób przez odjęcie jej (*amputatio*) lub wyłuszczenie (*exarticulatio*). Do chorób takich, bezwzględnie powodujących odjęcie kończyny, zaliczono rany drażące stawów (*vulnus penetrans*), złamania kości ze strzaskaniem odłamów (*fractura comminutiva*), nieprawidłowe zrośnięcie kości (*callus difformis*) lub zupełne ich niezrastanie się (*pseudarthrosis*), a nawet zwichnienia połączone z obrażeniem części miękkich i wystawianiem kości na zewnątrz (*luxatio complicata*), nadto chroniczne zapalenia stawów (*arthrophlogosis chronica*), i nowotwory wszelkiej natury. Łatwo się domyśleć, że przy podobnym wyznaniu wiary, tysiące rąk i nóg musiały paść ofiarą noża chirurgicznego, pomimo czego jednak śmiertelność operowanych była bardzo wielką. Postępowanie takie przetrwało aż do końca XVIII wieku. Niektórzy lekarze rozumieli wprawdzie konieczność reformy w leczeniu tych chorób, ale urzeczywistnienie jej nie było łatwem. Potrzebne były do tego stałe podstawy, które czerpać można było albo w zmianie zupełnej pojęć o naturze tych chorób, albo też oprzeć się na empiryzmie i licznemi faktami na korzyść nowego empiryzmu przemawiającemi, wywalczać nowe pojęcia i przekonania. Nowy zwrot w leczeniu tych chorób inaugurowali prawie współcześnie T h o m a s (1746), B o u c h e r (1753), F i l k i n (1762), W h i t e (1769) i P a r k (1782). Przewodnią myślą ich nowego postępowania było przekonanie, że są choroby miejscowe, zależące od wyłącznie miejscowych przyczyn i warunków, i że pojedyncze tkanki ulegać mogą sprawom chorobnym niezależnie jedne od drugich. Bezpośredniem tego następstwem był wniosek, że miejscowo chore tkanki można też miejscowo (częściowo) usunąć, a przez to poprawić zarazem nie tylko położenie i kształt zmienionej części, ale współcześnie przywrócić jej pierwotną czynność w zupełności (*restitutio ad integrum*), lub częściowo. Tym sposobem stworzony został nowy dział operacyj, który otrzymał miano w y p i ł o w a ń czyli w y c i ę ć (*resectio, excisio*) i w terapii chorób kości zupełny przewrót wywołał. Pierwsze próby rezekcij na wielkich stawach (kolano, ramie) uwieńczone zostały zupełnie pożądanym skutkiem, co zachęciło do dalszych prac na tém polu i nowym operacyom zjednało od razu prawo obywatelstwa w nauce. Wynalazek ten, który wypowiedział wojnę amputacyom i wyłuszczeniom członków tak był bogaty w następstwa i w zastosowaniu swoim na praktyce tyle

okazał się korzystnym, że przyjęto go za epokę w dziejach chirurgii i nowy okres nauki nazwano okresem chirurgii zachowawczej (*chirurgia conservatoria*), na pamiątkę zachowania od noża naszych rąk i nóg, lub też chirurgii odradzającej (*chir. regeneratoria, v. tiva*) celem uwydatnienia odradzania się tkanki kostnej i przywrócenia utraconej czynności kości i stawów. Kiedy w dalszym rozwoju tego sposobu leczenia chorób kości przede wszystkim zwrócono uwagę na źródła odradzania się kości, to pomiędzy nimi wyróżniono szczególnie okostną (Vigarous, Duhamel, Florens, Ollier), przez zachowanie której stworzono wnet ulepszony sposób operowania, zwany rezekcjami podokostnymi (*resectio subperiostealis, Larghi, Paravicini*) i drugi — zwany wypróżnieniem kości (*excavatio ossium, evident des os, Ausschälen der Knochen, Sédillot*). W pierwszym sposobie okostna oddzielona od kości pozostaje w związku z częściami miękkimi otaczającymi ją od zewnątrz, w drugim zaś razem z okostną pozostaje i zewnętrzna warstewka kości w połączeniu z tą ostatnią.

Kiedy pod wpływem pierwszych powodzeń rezekcyj, dawni, najgorliwsi zwolennicy amputacji, porwani zapalem ogólnym, nawrócili się do nowego sposobu operowania, zdarzyły się wnet tu i owdzie złe zejścia po tych operacjach, które jakkolwiek ochłodziły do nich pierwotny zapal, ale zarazem były powodem do przedsięwzięcia poważnych prac na tém polu, które po ściśłym zbadaniu zalet i niedostatków rezekcyj, ustaliły w końcu raz na zawsze te operacje jako piękny, rzeczywisty nabytek nauki, przynoszący zaszczyt obecnej chirurgii. Prace te głównie miały na celu rozstrzygnięcie następujących zadań: 1) przy wykonaniu rezekcji chorych stawów jaki zakładamy sobie cel dla przyszłej używalności kończyny: czy utworzenie nowego stawu, zupełnie ruchomego, odpowiadającego normalnym fizyologicznym czynnościom pierwotnego stawu, lub też wywołanie sztywności (*ankylosis*) w miejscu starego stawu? w jakich stawach jest pożądanym staw nowy, ruchomy (*pseudarthrosis*), a w jakich nierównie jest pożyteczniejszą dla czynności kończyny zupełna sztywność? jakimi środkami możemy osiągnąć jeden lub drugi stan? 2) Jaką przestrzeń z końców stawowych kości wypiłować można dla osiągnięcia sztywności lub stawu nowego ruchomego, stosownie do naszego założenia? 3) czy oprócz końców stawowych można rezekować kości na ich rozciągłości i na jakiej przestrzeni? 4) jakie są wskazania do rezekcji? 5) na jakich zasadach spoczywa leczenie pooperacyjne i jaki jest czas trwania całej kuracji? Jakie są zalety i niedostatki rezekcji w zestawieniu z amputacjami i wyłuszczeniami?

Dla dania stanowczej odpowiedzi na te pytania niedostateczne były osobiste postrzeżenia pojedynczych operatorów, ale trzeba było uciec się do doświadczeń na zwierzętach (*vivisectiones*) i wesprzeć się na znajomości przypadków rezekcji tak pomyślnych, jak i nie pomyślnych wszystkich chirurgów: ztąd wzięły swój początek *chirurgia doświadczalna i statystyka chirurgiczna*. Tym sposobem obserwacja kliniczna, doświadczenia na zwierzętach i statystyka składały się razem na dźwignienie podstaw nauki o rezek-

cyach. Nauka ta jakkolwiek na téj drodze doszła do wysokiego stopnia doskonałości, pod wielu jednak względami ostatniego słowa jeszcze nie wypowiedziała. Ztąd łatwo zrozumieć, że chociaż rezeckye w obecnej chwili są bardzo rozpowszechnione i stały się udziałem każdego chirurga, pomimo tego jednak każde nowe postrzeżenie może jeszcze przyczynić się do dalszego rozwoju téj pięknej gałęzi chirurgii.

Wychodząc z tego punktu widzenia rzeczy, sądzimy, że nie będzie bez pewnego pożytku podać przypadki rezeckij z naszej praktyki, które w ciągu lat ostatnich mieliśmy sposobność wykonać na wszystkich stawach i zebrać szczegółowe spostrzeżenia pod względem wyżej przytoczonych wymagań. Jakkolwiek każdego stawu zrobiliśmy po kilka lub kilkanaście rezeckij, uważamy jednak za zbyt liczne każde spostrzeżenie podawać oddzielnie; ograniczymy się przeto na wydrukowaniu po jednej lub po dwie obserwacyj, dołączając do nich statystykę innych autorów, oraz krótkie uwagi co do praktycznego znaczenia rezeckij odnośnie do każdego stawu. Postrzeżenia nasze zaczniemy od stawu łokciowego, rezeckye którego stosunkowo do innych stawów najlepsze dają rezultaty. Historye chorób, jako obserwowanych w mojej klinice, pisane są pod mojem okiem przez p. p. studentów, których nazwiska podać przytém uważamy za miły dla siebie obowiązek. Niżej przytoczoną obserwacyę opisał p. G r u e l, student 5-go kursu.

W dniu 22-m lutego 1869 roku przybył do kliniki chirurgicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus, S. A. kowal, 48 lat wieku liczący, nizkiego wzrostu, z układem kostnym i mięśniowym dobrze rozwiniętym, tkanką tłuszczową podskórną miernie obfitą, błonami śluzowymi blademi. W organach wewnętrznych nie przedstawia on zmian żadnych, dotknięty jest tylko znacznem przytępieniem czucia skóry na prawej połowie twarzy i szyi, prawym barku i prawej kończynie górnej. W okolicy stawu łokciowego téj ostatniej znajduje się obrzmienie (*intumescencia*) kształtu wrzecionowatego, rozpoczynające się na granicy $\frac{2}{3}$ górnych z $\frac{1}{3}$ dolną ramienia, a kończące w połowie przedramienia. Największy obwód tego obrzmienia przypada na linię stawową, i wynosi w tém miejscu 45 ctm. Dolna połowa przedramienia, a szczególniej grzbiet ręki i palce mocno obrzękłe (*oedema*). Skóra na okolicy zajętej chorobą nieco napięta, z przodu barwy prawidłowej, z tyłu nieco zaczerwieniona; ciepłota téj okolicy niepodwyższona. Na zewnętrznej powierzchni ramienia w $\frac{1}{4}$ części dolnej, postrzega się bliznę białą, nieregularną, powciąganą, na 2 cale długą a na 1 cal szeroką, pozostałą po oparzeniu żelazem przed kilkoma laty. Poniżej téj blizny, na zewnętrznej stronie i nieco ku tyłowi stawu, tuż za nadkłykiem (*epicondylus*) znajduje się wybujałość z tkanki łącznej (*granuloma*), czerwona, wielkości i kształtu grochu szablatego, otaczająca otworek z którego sączy się płyn rzadki, mętny, żółtawy, posoczysty. Na wewnętrznej stronie kończyny, w miejscu odpowiadającém normalnie nadrolce (*epitrochlea*) znajduje się takż owrzodzenie wielkości monety kopiejkowej, o dnie mocno wygórowaném, przedstawiającém parę otworków, z których sączy się płyn wyżej opisanych własności. Konsystencya obrzmienia nie różni się od konsystencyi części miękkich ramienia powyżej leżących, tylko na tylnej powierzchni, po nad stawem większą przedstawia odporność. Kończyna chora zgięta jest nieco w stawie łokciowym, tak, że ramię z przedramieniem tworzy przy zwyczajném położeniu kąt mocno rozwartý (80° mniej więcej), przedramię w położeniu nawróconém (*in pronatione*). Na zewnętrznej stronie linii stawowej wyczuwa się palcem mała wydatność kostna, przechodząca ku górze bezpośrednio w kość ramieniową (*humerus*), jestto zatem wyrostek nadkłykciowy (*epicondylus*) téj kości. Wyrostka nadrolkowego (*epitrochlea*), który normalnie wydatniejszym bywa od poprzedzającego, wymacać nie można. Na tylnej powierzchni stawu, w miejscu odpowiadającém normalnie wyrostkowi łokciowemu (*olecranon*)

widzimy i wyczuwamy zagłębienie, a obmacując okoliczne części, przy równoczesnym wykonywaniu małych ruchów przedramieniem, przekonywamy się, że wyrostek łokciowy znajduje się więcej na wewnątrz i wykonywa ruchy nie tylko zawiasowe lecz także i boczne. Ustala-
jąc jedną ręką ramię, a drugą wykonywając ruchy bierne nawrotne i wywrotne (*pronatio et supinatio*) przedramieniem, czujemy nadzwyczaj wyraźne, zresztą uchem nawet dające się pochwycić tarcie końców stawowych kości (*attritus*), za przyłożeniem palca do kłykcia zewnętrz-
nego tarcie to najwyraźniej pod palcem samym czuć się daje. Zgłębnik wprowadzony przez przetokę zewnętrzną: wchodzi w głąb stawu na 2 cale, między dwie kości chropawe, pozbawione chrząstki; to samo napotyka zgłębnik wprowadzony przez otworek w owrzodzeniu na wewnętrznej stronie stawu. Co się tyczy funkcji kończyny, to chory utrzymuje ją zwykle w położeniu wyżej opisanym. W stawie ramieniowym wykonywa wszelkie ruchy, przyczem jednak stosunek ramienia do przedramienia zawsze pozostaje stały. W stawie łokciowym czynne wyprostowanie jest nie możebnym, — bierne da się zupełnie wykonać; zginając przedramię czynnie nie jest w stanie doprowadzić go nawet do kąta prostego z ramieniem, co też i bierne wykonać się nie daje; wywrócenie przedramienia (*supinatio*) czynne niemożebne, bierne wykonywa się z łatwością. Bólu w cierpiącym stawie chory nie czuje, — nawet bierne ruchy mało są bolesne; najwięcej jeszcze dotkliwym jest zginanie (*flexio*), przy którym chory uskarża się na ból w tylnej stronie stawu.

Tyle co do obecnego stanu chorego.

Z przeszłości jego dowiedzieliśmy się, iż w życiu swém nigdy obłożnych chorób nie przechodził i zawsze kwitnącym cieszył się zdrowiem. Od lat już kilkunastu bez widocznej przyczyny, niepostrzeżenie, wykształciło się upośledzenie czucia skóry (*anaesthesia localis*) w przytoczonych na wstępie okolicach ciała do tego stopnia, iż chory lekkiego zakłucia szpilką w te miejsca wcale nie czuje, i dopiero przy głębszym pograżeniu szpilki w skórę daje oznaki bólu, w drugiej połowie ciała czucie zupełnie jest prawidłowe. Ruchy i siła mięśniowa w kończynie upośledzeniem czucia dotkniętej pozostały prawie normalnymi.

Miejscowe cierpienie w stawie rozwinęło się w następujący sposób: przed trzema miesiącami chory nasz zasnął oparty łokciem prawej (upośledzonej w czuciu) kończyny górnej o cegłę leżącą w pobliżu ogniska kuźniczego i skutkiem tego mocno rozpaloną, a gdy go niemile jakoweś uczucie ze snu przebudziło, dostrzegł przepalone na łokciu odzienie (kożuch), a na wewnętrznej stronie stawu, w miejscu odpowiadającym nadrolce, strup czarny (*eschara*) wielkości 6-groszniaka, ze zwęglenia skóry powstały. Strup ten z wolna wydzielać się począł, przyczem chory ręką swą wykonywał drobniejsze czynności, nie czując w niej żadnego bólu. Po zupełnym oddzieleniu się strupa pozostało owrzodzenie okrągłe, wielkości monety miedzianej 5-kopiejkowej, które z wolna zablizniać się od brzegów począło. Gdy zabliznienie wrzodu postąpiło już o tyle, że wielkość jego o czwartą część się zmniejszyła, a było to przed miesiącem od chwili obecnej, wziął się chory do mlócenia zboża cepami, wtém jednak uczył większy ból w chorą kończynę, po czem przyszły silne dreszcze, które zmusiły go do położenia się do łóżka. Wkrótce też brzo-
szczę zaczęła cała okolica stawu bardzo silnie, a na tylnej jej powierzchni i utworzyła się wyniosłość miękka, zaczerwieniona. Chory przeciął sobie tę wyniosłość brzytwą, poczem wypłynęło z niej blisko pół kwaterki płynu, który on opisuje jako podobny do serwatki z twarogiem. W tym też czasie po raz pierwszy, przy ruchach ręki poczuł chrupanie kości w stawie. Rana zrobiona brzytwą dała początek przetoce, którą dziś na zewnętrzno-tylnej stronie stawu dostrzegamy. Przed dwoma tygodniami udał się chory do szpitala w Grójcu, a gdy mu tam odjęcie kończyny w ramieniu zaproponowano, niechęć przystać na takową propozycję, po tygodniowym pobycie wyszedł z tamąd i przybył do naszej kliniki chirurgicznej, gdzie się w wyżej opisanym przedstawił stanie.

Co do ogólnego stanu chorego wypada jeszcze nadmienić, iż od chwili pojawienia się pierwszych dreszczów przed miesiącem, miewa je odtąd prawie codziennie, zwykle wieczorem; po dreszczach następuje rozgrzanie ciała, a w nocy chory mocno się poci. Przez czas choroby znacznie też spadł z sił i wychudł. Trawienie dobre, chociaż stolce nieco leniwe, przychodzą co parę dni.

Zbiór tak wyraźnych objawów jak: otworzenie stawu, tarcie się o siebie obnażonych końców stawowych kości przy wykonywaniu ruchów biernych, możność wyczucia obnażonych kości zgłębnikiem, wprowadzonym przez otwory przetok do wnętrza stawu, zmiana położenia i zbyteczna swoboda ruchów, jakie wykonywał wyrostek łokciowy przy poruszaniu przedramieniem nader ułatwia nam rozpoznanie. Formułujemy je w następujący sposób: *Próchnienie końców stawowych kości w stawie łokciowym w 3im okresie choroby t. j. w okresie zwłóknienia dobrowolnego (olenarthrocace in stadio luxationis spontaneae, pathologicae).*

W obec tak postawionego rozpoznania jedno tylko mieliśmy wskazanie: usunąć części kości próchnieniem dotknięte: chołziło tylko o rozstrzygnięcie, czy dokonać tego drogą wypilowania stawu łokciowego, czy też poświęcić całą kończynę i wykonać odjęcie ramienia. Za tem ostatniem przemawiało upośledzenie czynności nerwowej w mającej się operować kończynie i wynikająca ztąd obawa, czy upośledzenie to nie wywrze nieprzyjaznego wpływu na przebieg rany i częściowe odródlenie się wypilowanych kawałków kości. Wszakże biorąc na uwagę, że ta zmiana inervationi przeważnie funkcji czucia dotyczy, że odżywianie chorej kończyny wcale nie jest gorsze od drugiej, zdrowej, że wypilowanie stawu łokciowego daje najlepsze rezultaty ze wszystkich wypilowań większych stawów, o czem z własnych dwudziestu kilku operacyj na tym stawie byliśmy przeświadczeni, wreszcie, że chory stanowczo na odjęcie całej kończyny nie zezwala, przechyliliśmy się na stronę wypilowania, do której to operacji w dniu 24-m lutego o godz. 12-tój w południe przystąpiliśmy.

Po dokładnem uspieniu chorego zapomocą chloroformu, zrobiliśmy na tylnej i wewnętrznej stronie stawu, tuż po za kłykciem zewnętrznym, cięcie podłużne, rozciągające się $1\frac{1}{2}$ cala nad i pod linię stawową, przechodzące przez otwór przetoki tu będącej i sięgające aż do kości. Oddzielwszy okostną razem z częściami miękkimi od końca kości ramieniowej wyprowadziliśmy go przez ranę na zewnątrz i odpilowaliśmy zapomocą piłki *Butcher'a*; następnie zrobiliśmy to samo z końcem kości promieniowej, a ostatecznie i łokciowej. Torebka stawowa była otwarta i zniszczona, więzy również rozerwane i bez śladu prawie zniszczone. Po odpilowaniu końców wszystkich trzech kości, powycinano nożyczkami bujającą w jednych miejscach wnętrza stawu ziarninę, w drugich tkanki w rozpadzie znajdujące się, na wewnętrznej stronie stawu zrobiono podłużny, na $1\frac{1}{2}$ cala długi przeciwotwór (*contrapertura*) dla łatwiejszego odpływu płynów z rany, a przemywszy tę ostatnią dokładnie wodą, przeprowadzono przez oba otwory dren, całą ranę zalano roztworem kwasu karbolowego w oleju lnianym (*Rp. Acidi carbol. $\frac{5}{3}$ III, Ol. Lini cocti $\frac{16}{j}$ D. S.* Do opatrunku), i po zbliżeniu górnego brzegu rany lepkiem plasterem obłożono płatkami płóciennymi w takimże oleju zmaczanymi i obandażowawszy, ułożono kończynę w żłobku druciannym, w pozycji wyprostnej. Krwawienie podczas operacji było bardzo małe; żadnej tętnicy nie podwiązano.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie.

Spostrzeżenie *Horacyusza Robinsona Storer* (w Bostonie).

A. A., zasięgała 25 sierpnia 1865 r. po raz pierwszy rady *Storera* w Bostonie. Miała wtedy lat 47, była niezamężną i do roku 1860, t. j. przez 5 lat przedtém zupełnie zdrową; w tym czasie zaczęła ona spostrzegać w jamie brzusznej narośl, która bezustannie się powiększała, i zdawała się być zrosniętą z macicą, dla czego lekarze stanowczo wszelkiej operacji odradzali. *Storer* znalazł pacjentkę w bardzo oplakanyim stanie: oddech miała bardzo utrudniony, chodzić prawie wcale nie mogła, była głucha, wychudła w wysokim stopniu, brzuch był objętości większej aniżeli gdyby była brzemienną bliźniętami, przytem była w wysokim stopniu niespokojną i rozdrażnioną. Odpływ miesięczny był dotychczas normalny, tylko bardzo mało obfity.

Pochwa maciczna była zamknięta wielką i bardzo czułą błoną dziewięcą; i z tego powodu trzeba było pacjentkę w celu dokładnego zbadania uspić. Przy obmacywaniu znalazł

S. jamę brzuszną wypełnioną masą mającą pewną rezystencją i przedstawiającą w niektórych miejscach dosyć wyraźną fluktuację. Powierzchnia narośli była gładką z wyjątkiem prawej okolicy pachwinowej; tutaj wymacać można było podwójną wypukłość, która przy silnym nacisku wyraźniejszą się stawała; obiedwie wypukłości można było dokładnie jedną od drugiej odróżnić, były one nieco ruchome i przedstawiały niewielkie podobieństwo do główki dziecięcej. Szmeru naczyniowego słycać nie było, również nie było żadnych objawów pęchliny wodnej brzusznej. Przez pochwę, która była bardzo wąską, ale niezbyt długą, można było namacać dosyć wysoko umieszczoną szyjkę maciczną w stanie przerostu (*hypertrophia*); tkanki otaczające nie przedstawiały fluktuacji i były bardzo twarde. Ani przez pochwę ani przez kışkę prostą nie można było się przekonać czy narośl w macicy, czy w jajniku ma swój punkt wyjścia. Usta maciczne były normalne, sonda nie z łatwością dała się wprowadzić i nie więcej jak na 2½ cala; wprowadzona ledwie że była w stanie cokolwiek położenie macicy zmienić.

Dokładnej dyagnozy nie można było postawić. *Cysta ovarii multilocularis* z powiększoną i stwardniałą podstawą bardzo była prawdopodobną, przeciwko niej przemawiało jednak zachowanie się narośli w prawej pachwinowej okolicy, którego S. przy żadnej narośli jajnika nie widział; przeciwko fibroidom macicy przemawiały fluktuacje w niektórych miejscach narośli i brak wpływu krwi. Macica była widocznie w stanie nienormalnym. Brzemiennosc pozamaciczną, wysięk w otrzewnej, narośl w innych organach jamy brzusznej również jak polipy maciczne i rakowe przerodzenie macicy i jajników można było wykluczyć.

S. obserwował pacjentkę dłuższy czas i starał się przed ewentualną operacją wyleczyć chroniczny kaszel i uporczywe zatwardzenie. Dnia 23 września nareszcie pomimo niemożliwości postawienia stanowczej dyagnozy, zdecydował się przystąpić do operacji, którą w obec trzech kolegów z zachowaniem wszystkich prawideł ostrożności wykonał. Temperatura pokoju wynosiła w czasie operacji i pooperacyjnego leczenia 19° C. Pacientka została uszpioną eterem, pęcherz moczowy został kateterem wypróżniony i następnie zrobiono cięcie długości 5 cali, przez ścianę brzuszną od pępka ku dołowi w kierunku przebiegu prawego mięśnia prostego.

Pojedyncze warstwy ściany brzusznej, powięzie, mięśnie i otrzewną przecięto z wszelką ostrożnością na sondzie i odkryto takim sposobem narośl, która prawie zupełnie jamę brzuszną wypełniała. Kolor narośli był ciemno-czerwony, *omentum* było w większej części z nią zrosnięte i obfite w naczynia krwionośne; niektóre jego naczynia były bardzo wielkie i skutkiem tego było ono nieco do łożyska podobne: wiele jego naczyń łączyły się z naczyniami narośli. Niektóre z nich podwiązano drutem przed ich przecięciem, inne zaś przecięto *en masse* nożyczkami i użyto następnie po części torsyi a po części podwiązania. Po lewej stronie głęboko znaleziono obszerne i silne zrosnięcia z otrzewną, które w części rozerwane a w części przecięte zostały. Wkrótce pokazało się że narośl ta z drugą również bardzo wielką, a w jamie miednicy mieszczącą się, zrosniętą była. Dla dostania się do téj ostatniej, wycięto główną narośl przy pomocy *ecrasur'a* i wyjęto ją z jamy brzusznej powiększywszy wprzódy o pół cala cięcie skórne. Narośl w jamie miedniczej także była mocno zrosniętą z sąsiednimi organami za pomocą twardej i w naczynia krwionośne bogatej tkanki. Z wielkim trudem udało się nareszcie narośl tę tak dalece z jamy miedniczej wyciągnąć, że można było klamrę założyć i *ecrauser'em* wyciąć; po wyjęciu całej narośli pokazało się że cięcie wskroś przez całą macicę przeszło. Sześć naczyń krwionośnych podwiązano drutem, inne okręcono i tak operację zakończono. Z rany powstałej z rozerwania zrosniętych części dużo krwi się sączyło; próbowano ją wyskokiem zatamować, ale gły to się nie udało a S. obawiał się żeby zwyczajne *styptica* równie jak i gorące żelazo nie spowodowały gangreny, postanowił działaniem powietrza na ranę, krew zatamować. Przez 3 godziny od zaczęcia operacji nie zaszywał on rany, przez cały ten czas musiano jamę miedniczą co chwila z nagromadzającą się krwi oczyszczać, co uskuteczniano z początku szprycą, potem srebrną łyżką a gdy obadwa te sposoby okazały się niepraktyczne, użyto wielkich gąbek, które nie wywoływały zbyt wielkiego drażnienia otrzewnej. Ranę w ścianie

brzusznęj zszyto w 5ciu miejscach drutem, w taki sposób że szwy przez otrzewną przechodziły.

W czasie całego pooperacyjnego leczenia nie używano ani powierzchownych szwów, ani plastru lepkiego ani żadnych nawiązek; brzuch był zupełnie nagi i tylko drewnianemi obręczami od ciśnienia koldry ochraniany. W czasie operacyi puls był kilka razy bardzo słaby, pomimo to pacjentka wdychała bezustannie eter (w ilości $2\frac{1}{2}$ funtów). Po operacyi dostała pacjentka koniaku z wodą, nazajutrz tylko lód a w następnych dwóch dniach mléko, lub mléko z wodą. Powoli dostawała pacjentka coraz pożywniejsze pokarmy, tak że w pierwszym miesiącu spotrzebowala 24 *ll* mięsa. Z początku puls był cokolwiek częstszy jak 100 na minutę. Nudności ani wymiotów nie było, ból był nieznaczny, nie wielkie wzdęcie brzucha i rozdrażnienie były przyczyną bezsenności; zwilgocona chustka położona na oczach sprowadziła sen. Przez 3 tygodnie wypuszczano mocz za pomocą kateteru; czwartego dnia wprowadzono *suppositorium* z morfiną ($\frac{1}{2}$ gr.) dla uśmierzania bólu, wstrzymania stolca i uspokojenia pacjentki. Dopiero 16go dnia wypróżniono kiszki za pomocą lewatywy, a 18go nastąpił samowolny stolec. Aż do jedenastego dnia po operacyi nie pozwolono choręj najmniejszego robić poruszenia; pomimo to jednak mocz wyciekał kilka razy do łózka, co spowodowało 11go dnia w okolicy krzyżowej małe ekskoryacje, które jednak pod wpływem działania naprzemian ciepła i zimna, sposobu przez *Brown-Sequarda* i *Chapman'a* podanego z łatwością się zagoiły. Trzeciego dnia brzegi rany brzusznej dokładnie się z sobą stykały; dziesiątego dnia druty okręcono a 13go i 14go zupełnie odjęto. Dnia 21go pozwolono choręj w łózku siedzieć, 28go wstała pacjentka z łózka a 37go powróciła do domu. Dnia 9go listopada, 10 dni później czuła się zupełnie zdrową, wstawala i kładła się do łózka bez żadnej pomocy, chodziła z łatwością i bez zmęczenia po domu i przybrała nieco na ciełe. Przy exploracyi znaleziono *cervix uteri*, w formie guzika znacznie mniejszą jak wprzódy. Prawdopodobnie przy wyciąganiu ciężkiej narośli, przy zakładaniu klamry i *ecraseur'a*, *cervix* bardzo znacznie została w górę podniesioną i przez to większą jej część odcięto.

Nowotwór posłano professorowi *Ellis* dla dokładnego zbadania. Ważył on 37 *ll*; część z miednicy wyjęta 8 *ll*, w jamie brzusznej 16 *ll*, po wypuszczeniu wielkiej ilości płynu.

Cała massa miała tak nieregularny kształt że nie można było się dopatrzeć podobieństwa z żadnym organem, obecność jednak dwóch jajników i przewodów Fallopiusza dowodziła: że wycięta była znaczna część macicy, której kształty przez nowotwór tak były zmienione, że tylko z powodu obecności jajników można ją było jako taką poznać. W prawym jajniku znaleziono świeże ciało żółte (*corpus luteum*) i parę małych *cyst*, z których jedna krwią, a druga białym płynem była napełniona. Przez nacięcie w miejscu w którym nowotwór widocznie graniczył z organem z nim zrosniętym, otworzono wąską około 4" długą jamę, wyslaną błoną śluzową i napełnioną płynem z krwią pomieszany; dolna część tej jamy była nieco sfałdowaną, a sonda wprowadzona do jednego z przewodów *Fallopiusa* wdrążyła do górnej jej części. Jama ta była widocznie niczem innem jak tylko jamą maciczną, której kształty przez nowotwór zostały zmienione a tkanka macicy była z tkanką nowotworu zrosniętą. Nowotwór składał się mniej więcej z 40tu narośli, wielkości od 2" — 4", które miały wygląd zwyczajnych nowotworów w *lókniścach*; niektóre z nich, większe, tak były massą wapienną zapełnione, że trzeba było piły używać do ich przerznięcia; kilka z nich miało widoczne trzonki.

Wielka massa z wyraźną fluktuacją na szerokim więzie macicznym składała się z 2ch większych narośli i kilku mniejszych, które z nich wyrastały. Również te narośle, jak i z macicą zrosnięte, były bardzo bogate w naczynia krwionośne. Fluktuacja była spowodowana przez wysięk surowiczy i *Cystenbildung*; niektóre części przedstawiały z powodu znacznego wysięku (*Infiltratio*), konsystencją galaretowatą, inne zaś zawierały nieregularne, jasnym lub ciemnoczerwonym płynem albo też krwią wypełnione jamy.

Pomimo to że *Spencer Wells* absolutnie odradza operacyą włókniaków (*fibroids*), mających ciemnoczerwoną powierzchnię; że *Jonathan Hutchins*

nie radzi wycinać włókniaków, ponad pępek sięgających, pomimo wreszcie bardzo niepewnej dyagnozy w tym wypadku, S t o r e r zdecydował się jednak operować, w przypuszczeniu że odwrócenie większej ilości niebezpieczeństw miał w swoim ręku. (*Dokończenie nastąpi*).

Przyczynek do historii Zakładu zdrojowego w Krynicy.

Na źródłach urzędowych osnuł Dr. Zieleniewski.

Do zajęć wprawdzie nierozgłośnych, ale zarówno chlubnych jak pożytecznych, w szczęściu bliżnich szlachetną pobudkę, a w pomysłowości rodzinnej ziemi nagrodę znajdujących, należą ciche prace lekarzy zakładów zdrojowych.

Wszystko, co zaszczytne powołanie lekarza w społeczeństwie najpiękniej odznacza — co jego zawód chlubnym i prawdziwie pożytecznym czyni, wszystkoto dostaje się w udziale lekarzowi zdrojowemu wraz z innymi jego współtowarzyszami z tym nadatkiem, iż rzetelnym poświęcaniem się swoim obowiązkom, czyni on nietylko zadosyć humanitarnym celom i zadaniom ścisłej umiejętności, ale nadto prace lekarza zdrojowego przynoszą błogodajne owoce na polu ekonomii narodowej, otwierając źródła bogactwa krajowego.

Dlategożto zasługi zdrojowego lekarza, oddającego się z poświęceniem swemu powołaniu, w miarę rozmaitych zadań, bo humanitarnych, medycznych, i polityczno-ekonomicznych, tem liczniejsze są i rozleglejsze, im umiejętniej i gorliwiej spełniane bywają.

A jeżeli dzisiaj nikt nie odmawia zasług powołaniu lekarza, samém tylko wykonawstwem swój umiejętności się trudniącego, to zaiste zasługi lekarza zdrojowego, w miarę mnogości jego obowiązków, mogą być większe, bo tu pole działania szersze — a sposobność w usługach ludzkości, nauce i swemu krajowi, o wiele większa i liczniejsza.

Przeszło już od pół wieku, zdrojowisko w Krynicy miało swych lekarzy, pojmujących (odpowiednio do czasu) swoje zadanie, i spełniających godnie swój obowiązek.

Przywieść prace ich dla dobra Zakładu podjęte ku pamięci dzisiejszych, uczyć ich wdzięcznym wspomnieniem, oddać ich zasłudze należne uznanie, oto cel kilku tych słów naszych, czego tém chętniej dopełniamy (czerpiąc wiadomość z urzędowych źródeł), im bardziej przekonani jesteśmy, iż oddając część zasłudze naszych poprzedników, dobrze się z naszego obowiązku względem Zakładu wywiązujemy.

Wszakże w tym półwiecznym biegu czasu byli i w Krynicy lekarze, którzy gorąco pracowali dla dobra instytucji sobie powierzonej, a obcy narodowością dla miejsca któremu służyli, na tém chlubniejsze uznanie zasługują.

A gdy i naszym pieniądzem z bogactwa czeskie zdrojowiska, spiżowe pomniki swym lekarzom zdrojowym wystawiły ¹⁾, niechajże aby pismienne wspomnienie mówi o wdzięczności ubogiej Krynicy dla swych lekarzy zdrojowych!

Jeżeli r. 1793, w którym komisarz odwodowy S t y x v. S a m b e r g e n nabywszy w Krynicy od 15-tu tamtejszych włościan obszar ich gruntów 4920⁰□ wynoszący, wraz

¹⁾ W Karlsbadzie wzniesiono pomnik Drowi B e e h e r o w i, owemu jak tam mówią Hippokratesowi Karlsbadu. Maryenbad wystawił w r. 1857, ze składek spiżowe popiersie Dra N e h r a, pierwszego lekarza tamtejszego zdrojowiska, którego Dr. H e i d l e r ojcem Maryenbadu być mieni. W rok później s a m i P o l a c y wzniesli pomnik w Maryenbadzie Drowi H e i d l e r o w i, tamtejszemu lekarzowi zdrojowemu. Jestto obelisk z białego piaskowca 20' wysoki, a na nim następujący napis, który będąc tam w r. 1865 odkopiowałem: „*Carolo Josepho Heidler medico, virtutis aquarum loci exploratori et nuncio, ad recuperandam salutem inde ab annis 40 innumeris humanissimo grati Poloni*“.

U nas w kraju najpierwsza Krynica poczuła się do obowiązku wdzięczności, wznosząc u siebie w r. 1860 popiersie Dra D i e t l a, dłuta Prof. Kosowskiego, z napisem:

„Wskrzescielowi swojemu“

„Wdzięczna Krynica“.

ze znajdującem się na nich źródłem szczawy krynickiej, weźniemy za rok powstania Zakładu Krynickiego, to z wszelkiem prawdopodobieństwem przyznać możemy, iż nowe to zdrojowisko przez cały czas posiadania go przez S t y x a, i aż do chwili odprzedania go (dnia 17 czerwca 1800 roku) c. k. Urzędowi Kameralnemu państwa Muszyny, nie miało swego lekarza zdrojowego, bo ani kierunek i opieka Zakładu, ani liczba ówczesnych gości kąpielnych tego nie wymagały.

Domniemanie to dosadnie potwierdza ówczesna wzmianka o Krynicy, jaką w dziele Prof. H a c q u e t a ¹⁾ między rokiem 1788 a 1795 dwukrotnie to miejsce zwiedzającego znajdujemy, który bawiąc tam dni kilka z powodu rozbioru chemicznego szczawy Krynickiej, ani o chorych, ani o lekarzu bynajmniej nie wspomina.

Te siedm lat istnienia Zakładu zdrojowego w Krynicy, w rękach S t y x a najpierwszego jego twórcy i wykształceniem obdarzonego właściciela, nie mogły być ani świetne, ani rozgłosne, zbywało bowiem niezawodnie S t y x o w i, nietylko na znajomości przedmiotu, którego nabyciem się obarczył, ale zapewne i funduszu mu niedostawało, do założenia zakładu wymaganego, bodajby tylko na zaspokojenie najistotniejszych jego potrzeb, co do pomieszczeń i łazienek dla gości zdrojowych; a coż wspomnieć o konieczności urządzenia dróg komunikacyjnych do Krynicy, których jak łatwo się domyślić, wcale pod owe czasy tutaj nie było, gdy ja sam już w 50 lat później, bo w roku 1849, po raz pierwszy Krynicę zwiedzając, zaledwo tylko ich kierunek widziałem.

Zaspokojenie nadmienionych potrzeb dla Krynicy, może jeszcze tém trudniejszym się stawało, wobec koniecznego współzawodnictwa z sąsiednim Bardyowem, który już w tamtych czasach dosyć licznie od gości był odwiedzany, używał już jakiegoś rozgłosu i opieki przemożnych stanowiskiem i majątkiem rodzin węgierskich i polskich, a niemałych doznawał łask od Ks. C. ówczesnego generała wojsk cesarsko Austriackich.

Zdaje się przeto, że S t y x nietylko w skutku swego przesiedlenia do wschodniej Galicyi, ale widząc swą niemożność w zadesyć uczynieniu rozlicznym potrzebom nowej swój posiadłości, takową na mocy kontraktu na d. 17 czerwca 1800 r. zawartego, odprzedal Urzędowi kameralnemu Państwa Muszyny.

Z urzędowych aktów tylko tyle dowiedzieć się można, iż w chwili nabycia, zdrojowisko Krynickie składało się:

- 1) ze zdroju szczawy w drzewo ocembrowanego.
- 2) z drewnianego domku mieszkalnego 9⁰ długiego, a 4⁰ szerokiego.
- 3) z drewnianej stajenki 3⁰ dł., a 1¹/₂⁰ szer.
- 4) ze stajni z kamienia na glinie murowanej, 8⁰ dł., a 5⁰ szer.
- 5) tudzież z drewnianego jeszcze niedokończonego, ale dachem gontowym pokrytego domku mieszkalnego, o sieni, jednym pokoiku i o jednej komorze.

Tę to własność nieruchomą, wraz z obszarem gruntu 4920⁰ □ wynoszącym, odsprzedał S t y x za sumę 150 zlr.

Urzędowe akta świadczą, iż nie wygórowana kwota za ową własność świeżo Państwu Muszyny odstąpiona, jak mylnie Dr. D i e t l w swój monografii wspomina, (l. c. s. q), ale brak pozwolenia od wyższych władz skarbowych, którego ówczesny rządca Państwa Mu-

¹⁾ H a c q u e t's Neuste physikalisch-politische Reisen in den Jahren 1788—1795 durch die deutschen und sarmatischen Karpathen. Nürnberg 1790—96 in 4 LS. Oto jego własne słowa: „Nach 5 Meilen Wege von Sandez aus, kommt man in ein abfallendes Thal, wo in mehreren Gegenden Sauerquellen sind; die Stärkste von allen, die ich fand, war unweit des russischen Dorfes Krynica in einem engen Thale. Ich fand die Quelle eine Quadratklafter gross, mit Holz eingeschränkt, dicht am Fusse eines Berges gegen Osten entspringen, aber weder Haus, noch einen anderen Unterstand. Das Erste, was hier zu thun gab, war von gesträuchern sich eine Hütte zu bauen, weil man doch mit den Versuchen des Wassers auf Ort und Stelle zwei Tage zubringen musste. (t. c. Th. IV, p. 117).

szyny *L u l l a*, do nabycia Zakładu krynickiego nie posiadał, pociągło za sobą rozwlekłe tłumaczenie i usprawiedliwianie się *L u l l i*, co dało powód Drowi *D i e t l o w i* do domysłu, jakoby summa ugodzona była przesadzona.

Od tej przeto pory (r. 1800) rozpoczyna się nowa epoka Zakładu krynickiego.

Z aktów dowiadujemy się, iż już w r. 1800 bawilo blisko 70 rodzin dla leczenia się u źródeł krynickich, które dla braku mieszkań wyłącznie na wsi u włościan, pomieszczenia dla siebie szukać musiały.

Brak funduszu na założenie gospodarstwa zdrojowego, nieodzownie potrzebnego dla tój świeżo na rzecz skarbu Państwa nabytej własności, i nieznaną przedmiotu tego rodzaju przedsiębiorstwa, które w swym zarodku dostało się w ręce nieporadnych rządów dóbr skarbowych sprawiło, iż zwyczajem i w naszych czasach powszechnie praktykowanym, postarano się zrzucić z siebie owo kłopotliwe gospodarstwo, oddając je w ręce dzierżawcy.

Jakoż z aktów dowiadujemy się, iż zaraz w roku 1801 ogłoszono dzierżawę Zakładu krynickiego na lat trzy t. j. od 1-go maja 1801 do końca kwietnia 1804, za sumę 100 złr. przyrzekając dodać dzierżawcy corocznie na czas pory zdrojowej 2-ch stróżów i 10 siąg drzewa. Zdaje się jednak, że się nie znalazł dzierżawca, albowiem zaraz w następnym roku 1802 zaprojektowano znowu wypuścić młodzieńki zakład krynicki w dzierżawę roczną za 85 złr. Wszakże rozporządzenie Wielkorządztwa galicyjskiego (de dato: Lwów 25 lutego 1802 r. Nr. 1690), nie potwierdza tego projektu, dopóki nie wystawi się tutaj porządnego zajazdu i łazienek. Mimo to urząd gospodarczy Państwa Muszyny zawarł pod dniem 20 maja 1802 umowę z fryzyerem Duckowskim, aby tenże na swój rachunek gości do Krynicy przyjeżdżających umieszczał, podejmował i kąpał, byle tylko oddawał pobierane pieniądze za stancję i kąpiel, raz na tydzień przyjeżdżającemu tu z Muszyny urzędnikowi kameralnemu.

Akta wspominają, iż w roku 1801 i 1802 dochód z Krynicy wynosił 209 złr., a ówczesny referent nie przepomniał dodać, iż urzędnicy z własnych pobudek nie pragną wzrostu Zakładu krynickiego, albowiem to powoduje drożyznę, o jakiej i we Lwowie pomyśleć trudno, skoro za parę kurecząt płaci się tutaj w lecie 30 kr., a za funt wołowiny 7 kr., jednak przytem nadmieniał: *in dessen es ist nach der Ansicht des Wirthschaftsantes der Billigkeit gemäss, dass der Vortheil einzelner dem Allgemeinen nachstehe*“.

Idąc za biegiem czasu, dowiadujemy się z aktów o rozporządzeniu Wielkorządu Galicyjskiego (Lwów d. 11 listopada 1802 Nr. 10555), mocą którego zawiadomiono urząd kameralny, iż Prof. lwowski *H a c q u e l o w i* powierzono wykonanie rozbioru chemicznego wody krynickiej, a następne rozporządzenie (z d. 21 lipca 1803 Nr. 55) poleca temuż Urzędowi, aby Rady Górniczemu i Prof. *H a c q u e t o w i* rozbiorem chemicznym szczawy na miejscu, zając się mającemu udzielić pomocy, jakiejby tylko w tym celu potrzebował. Oba te rozporządzenia zaiste bardzo dziwnymi się okazały, jeżeli powiemy, iż rozbiór chemiczny szczawy Krynickiej przez *H a c q u e t a*, dawno już dokonany, a w dziele jego przed 8-miu laty wydaném, drukiem był ogłoszony.

W tymto roku 1803 odwiedziło Krynice 69 rodzin, a dochód z zakładu kąpielnego tutejszego przyniósł 205 złr. i 12 kr. Ówczesne urzędowe sprawozdanie wspomina, iż uczęszczanie gości do Zakładu Krynickiego, tudzież jego dochody wzmagają się, jednak dla braku pomieszczeń, a skutkiem przeciągów w tutejszych izbach, niektórzy z gości słabszymi ztąd po kilkodniowym pobycie wyjechali, aniżeli tu przybyli, tutejsi zaś włościanie za nędzną izbę i za ogrzewanie szczawy krynickiej na kąpiel (co zwykle według sprawozdawcy rozpalamy kamieniami skuteczniano), tygodniowo po dwa dukaty płacić sobie kazali.

Dla zaradzenia niedostatkowi pomieszczeń, na co wszystkie ówczesne sprawozdania o Krynicy utyskują, rozporządzenie z dnia 10 listopada 1803, r. dozwala postawienie tutaj drewnianego budynku z 6 pokoi mieszkalnych i 9 komórek łazienkowych wraz z kuchnią składającego się, a zarazem tenże reskrypt robi nadzieję, że się chirurg w Muszynie lub w Krynicy na swoje ryzyko ma osiedlić, któremu skarb nie byłby przeciwnym w udzieleniu jakiegoś dodatku.

W roku 1804 rozpoczynają się usiłowania ku wybudowaniu murowanego domu zajazdowego (dzisiejszy dom „pod orłem“).

Brak odpowiednich, a do urządzenia świeżo powstającego Zakładu koniecznych nakładów, który rzeczywiście nie posiadał, prócz hojnych darów Stwórcy: cudownej w swych uzdrawiających skutkach szezawy i wybornego powietrza, nie zachęcał ani zysku szukających dzierżawców do dalszej dzierżawy, ani nie mógł się od nieporadnych rządów dóbr skarbowych doczekać żadnego urządzenia, skoro mocą gubernialnego rozporządzenia (Lwów dnia 25 kwietnia 1805 r. Nr. 5575) zawiadomiono Urząd gospodarczy, iż w celu bodajby i powolnego podniesienia Zakładu kąpielnego w Krynicy, zawarto kontrakt o jego dzierżawę ze lwowskim obywatelem *J a n e m H e c h t e m* na lat 12 (t. j. od 1805 do 1817 r.), za roczny czynsz 251 złr., a osobno za prawo wyszynku wina 40 złr. pobierać się mający.

Zdaje się jednak, iż nadmieniona dzierżawa *H e c h t a* nie przysłała do skutku, bo jakiś *B o s i e w i c z* jako poddzierżawca w aktach jest wspominany. Może zresztą i nie było przedmiotu dzierżawy, skoro przyobiecany dom murowany był niegotowym, gdyż Urząd Gospodarczy po dwuletnim guzdraniu się, dopiero z końcem r. 1805 zaledwo pod dach doprowadzić go obiecuje, projektując zarazem wybudować z drzewa 14 pokojów mieszkalnych i tyleż łazienek.

Że dzierżawy *H e c h t a* wcale nie było, dowodzi i ta okoliczność, iż na rok następny (1806 roku) wydzierżawiono nasz Zakład *B o s i e w i c z o w i* za 394 złr. i 31¹/₄ kr. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

Wiadomości bieżące.

— Ruch chorych w szpitalach Warszawskich w roku 1868.

	Przybyło.	Wyzdrowiało.	Umarto.	Pozostaje.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	14032	11728	1498	806
„ Ś-go Ducha	1084	880	136	68
„ Ś-go Rocha	1519	1231	183	105
„ Ś-go Jana Bożego	338	103	58	177
„ Ś-go Łazarza	3283	2887	71	325
„ Ewangelickim	1004	812	114	78
„ czasowym na Pradze	1042	789	151	102
„ Starozakonnych	8608	7549	622	437
Razem	30910	25979	2833	2098
Ruch chorych w prywatnych zakładach leczniczych w Warszawie, w roku 1868.				
W zakładzie ocznym Dra <i>D o b r z a ń s k i e g o</i>	61	60	—	1
„ leczenia elektrycznością Dra <i>B r u n e r a</i>	105	93	—	12
„ leczniczym dla kobiet Drów <i>R o g o w i c z a i B e r n h a r d a</i>	21	18	1	2
„ leczenia ściśnioném powietrzem Dra <i>B r o d o w s k i e g o</i>	526	382	—	144
Razem	713	553	1	159

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

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.