

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 pocztę (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. Ze szpitala. Podał Dr. Wygrzywalski. O wpływie nerwu trzewiowego (n. splanchnicus) na ruchy serca. Przez Kazimierza Gurbkiego. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. O chorobach przełyka u dzieci. Przez Dra A. Stefena. Streścił Dr. Leon Dudrewicz. (Ciąg dalszy i dokończenie). Korrespondencya. Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu. Przez Dra Żulińskiego. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Dr. Fryderyk Skobel Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ś. p. Prof. Purkinié. Dodatek. Farmakologii arkusz 18-ty Tomu IIgo, Histologii i Histochemii arkusz 49-ty.

Ze szpitala.

Podał Dr. Wygrzywalski.

Dając dalszy ciąg spostrzeżeń zrobionych w szpitalu Ś-tój Trójcy w Petrokowie, zda mi się niezbędną jako wstęp i usprawiedliwienie kilka słów nadmienić. Ogłaszając w Gazecie Lekarskiej, w drugim półroczu 1867 r., drobne szpitalne obserwacye pod napisem: „Ze szpitala i o szpitalu,“ miałem podwójną myśl — jedną aby kolegów szpitalnych z prowincyi pobudzić do dawania sobie wspólnie oznak życia naukowego w dalszych zakątkach kraju — a drugą, aby skreślając *sine studio et ira* stan i położenie jednego ze szpitali, zachęcić ich do postąpienia podobnie, przez co niedostatki i wadliwości wyciągnięte na światło publiczne dałyby może popęd do poruszenia kwestyi szpitali w ogólności. Niektóre względy nie dozwoliły mi natychmiast téj drugiej połowy programu notatek „ze szpitala“ t. j. „o szpitalu“ dopełnić — następnie zaś Cirkularz Rady Głównej z dnia 18 (30) kwietnia, Nr. 1489 i z dnia 19 (31) maja r. b., Nr. 2328, stanowczo podobnych opisów lekarzom zabronił.

Tak więc rzecz „o szpitalu“ z niniejszych notatek wypuszczoną być musi.

Gazeta Lekarska podjęła ogłaszanie „Historyi szpitali w Król. Polskiem“ t. j. ich anamnezy. Lecz mnie się zdaje żeby równie, a może więcej użytecznym było poznać ich „*status praesens*“ — bo lekarz szpitalny podając swoje spostrzeżenia do publicznej lekarskiej wiadomości, powinienby, jeżeli te w oczach

świata naukowego smutną mają postać, koniecznie przyzywać wierszyk G o e t h e g o :

„Wer den Dichter will verstehen
„Muss in Dichters Lande gehen.“

Co do samych spostrzeżeń szpitalnych. Dajemy je za to czém są. W małym szpitalu jak nasze, przesuwają się obserwacye jak w kalejdoskopie obrazy, niepodobną tu jest jakaś specjalność — obok gynecologicznego wypadku staje jakiś odosobniony okulistyyczny — obok chirurgii wewnętrzna patologia i t. p. Opis więc ich będzie miał też samą różnorodność, na tle jednak mniej więcej jednobarwném t. j. na tle chirurgiczném, niewyłączając przecież jednego lub drugiego wypadku z innego działu nauki lekarskiej.

Spostrzeżenia te należne są szpitalowi — chociaż parę razy wypadnie zaczepić prywatnych chorych dla poratowania niekorzystnej statystyki, lecz i na odwrót dla popsucia dobrego pozornie stosunku. Zdaniem mojem, często więcej korzyści przynosi drugim przyznanie się do niepowodzeń niżeli opisy świetnych rezultatów, istniejących często tylko w wyobrażeniu piszącego. I tak dla mnie (a sądzę że mam w hierarchii lekarskiej wielu rówieśników), więcej ważnem jest znać kazuistykę złamań, operacyi przepukliny, krupu, niżeli statystykę ovariotomii przez K o e b e r l e ' g o , S p e n c e r W e l l s ' a , B a k e r B r o w n ' a i i. wykonanych. Obecne więc notatki nie mają pretensyi ani posuwania nauki naprzód w pewnym kierunku, ani wykazania świetnych jakichś rezultatów osiągniętych (bo więcej się może w nich pokazać złych wypadków niżeli powodzeń) — lecz mają jedynie na celu co M o r g a g n i w swoim znanym aforyzmie wskazał :

„Nulla est pro certo noscendi via nisi, quam plurimas
„morborum et dissectionum historias habere et inter se
„comparare.“

Choroby zewnętrzne w szpitalu naszym dały sposobność, czyli raczej, postawiły nas w konieczności wykonania w ciągu 20-tu miesięcy czyli od czasu ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej obserwacyi ze szpitala, około 130 większych lub mniejszych chirurgicznych operacyi, z których liczby drobniejsze jak nacięcia skóry, otworzenia ropni i t. p. są wykluczone.

Uderzającą jest między niemi liczba zranień przez maszyny i to w okolicy gdzie ani fabryk ani postępowego posługującego się komplikowanemi maszynami gospodarstwa niema. Trzeba ją zapisać na karb niedbalstwa ze strony posiadaczy i niezręczności ze strony robotników nieumiejących się z maszynami obchodzić.

Prof. S z o k a l s k i podjął przed paru laty zamiar zebrania statystyki zranień przez maszyny zadanych w szlachetnym celu zapobiegania mnożeniu się tych smutnych wypadków — lecz mało kolegów pośpieszyło za tém wezwaniem a i my, co prawda pozostaliśmy w tyle. Staramy się choć późno i inną drogą błąd popełniony naprawić.

Zranień cięższych od machin przyszło do leczenia w naszym szpitalu w ciągu 20 miesięcy 17. Z tych zakończyło się śmiercią 5. Wyzdrowiało 12. Z téj liczby 12-tu, z utratą kończyn górnych lub dolnych 6. Z utratą kilku palców 2. Z pozostaniem mało użytecznych rąk 2. Dwa tylko wypadki były uszkodzenia z oszpeceniem bez pozostawienia kalectwa. W szczególności było: z urwaniem 2—3ch palców 2. Z oderwaniem lub ze zmiżdżeniem ręki 4. Ze zgruchotaniem ręki i przedbarku 3. Ze zgruchotaniem stopy i dolnej części przedudzia 3. Ze zwichnięciem w stawie ramieniowym nie do odprowadzenia po 8-miu tygodniach 1. Z podarciem mięśni barku i przedbarku i ze stłuczeniem stawu łokciowego i następnem zeszywnieniem 1. Z rozdarciem krocza, worka mosznowego i złamaniem podwójnem z powikłaniem kości udowej 1. Z ranami twarzy 1. Z raną skórną uda 1. W ośmiu razach musieliśmy przystąpić do odjęcia kończyn — z tych zmarło 2. Trzech zaś zmarło bez interwencji chirurgicznej. Przyczyny tych smutnych rezultatów dopatrywać należy częścią w ciężkości samych obrażeń, częścią w opieszałości z jaką bywa pomoc lekarska szukana. Tak np. chorą ze zgruchotaniem stopy, wyrwaniem jéj ze stawu tak że kość goleni obnażona obok niéj leżała, przywieziono do szpitala po dwóch tygodniach; chorą ze zwichnieniem w stawie łopatkowym po 8-miu, chorego z rozdarciem krocza i złamaniem z powikłaniem kości udowej dnia trzeciego, chociaż miejscowości gdzie się te wypadki zdarzyły są od miasta o godzinę do 2ch odległemi. Ileżby pożądaném było aby właściciele maszyn odpowiedzialni byli za wypadki z ich winy wynikłe, które nieumiejętnych i nieświadomych robotników na niebezpieczeństwo utraty życia lub nabycie kalectwa na całe życie wystawiają! Wszakżeż prawo karze i za małe uszkodzenia na zdrowiu z nieostrożności lub nagannego niedbalstwa wynikłe? A smutno jest powiedzieć że z siedemnastu ranionych pięciu utraciło życie a 10-u pozostało dożywotne kalectwo, które w klassie ludzi pracujących ręcznie grozi utratą możności zarobienia na chleb codzienny. Ztąd téż widzieliśmy kilku z tych nieszczęśliwych przekładających niechybną śmierć nad utratę prawej ręki.

By skończyć odrazu z tym smutnym działem chirurgii, wypada wspomnieć nieco o odjęciach odnóg.

A m p u t a c y i było w ogóle 13. Wielka zaiste liczba na czas krótki i na małą ilość chorych — lecz by się od zarzutu krwiożerstwa zasłonić, powiedzmy iż między temi było 10, przez konieczność nakazanych a 3 tylko tak zwanych „*amputations par complaisance*.“ Ależ i z tych dwie było dla słonniczy (*Elephantiasis*) — a trzecia dla owrzodzeń chronicznych ze zniszczeniem miękkich części i zgrubieniem kości przedudzia, wszystko cierpienia które chorych i tak na dożywotne kalectwo i leżenie bezużyteczne w łóżku na lat wiele skazywały.

Odjęć w przedbarku dla zranień 4, jedno zakończone śmiercią, w barku również dla zgruchotania 1, w przedudziu *in loco electionis* 5, dla zranień 3, jedno zakończone śmiercią, dla zgorzeli kości i miękkich części 1, dla słon-

nicy 1, *amput. Syme 1, amput. intracondil. (Gritti)* 2, jedna dla słonniczy, druga dla owrzodzeń chronicznych z przeistoczeniem kości. Dwie te ostatnie amputacje w kłykciach (*amp. intracondil. Gritti*), jako jeszcze mało będące w użyciu zasługują na nieco obszerniejsze wspomnienie.

Ten sposób amputowania zaleca szczególnież *Szymanowski*. Amputacja ta ma wiele za sobą — daje ona ranę nieco niżej leżącą jak odjęcie w dolnej części kości udowej. Będąc wyznawcą zdania prof. *Schuh*, który utrzymywał że „każdy cal oszczędzony daje 10 procent więcej nadziei dobrego zejścia“ uważam i to już za jakąś korzyść. Dalej: kanał szpikowy nie zostaje przy tym rodzaju amputacji otworzonym, wreszcie na korzyść jój idzie: że powierzchnia odpiłowana kości zostaje lepiej jak przy odjęciach wyższych pokrytą, bo przez implantację rzepki na nią, kikut lepiej się opierać może na szczudle jak w innych warunkach, co nie jest małą rzeczą dla klasy ludzi ubogich, dla których amerykańskie sztuczne nogi są dla ich ceny rzeczą nieprzystępną, a u nas prawie nieznaną.

Operacja ta nie jest jednak wolną od zarzutów *a priori*, a z naszych wypadków i *a posteriori* (choć mówiąc w nawiasie, dwa wypadki nie stanowią statystyki ani dają prawa do stanowczego orzeczenia). Najpierw powierzchnia rany jest znacznie większą jak przy amputacji nisko w udzie, następnie w skład jój wchodzi różnorodne tkaniny, mięśnie, błona maziowa, tkanka tłuszczowa, torebka stawowa, kości. Jestto zarazem osteoplastyczna operacja w miejsce prostego odjęcia, ztąd możność długiego ropienia i przewlekłego leczenia. Dalej kurczenia się mięśni zginaczy kikuta zdają się być częstszymi jak po zwykłych odjęciach w udzie, bo najsilniejsze mięśnie, jak *rectus anter.*, *vastus intern.*, *vastus extern.* i i. pozostają prawie w całej swojej sile, gdy ich przeciwdziałacze są ubezwładnione. Wreszcie, czy implantacja rzepki na kość udową w operacji *Gritti*'ego, jak również kości piętowej w operacji *Pirgo*w'a przynosi tak nadzwyczajną korzyść jak jest ogólném mniemaniem? Rzucamy to pytanie na własne rezyko. Lecz na usprawiedliwienie z zarozumiałości dodamy, iż operując w stawie golenio-stopowym a mając niejaki wątpliwości czyby się osteoplastyka udała, operowaliśmy sposobem *Syme*'a — i otrzymaliśmy trzy razy z rzędu tak długą, twardą i trwałą nadstawkę dla kości goleniowej, iż później te wypadki przedstawiliśmy nawet zwolennikom operacji *Pirgo*w'a. Prawdę mówiąc przez prowadzenie noża przy wyłuszczeniu po samej kości piętowej pozostawało bardzo wiele okostnej przy miękkich częściach, ztąd też prawdopodobnie mogła się istotnie kostna tkanina utworzyć. Czy więc i kaptur kolanowy nie dałby może *ceteris paribus* i bez rzepki równie dobrego kształtu kikuta?

Wypadek 1-szy. W. W., 40 lat mający, rzeźnik, skłonny do nadmiernej użycia trunków, przybył dnia 20-go kwietnia r. b. do szpitala ze słonnicą trwającą lat ośm, która zajmując stopę i przedudzie, dosięgała wysokości kolana, tylko na niem i w zagłębieniu podkolanowém skóra pozostała stosunkowo zdrową. Palce, stopa i dolna część przedudzia owrzodzeniami pokryte. Chory sam się domagał amputacji, do której przystąpiliśmy parę dni

później. W uśpieniu chloroformem (którego użyto $2\frac{1}{2}$ uncji), przy zgięciu w stawie kolanowym poprowadzonym było cięcie od połowy jednego kłykcia kości udowej, początkowo prostopadle, następnie półokrągło do grzbietu kości goleniowej, a ztąd w podobnym kierunku do połowy kłykcia drugiej strony. Płat przedni ztąd powstały został po oddzieleniu go wraz z rzepką ku górze odwiniętym, przyczem i staw kolanowy już został otworzonym, — następnie utworzono przy wyprostowaniu odnogi płat tylny przez cięcie półokrągłe, poczynające się od punktu wyjścia cięcia pierwszego i idące na wysokości główki kości łydkowej w tóż samo miejsce drugiej strony. Po podwiązaniu krwawiących naczyń dokończono wyłuszczenia w stawie kolanowym. Kłykcie kości udowej zostały w $\frac{2}{3}$ swojej wysokości i część rzepki chrząstką pokryta odpiłowane. Powycinawszy resztki błony i torebki stawowej nożyczkami i dostósowawszy powierzchnie kostne do siebie, połączyliśmy brzegi rany szwami metalowemi.

Dla krótkości w opisie przebiegu powiemy: że wciągu ośmiu dni największa część rany zagoiła się *per primam*, w następnych 14-stu dniach ropienie małe dobrej natury, w pięciu tygodniach zupełne i stałe zabliznienie i tylko z małego przewodu między skórą a mięśniami można było parę kropel dobrej ropy wycisnąć. Chory był zupełnie konwalescentem. Ale, bo gdzież nie znajdzie się ale, — począwszy od 14-go dnia po operacyi powstało ciągłe rozwolnienie, które pomimo użycia wszelkich możliwych leków trwało przez tygodni cztery; początkowo jako częste wypróżnienia stolcowe, później jako krwawa biegunka niczem niedająca się wstrzymać — aż wreszcie w 6 tygodni po amputacyi chory zmarł ze wszystkiemi oznakami owrzdzenia kiszek.

Stan ogólnego wyniszczenia sił nie wpłynął bynajmniej niekorzystnie na ranę (a raczej bliznę i ropienie?) pooperacyjną, — a jednak chory umarł? Zagadka ta rozwiązała się po nastąpionej smutnej katastrofie. Pacjent, już zkąd innąd niewstrzemięźliwy, czuł się mimo wyszukania pożywniej szpitalnej diety wiecznie głodnym; przyjaciele i znajomi jego zaopatrywali go troskliwie w suche kielbasy, sér, jaja na twardo gotowane i t. p., które on sumiennie dokąd życia starczyło, spożywał.

Przy pośmiertném badaniu znaleźliśmy odpiłowane powierzchnie rzepki i kości udowej tak z sobą zrosłe, że trzeba było do ich rozdzielenia pewnej użyć siły. Od obwodu rzepki do kości udowej szły gęste silne ścięgnięte włókna, które obie kości trzymały w nieporzuszalném zetknięciu i tylko nożem dozwoliły je rozdzielić. *Le malade est donc mort gueri?* (V e l p e a u).

(Dalszy ciąg nastąpi).

O wpływie nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*) na ruchy serca.

Przez Kazimierza Gurbkiego.

(Ciąg dalszy *).

Doświadczenia me odbywałem w następujący sposób. Zatruiwszy królika kurarą i zastósowawszy sztuczną respiracyę otwierałem jamę brzuszną, trzewia odchylałem na prawą stronę i odsłaniałem (zwykle) nerw trzewiowy lewy,

*) Patrz Nr. 5 Gaz. Lek.

podwiązywałem go, przecinałem i następnie drażniłem odcinek jego centralny za pomocą aparatu indukcyjnego du Bois Reymond'a w połączeniu z jednym elementem Daniella. Tętno liczyłem za pomocą igły Middella dorpffa przez sekund 15. Przez ciąg całego doświadczenia trzewia były przykryte ogrzany i lekko zwilżonym ręcznikiem, który, dla utrzymania jednokowej jego temperatury, co kilka minut był odmieniany. Wprawdzie liczenie tętna za pomocą igły ma liczne niedogodności i tam gdzie idzie o bezwzględną liczbę uderzeń, najodpowiedniej byłoby używać stetoskopu, lecz z powodu że po otwarciu jamy brzusznej tętno słabnie, a przytem dość złożone doświadczenie wymaga ciągłej uwagi, by przez oziębienie lub zbytne przygniecenie nie ucierpiały główne regulatory ciśnienia krwi, naczynia jamy brzusznej, starałem się licznymi doświadczeniami stwierdzić moje pierwsze spostrzeżenie. Wypada mi tu zwrócić uwagę czytelnika, że bez wyjątku we wszystkich doświadczeniach, zauważyłem wyraźne zwolnienie tętna przy drażnieniu nerwu trzewiowego, które nie było więcej widoczném po przecięciu nerwów błędnych. Przytaczam kilka doświadczeń.

Doświadczenie XVII. U królika nerw trzewiowy lewy odpreparowano, podwiązano i przecięto.

C z a s.	Tętno przed drażnieniem.	C z a s.	Tęt. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
1 h. 47 m.	54	1 h. 48 m.	53	54	160
1 h. 50 m.	51	1 h. 51 m.	46	41	140
1 h. 53 m.	49	1 h. 54 m.	44, 42	49	130
1 h. 56 m.	51, 50	1 h. 57 m.	46, 44, 42, 38	49	120
1 h. 59 m.	51, 51	1 h. 60 m.	50, 42, 40, 39	50, 51	120
2 h. 3 m.	51, 51	2 h. 4 m.	46, 41, 39, 37	49, 49	120
2 h. 6 m.	50, 50	2 h. 7 m.	44, 42, 40, 39	48, 50	120
2 h. 9 m.	50, 50	2 h. 10 m.	40, 37, 20, 14	46, 38	110
2 h. 12 m.	48, 48	2 h. 13 m.	17, 16, 12, 11	45, 47	100

Doświadczenie XVIII. U królika nerw trzewiowy lewy odpreparowany.

C z a s.	Tętno przed drażnieniem.	C z a s.	Tęt. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
5 h. 4 m.	63	5 h. 5 m.	50, 52	60	160
5 h. 9 m.	57	5 h. 10 m.	52, 49	57	140
5 h. 12 m.	54	5 h. 13 m.	44, 42	50	130
5 h. 15 m.	50	5 h. 16 m.	43, 37	47	120
5 h. 18 m.	47	5 h. 19 m.	40, 37, 34, 29, 16	40	120
5 h. 22 m.	45, 44	5 h. 23 m.	40, 37, 38, 36	42	120
5 h. 27 m.	40	5 h. 28 m.	40, 37	42	120

Doświadczenie XIX. U królika nerw trzewiowy lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętno przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
1 h. 25 m.	55,55	1 h. 26 m.	47,42,40	50	140
1 h. 28 m.	50	1 h. 29 m.	40,42,42	49	130
1 h. 31 m.	50	1 h. 32 m.	40,40,40	49	120
1 h. 33 m.	49	1 h. 34 m.	39,39,38	49	115
1 h. 36 m.	48	1 h. 37 m.	40,39,38	50	110
1 h. 39 m.	50	1 h. 40 m.	40,40,40	49	105

Vagi obustronnie przecięte.

1 h. 44 m.	47	1 h. 45 m.	47,47,47	47	105
1 h. 46 m.	47	1 h. 47 m.	46,47	47	100
1 h. 49 m.	47	1 h. 50 m.	46,47	47	90
1 h. 52 m.	47	1 h. 53 m.	47,47,47	46	85

Doświadczenie XX. U królika nerw trzewiowy, lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętn. przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
1 h. 4 $\frac{1}{2}$ m.	47	1 h. 5 m.	42,42	46	130
1 h. 6 m.	46	1 h. 7 m.	40,38	40,44	120
1 h. 8 m.	43	1 h. 9 m.	36,34	40	115
1 h. 16 m.	44	1 h. 17 m.	34,33,32	39	110
1 h. 18 m.	42	1 h. 19 m.	33,30	38	105
1 h. 21 m.	42	1 h. 21 m.	34,31	38	100

Vagi obustronnie przecięte.

1 h. 22 m.	39,40	1 h. 23 m.	41	41	90
1 h. 24 m.	40	1 h. 25 m.	40	40	80
1 h. 26 m.	40	1 h. 27 m.	40	40	75

Doświadczenie XXI. U królika nerw trzewiowy lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętno przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
2 h. 21 m.	48	2 h. 22 m.	42,42	48	130
2 h. 23 m.	48	2 h. 24 m.	36	46	120
2 h. 25 m.	46	2 h. 26 m.	36	43	110
2 h. 27 m.	46	2 h. 28 m.	38,36	42,43	110
Vagi obustronnie przecięte.					
2 h. 30 m.	42	2 h. 31 m.	42	44	110
2 h. 32 m.	44	2 h. 33 m.	45	45	110
2 h. 34 m.	45	2 h. 35 m.	47	49	100
2 h. 36 m.	48	2 h. 37 m.	49	49	90
2 h. 38 m.	47	2 h. 39 m.	48	47	80

Doświadczenie XXII. U królika odpreparowano obustronnie i przecięto nerw sympatyczny szyjowy, następnie odsłonięto nerw trzewiowy lewy i obydwa nerwy błędne.

C z a s.	Tętno przed podrażnieniem.	C z a s.	Tętno w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
5 h. 9 m.	44	5 h. 10 m.	37,35	44	130
5 h. 11 m.	44	5 h. 12 m.	36,36	44	120
5 h. 13 m.	45	5 h. 14 m.	33,34,35	45	110
V a g i o b u s t r o n n i e p r z e c i ę t e.					
5 h. 18 m.	44	5 h. 19 m.	42,44,44	44	110
5 h. 20 m.	44	5 h. 21 m.	43,44,44	44	100
5 h. 22 m.	44	5 h. 23 m.	44,44	44	90
5 h. 24 m.	44	5 h. 25 m.	43,44,44	44,44,44,44,46,44	80

Przytoczone doświadczenia wykazują nam wyraźne zwolnienie ruchów serca przy drażnieniu nerwu trzewiowego, które ustaje po przecięciu obydwóch nerwów błędnych.

Że zwolnienie tętna serca zupełnie jest niezależnym od nerwu współczulnego szyjowego, dowodzi nam doświadczenie XXII. Wykonaliśmy je dlatego, by uniknąć zarzutu, że ponieważ *nervus splanchnicus* łączy się w części z nerwem sympatycznym szyjowym, to i włókna działające na serce, w niego choć w części przechodzą, z nim przebiegają do części szyjowej, a ztamtąd dopiero dostają się do ośrodków nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym. Przebieg nerwu trzewiowego jest znanym, a zatem dróg, po których bodziec postępuje z tego nerwu do serca, bliżej określać nie potrzebujemy. Jak nam doświadczenia pokazują, wielkość zwolnienia tętna zależną jest od siły drażniącego strumienia; zresztą to zwolnienie jest dopiero widocznym w kilka sekund po przyłożeniu drażniących elektrodów i powoli po usunięciu tychże wraca do normy. W doświadczeniu XVII tętno przy drażnieniu *n. splanchnici* spadło z 54 uderzeń na 11 w ćwierć minuty, czyli z 216 na 44 uderzeń w minucie. Gdy tętno wynosiło mniej jak 20 uderzeń na ćwierć minuty, widzieliśmy wyraźną intermissyę w uderzeniach serca. Jeżeli z przytoczonych liczb weźmiemy średnią, to nam wypadnie bez drażnienia 50 uderzeń, a podczas drażnienia 37 uderzeń na ćwierć minuty. W doświadczeniu XVIII, tętno spadło z 63 uderzeń na 16 w ćwierć minuty, czyli w całej z 252 na 64; średnie liczby wykazują zmniejszenie tętna o 16 uderzeń w ćwierć minuty. W doświadczeniu XIX, tętno z 55 zeszło na 38 w ćwierć minuty; średnio z 50 na 44. W doświadczeniu XX, tętno z 47 zmniejszyło się do 41; średnio z 44 do 37. W doświadczeniu XXI widzimy, że tętno z 48 spadło na 36 w ćwierć minuty; średnio z 47 na 39. Doświadczenie XXII wykazuje nam, że tętno z 45 zeszło na 33, średnio z 43 na 35 w ćwierć minuty. Wszędzie więc widzimy wyraźne zwolnienie tętna w czasie drażnienia *nervi splanchnici*.

Wprawdzie nie obserwowaliśmy nigdy u królika zupełnego spokoju serca, jak u żaby, lecz tylko zwolnienie; w tym punkcie obserwacje nasze są zgodne z podaniami B e r n s t e i n'a i my zatem zakończyć możemy jego słowy ¹⁾: „*Wie dem auch sein mag, der Unterschied zwischen Frosch und Kaninchen ändert das Princip der Sache nicht. Derselbe betrifft nur die Intensität, nicht aber das Wesen der Erscheinung.*“ (Dokończenie nast.).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O chorobach przełyka u dzieci.

Przez Dra A. S t e f f e n a. Streścił Leon Dudrewicz.

(Ciąg dalszy i dokończenie ²⁾).

P r z e d z i u r a w i e n i a (*perforatio*) p r z e ł y k a mogące być skutkiem wejścia ostrych ciał, powstawać mogą jeszcze wskutek ropni okołoprzełykowych i siedzących w samym przełyku. Cierpienia ciał kręgowych lub ich okostnej rzadko stają się przyczyną perforacji głębszych części przełyka, albowiem ten ostatni w okolicy téj do żadnego organu ściśle nie przylega. L e b l o n d i B e r t o n ³⁾ obserwowali dwa wypadki, w których współcześnie przełyk i prawe oskrzele wskutek ropienia odpowiednich kręgów były przedziurawione. Miejsce przedziurawienia znajdowało się w bliskości bifurkacji tchawicy, gdzie przełyk dotyka się słupa kręgowego.

W rzadkich wypadkach powstaje perforacja przełyka skutkiem ropienia gruczołu oskrzelowego, zostającego w ścisłym sklejeniu z tymże organem. L e p e l l e t i e r ⁴⁾ opowiada o wypadku przedziurawienia przełyka i jednego oskrzela (nie jest powiedziane w którym miejscu) przez rozpadnięcie się gruzłowato zwyrodniałego gruczołu. Sklejenie się obrzmiałego gruczołu z przełykiem i oskrzelem, było powodem powstania perforacji i komunikacji pomiędzy obydwojma światłami tych organów.

W ostatnich godzinach lub chwilach życia może mieć miejsce r o z m i ę k c z e n i e p r z e ł y k a, które zawsze prawie wikła się z rozmiękczeniem żołądka. Tu perforacja albo ma miejsce u dołu i przypadkowo zawartość przełyka wchodzi w tkankę komórkowatą śródpiersia (*mediastinum*), lub téż przy bocznej perforacji zawartość przełyka w przyległą jamę opłucnej wylewać się może, a wtedy przy autopsyi nie znajdujemy ani znaku czerwoności lub zapalenia w pleurze, co jest dowodem, że perforacja w ostatnich chwilach życia, albo téż nawet po śmierci powstała. B e d n a r ⁵⁾ raz tylko widział rozmiękczenie prawego i drugi raz lewego listka śródpiersia.

W pierwszym wypadku znalazł on czekoladowego koloru płynną zawartość żołądka w prawym worku opłucnej, w drugim zaś płyn krwią zabarwiony wylany do lewego worka, przyczem w opłucnej ani śladu reakcji nie znaleziono.

W końcu znane są bardzo rzadkie wypadki perforacji przełyka do tchawicy, co miało miejsce wówczas, gdy srebrna rurka po zrobionej tracheotomii zbyt długo w tchawicy pozostawała. Skutkiem tego, w miejscu, w którym dolny brzeg rurki dotykał tchawicy uformowało się owrzodzenie: ztąd proces zapalny i ropienie na przełyk przechodziło. Przy powstałej komunikacji między drogami oddechowymi a przełykiem, życie przez jakiś czas było zachowane, jednakże pojawiało się ograniczone zapalenie płuc, a to dlatego, że drobne cząstki pokarmów przenikały w oskrzela i pęcherzyki płucne i tu jako obce ciała zapalenie wywoływały.

Patologiczne procesa graniczących błon śluzowych, a więc gardzieli i żołądka rozszerzają się często i na przełyk: z żołądka jednak rzadziej, aniżeli z góry na dół. Przeciwnie, rzadko cierpienia przełyka na błonę śluzową żołądka lub w górę na gardziel się przenoszą.

¹⁾ Cf. l. c. pg. 649.

²⁾ Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

³⁾ Handbuch der Kinderkrankh. von Rilliet und Barthez. III. S. 745.

⁴⁾ Journal hebdomad. IV. S. 365. 1831.

⁵⁾ Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge I. Bd. S. 83 i następne.

Tutaj należą najprzód przez nawal lub zastój powstałe p r z e k r w i e n i e samo, lub w towarzystwie w y b r o c z y n (*ecchymoses*) w rozmaitej liczbie i wielkości. Dalej nie ż y t y rozmaitego natężenia i rozciągłości, w bardzo rzadkich wypadkach połączone z o w r z o d z e n i e m i to tylko w górnej części przełyka, w końcu, f o l l i k u l a r n e z a p a l e n i e. Siedlisko i rozszerzenie się tych procesów mało się różni od danych, które wyżej podaliśmy. Dodać tu winniśmy tworzenie się owrzodzeń na błonie śluzowej przełyka, które V o g e l (*loc. cit.*) widział po wielkich dawkach emetyku.

Dosyć często obserwował S t e f f e n wypadki, w których k r u p o w e i b ł o n i c o w e z a p a l e n i e błony śluzowej od gardzieli rozszerzało się na dół. Częstość spotykania obu tych procesów zdaje się być jednakową. Albo przedstawia się jeden proces sam przez się lub w połączeniu z drugim i prawie tak, że obydwa obok siebie rozwijają się, przyczem graniczą ze sobą lub oddzielne przedstawiają grupy, albo też, wysięk krupowy przystaje do błonicowo nasiąklój błony śluzowej.

Obidwie formy przedstawiają rozszerzenie rozlane (*diffus*) lub też zgromadzone w wysepki: krup częściej bywa rozlany aniżeli błonica i oba procesa mogą zajmować błonę śluzową przełyka całą lub też więcej górną lub dolną część. Górne części zdają się mieć pierwszeństwo. W jednym wypadku S t e f f e n widział wysięk krupowy, jak tenże pokrywając gardziel równomiernie rozszerzał się po ścianach przełyka i w nieprzerwanym ciągu przez *cardia* wchodził do żołądka i rozszerzał się w tym ostatnim w okolicy 2—3ch cali. Infiltracyj błonicznych, rzadko natury rozlanój, nigdy S t e f f e n nie napotkał, aby przekraczały wchód żołądkowy, lecz w wypadku tak obszernego rozszerzenia się przy wchodzie tym kończyły się ostrym, zębatym brzegiem. Takiego rodzaju rozszerzenie się spotkał S t e f f e n u dziecka 1½ roku mającego, zmarłego w skutek głębokiego (*profus*) kataru kiszkiwego, ograniczonego zapalenia płuc i nerek. Błona śluzowa ust i przednia ściana zasłony były przez serek (*soor*) pokryte; błona śluzowa gardzieli nasiąknięta dyfterytycznie, a także błona przełyka całkowicie była zajęta po części przez nasięk błoniczny, po części a mianowicie u góry znajdowały się rozmaitej wielkości podłużne owrzodzenia, z grubemi, dosyć ostremi brzegami ograniczone przez mocno czerwoną błonę śluzową. Nad wchodem żołądka kończył się nasięk błoniczny obrzmiałą, mocno czerwoną zębatą linią. Błona śluzowa wejścia do krtani *aditus laryngis* i sama krtan aż do górnych strun głosowych były nasiąkłe dyfterytycznie.

Tu także z małym wyjątkiem potwierdzało się prawo, a które S t e f f e n w inném miejscu już dowodnie wykazał, ¹⁾ że nieżytowe, krupowe lub błonicowe zapalenie są to trzy rozmaite stopnie zapalenia błony śluzowej, i trafiać się mogą albo dwa z tych procesów, lub też wszystkie trzy obok siebie na błonie śluzowej organów oddechowych, gardzieli, przełyka, przyczem najwyższy stopień procesu zawsze ku górze jest położony. Tak S t e f f e n znajdował błonicę w gardzieli a krup w przełyku, lub też w ostatnim nieżytowe zapalenie a krup w krtani.

W wielu wypadkach przy cierpieniach przełyka krtan również przyjmuje udział, lecz S t e f f e n widział wypadki, w których gardziel i przełyk były zajęte, krtan zaś i tchawica pozostały wolnemi. Po większej części jednak znajdujemy zajętemi *aditus laryngis* i górną część błony śluzowej krtani aż do górnych strun głosowych. Zdarzają się również wypadki, w których błona śluzowa krtani *in toto*, tchawica a nawet oskrzela i ich rozgałęzienia na ile wysledzić się dają, ulegają cierpieniu. Dalej St. znalazł, że gardziel była wolna, lecz przełyk i krtan po części same, po części w połączeniu z tchawicą przez proces patologiczny były zajęte. Jednakowy proces patologiczny znajduje się w przytoczonych organach, lub też w najwyższym stopniu bywa w gardzieli i krtani a prawie nigdy przez S t e f f e n a w przełyku nie był znaleziony. Rzadko także w krtani znalezioną była błonica a krup w gardzieli i przełyku; raz tylko napotkał S t e f f e n nieżytowe owrzodzenia krtani i także w górnej części przełyka, gdy tymczasem gardziel była normalną. W innym znowu wypadku błonica miała miejsce w gardzieli i krtani a w przełyku znaleziono tylko w wysokim stopniu zastoinowe przekrwienie. Wyjątek pod tym względem stanowi wypadek, w którym krup znaleziono w *aditus laryngis*, a rozlaną błonicę na błonie śluzowej przełyka. R i l l i e t i B a r t h e z w *laryngitis crouposa* przełyk zawsze widzieli normalnym. B r e t o n n e a u, F e r r a n d, L e s p i n e, znaleźli proces krupowy niekiedy rozszerzonym z krtani na przełyk.

¹⁾ Zeitschrift für rationelle Medicin von Henle und Pfeuffer 1866.

Z g o r z e l błony ś l u z o w é j p r z e l y k a, jako najwyższy stopień zapalenia, zdaje się że ma miejsce bardzo rzadko i S t e f f e n raz jeden tylko napotkał ten proces. Miał on miejsce u dziewczynki siedmioletniej, zmarłej na posocznice przy znacznej zgorzeli lewego policzka (*noma*). Błona śluzowa ust, gardzieli, krtani, tchawicy aż do połowy, przełyk aż do wysokości dolnej połowy *cartilaginis cricoideae* były w stanie zgorzeli, bezbarwne, zielono-czarne, kruche. R i l l i e t i B a r t h e z obserwowali dwa wypadki zgorzeli przełyka.

S e r e k (*Soor*) tak często spotykany w pierwszym roku życia w jamie ust, rzadko rozszerza się na błonę śluzową gardzieli, a jeszcze rzadziej na przełyk. Na mniej lub więcej zaczerwienionej błonie śluzowej widzimy serek albo w pojedynczych blaszkach, jakto pospolicie bywa na błonie śluzowej ust lub też znajduje się w większych gruppach; albo też mocno siedzące warstwy pokrywają większe zagięcia błony śluzowej przełyka, w postaci prążków, lub też całkowicie (*in toto*) ten ostatni zajmują. W bardzo rzadkich razach (V i r c h o w, R i n e c k e r) spostrzega się, żeby serkowe massy zamykały przełyk w postaci pełnego cylindra tak, żeby przełykanie i wyżywienie zupełnie stało się nie możliwe. R i n e c k e r widział wypadek, w którym po nastąpionych wymiotach wydaloną została zatyczka z serka, przełykanie stało się możliwem i zejście było pomyślnie. W większej liczbie wypadków zdaje się, że rozszerzenie serka na przełyk sprowadzić może letalne zejście. Również rzadko widziano *soor* rozszerzoną z przełyka na błonę śluzową żołądka i górną część kiszek cienkich.

Przy dwóch autopsjach S t e f f e n znalazł *soor* w przełyku: w jednym wypadku u ośmiodniowej dziewczynki zmarłej w szpitalu na syphilis, serek znajdował się na mocno zaczerwienionej błonie śluzowej w ustach, gardzieli, w przełyku na całej jego rozciągłości, dochodził do żołądka aż do jego wyjścia (*pylorus*). W drugim wypadku u dwumiesięcznej dziewczynki zmarłej na biegunkę i womity, znaleziono serek w ustach, gardzieli, przełyku, żołądka, w górnych częściach cienkich kiszek, oprócz tego w krtani, tchawicy aż do bifurkacyi.

B e d n a r ¹⁾ spotkał serek przełyka na 44 wypadki, 35 razy powikłany z choleryną; oprócz tego przy *phlebitis umbilicalis*, *meningitis*, *pneumonia*, *pericarditis* i *peritonitis*.

P l e ś u i a w e k (*aphthae*) S t e f f e n nie napotkał w przełyku, i o ile wie, to takowe spostrzegane były tylko na błonie śluzowej ust, rzadziej w gardzieli i w kioskach grubych.

Z ostrych wysypek S t e f f e n nie znalazł w przełyku płonicy i odry, ospiankę zaś (*variolois*) dwa razy. W jednym wypadku u dziewczynki 1³/₄ roku mającej (uległej oprócz ospianki chronicznej prosowatej gruźlicy w płucach, opłucnej, śledzionie, nerkach, kioskach cienkich i przewodach żółciowych) w górnej części przełyka na błonie śluzowej w miejscu odpowiadającym chrząstce pierścieniowatej (*cartil. cricoidea*) znajdowało się owrzodzenie ospowate (*variolose Ulceration*).

Drugi wypadek u dziewczynki 2³/₄ lat mającej, u której ropienie powikłane było z obrzmieniem i zserowaceniem gruczołów oskrzelowych, puchliną (*oedema*) i częściowem stwardnieniem płuc, przyczem znaleziono małe zalewy płucne (*apoplexia pulmonum*) wygrzy (*erosiones*) w żołądka. Na prawym migdale znajdowało się wielkości fasoli szaro-czarniawe ognisko, przechodzące w rozpad. Nasięk ospowy i owrzodzenia znajdowały się w obfitej ilości w gardzieli i przełyku aż do połowy *cartilaginis cricoideae*, dalej w krtani, tchawicy, oskrzelach, aż do większych ich rozgałęzień.

Wiadomo, że w peryodzie inkubacyi odry, płonicy, ospy, często także i tyfusu wysypkowego ma miejsce widoczne zajęcie błony śluzowej twardego i miękkiego podniebienia, gardzieli, często języka i błony śluzowej żołądka, wprzód, niżeli wysypka na powierzchni ciała się pokaże.

Cierpienie to tutaj wcześniej i szybciej przebiega, co szczególnie w ospie dokładnie obserwować możemy. Jeżeli teraz przy autopsyi znajdujemy wysypki na błonie śluzowej dróg oddechowych, przyczem znów ospę przytoczyć musimy, to błona śluzowa przełyka z małemi wyjątkami nietykalną lub tylko w górnych częściach zajęta zostaje, co ukazuje nam na drogę i n w a z y i z a r a ż l i w é j m a t e r y i. Dalej krup i błonica mogą być spo-

¹⁾ Krankh. der Neugebor. etc. Bd. 1. str. 71.

strzegane w przelyku, gdy tymczasem organa oddechowe nie ulegają tym cierpieniom; lecz przelyk nie jest organem któryby przeważnie lub wyłącznie tym procesom ulegał, więc okoliczności te, oprócz wielu innych, przemawiają za tém, że błonica pierwiaszkowa jest procesem miejscowym, samoistnie rozwijać się może a przez pewną jej właściwą materję zakaźną miejscowo nie potrzebuje być przeniesioną. Jeżeli górne drogi oddechowe i gardziel zupełnie są wolnemi, a błona śluzowa przelyka nasiąkła błonicznie (*infiltratio diphteritica*), to nie może być mowy o przeniesieniu zakaźnej materji, albowiem błona śluzowa gardzieli i dróg oddechowych nie mogłyby być od tego procesu wolnemi.

Co się tyczy powikłań chorób przelyka, to St e f f e n znalazł co następuje:

P ł o n i c a (*scarlatina*) często była spostrzegana z krupem i błonicą lub też z obydwoma temi procesami. Dotyczy to spostrzeżeń za życia na błonie śluzowej ust, gardzieli, nosa a przedewszystkiem krtani. Cierpienia ostatniej przedstawiają często ciemne symptomata, mianowicie jeżeli proces znajduje się nad *aditus laryngis* lub tylko zajęte są górne części krtani do górnych strun głosowych. Te *laryngitides* częściej przy autopsji bywają oznaczane. Te ostatnie stanowią jedyną drogę dla oznaczenia współczesnego cierpienia przelyka. W dwóch tylko wypadkach widział S t e f f e n płonicę towarzyszącą chorobom przelyka.

Jeden wypadek miał miejsce u dziewięcioletniej dziewczynki, której przelyk był pokryty po części rozlanym i ograniczonym krupowym wysiękiem i błoniczą infiltracją, które już swobodnie obok siebie były rozłożone, już po części nasięk błoniczny krupowym wysiękiem był pokryty. Błonica znajdowała się również i w krtani. W drugim wypadku znaleziono krup w *aditus laryngis* i rozlaną błonicę w przelyku.

O s p i a n k ę spotkał S t e f f e n dwa razy jako nasięk ospowy i także owrzodzenie najwyższej części przelyka.

P r z y m i o t w r o d z o n y (*sypilis constitutionalis*) napotkał trzy razy powikłany z cierpieniem przelyka. W pierwszym z tych wypadków istniały obok krupu gardła i jamy nosa, follikularne owrzodzenia w górnej części przelyka. Przytem zauważamy, że krup błony śluzowej jamy nosa do bardzo rzadkich należy wydarzeń, gdy tymczasem błonica w tém miejscu daleko częściej spostrzegana bywa. W drugim wypadku znaleziono znaczne rozszerzenie się serka (*soor*), w trzecim, kataralne zapalenie górnej części przelyka ze śluzo-ropiastą wydzieliną.

W o d n y r a k (*noma*) w jednym wypadku był połączony ze zgorzelą błony śluzowej w górnej części przelyka, w jednym zaś znajdowała się chroniczna miliarna gruźlica płuc, oraz krup i błonica przelyka.

W jednym wypadku c h o l e r y S t e f f e n znalazł błonę śluzową przelyka w dolnej i górnej części w wysokim stopniu przekrwienia.

Cierpienia przelyka najczęściej spotykał S t e f f e n w połączeniu z cierpieniami płuc a mianowicie z ograniczonym zapaleniem płuc i chroniczną miliarną gruźlicą. Potem dopiero z cierpieniami żołądka i błony śluzowej kiszek, mianowicie przy nieżytach, follikularnych zapaleniach, owrzodzeniach skrofulicznych.

Z 44 wypadków badanych przez S t e f f e n a, jednakowa liczba 22 przypada na chłopców i na dziewczynki. Największa liczba wypadka w wieku pierwszych 3ch lat życia, mianowicie 31 na 44. Nad 9 lat tylko jeden wypadek był obserwowany u dziewczynki mającej płonicę, *diphteritis* gardzieli oraz krup i błonicę przelyka.

Następująca tablica lepiej wyjaśnia stosunek wieku i płci:

od	1—6	miesiący:	chłopców	4,	dziewcząt	3,	razem	7.
„	6—12	„	—	3	—	6	—	9
„	1—3	lat	—	10	—	7	—	17
„	3—6	„	—	4	—	2	—	6
„	6—9	„	—	1	—	3	—	4
„	9—12	„	—	0	—	1	—	1
				22	—	22	—	44

Widzimy więc z powyższego, że cierpienia przełyka w ogóle dosyć często się zdarzają w rozmaitych peryodach wieku dziecięcego, jednak przy najwięcej śmiertelnych wypadkach do trzeciego roku życia, przy autopsjach w szpitalach, na przełyk mało zwracają uwagi, a z drugiej strony, w dalszym peryodzie życia, dla braku wybitnych objawów przy większości chorób przełyka, w którym proces patologiczny obok innej choroby przebiegać może, rozpoznany jednak nie zostaje, ztąd pochodzi owo mniemanie, że choroby przełyka u dzieci są w ogóle rzadkie.

Rozpoznanie cierpień przełyka w ogóle jest trudne, w wielu razach niemożliwe, ponieważ choroby tego organu bez wybitnych przebiegają objawów. Jeżeli istnieje trudność przełykania, którą chcielibyśmy uważać jako objaw cierpienia przełyka, i współcześnie cierpienie krtani, to nie możemy wyprowadzić z tego pewnego wniosku co do natury cierpienia w przełyku, a tym sposobem mieć pojęcie o procesie patologicznym odbywającym się w tym organie. Widoczniejsze objawy występują po uszkodzeniach przełyka przez ciała obce, po napiciu się zbyt gorących lub gryzących płynów i powstałych ztąd zwężeniach, które szczególnie zapomocą sondy odkryć się dają. Około przełykowe ropnie niekiedy mogą być za życia rozpoznane, jeżeli znajdują się u wierzchu przełyka, lub pewnie, jeżeli palcem wprowadzonym wysledzić się dają. Rzadkie wypadki komunikacji przełyka z drogami oddechowymi podczas życia, dotychczas nie były oznaczone. Jeżeli serek znajduje się w ustach i gardzieli i bez widocznych przyczyn występuje znaczne lub zupełne utrudnienie przełykania, to musimy dopuścić, że i w przełyku masy takowego potworzyły się. Inne zmiany patologiczne w przełyku zawsze przebiegają z cierpieniami innych organów, a mianowicie gardzieli i krtani których objawy dominują w obrazie choroby, i tym sposobem maskują symptomata cierpień przełyka.

W 44 wypadkach cierpień przełyka, St e f f e n trzy razy tylko mógł podczas życia pewne zrobić rozpoznanie, a mianowicie w dwóch wypadkach zwężeń po użyciu alkaliów i w jednym wysoko leżącym około przełykowym ropniu. W wypadkach przekrwienia i zapalenia najmniejszy objaw nie zdradzał cierpienia przełyka.

Skoro objawy tych procesów tak często są ciemne, to i r o k o w a n i e jest w ogóle trudne. Mocne zapalenia mogą wprost zagrażać życiu, lekkie procesa wtedy są niebezpiecznymi, jeżeli przebieg ich jest długotrwały, i wskutek utrudnionego przełykania i uchylania się z powodu bólu w przyjmowaniu pokarmów, chorzy stopniowo wpadają w marazm. Dalej, rokowanie może być wątpliwym, przy rozszerzeniu się procesu na błonę śluzową żołądka i kiszek cienkich, przy rezorbeyi rozpadłej masy błonicznej i ogólnego zakażenia; przy utworzonym połączeniu pomiędzy przełykiem a drogami powietrznymi przez wejście resztek pokarmów do tych ostatnich i wywołania ograniczonego zapalenia płuc; przy zatkanie przełyka przez znaczne masy serka; w końcu, przy powstałych zwężeniach po zapaleniu, owrzodzeniu, lub po użyciu gorących i gryzących płynów.

Ropnie około przełykowe narażają życie na niebezpieczeństwo przez mniej więcej znaczne utrudnienie oddechania, jak również mogą się stać przyczyną śmierci chorych przez zaduszenie wskutek zalania ropą dróg oddechowych, przy samowolnym otworzeniu się ropnia, szczególnie jeżeli takowe podczas snu chorego miało miejsce.

L e c z e n i e widocznie zależy od patologicznego procesu jaki rozpoznać się udało; o nim przy rozpatrywaniu tych procesów w krótkości mówiliśmy.

(*Jahrbuch für Kinderheilk. u. Physische Erziehung. Neue Folge II Jahrgang. 2 Heft 1869*).

K O R R E S P O N D E N C Y A. Paryż, 21 lipca.

Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu.

Przez Dra Ż.

(Dalszy ciąg). *)

„Zajmując się oddawna anatomią i będąc wystawionym na te same nieprzyjemności co i wszyscy inni poświęcający się tej nauce, powzięłem myśl robienia stosownych poszukiwań mających na celu zapobieżenie szybkiemu rozkładowi trupów.“

*) Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

„W tym celu wspólnie z Drem B r i s s a n d przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń i po licznych próbach doszliśmy nakoniec do wynalezienia kompozycji chemicznej płynnej, która wstrzyknięta do naczyń trupa nie tylko zabezpiecza go od zepsucia przez czas bardzo długi, lecz jeszcze nadaje mu własności wielce pożądane przy dyssekcji.“

„Nastrzykiwanie robi się sposobem zwyczajnym przez aortę lub tętnicę szyjową wspólną, potrzeba tylko odbywać operację tę wolno i z należytemi ostrożnościami, pozwalając tym sposobem, aby wstrzykiwany płyn miał dosyć czasu do całkowitej absorbcji.“

„Trupy tym sposobem nastrzyknięte mogą pozostawać na otwartym powietrzu, nawet w porze letniej, przez czas bardzo długi nieulegając najmniejszej zmianie, zachowują właściwy kolor skóry i tkanek, naturalną miękkość, która pozwala na najdelikatniejszą dyssekcję, i nie czernią instrumentów, co zwykle ma miejsce przy użyciu innych płynów, jak np. podsiarkonu sody: zbytecznym tu nadto nadmienić, że trupy takowe nie wydają najmniejszego odoru.“

„Nie mogę stanowczo zaręczyć, czy zakłucia instrumentami używanymi przy dyssekcji trupów moim sposobem zachowywanych zabezpieczają zupełnie od szkodliwych następstw, wypada mi wszelako nadmienić, że prócz przypadkowych licznych skaleczeń robiłem sobie kilkakrotnie szczepienie skalpelem, którym się posługiwałem i za każdym razem ranka zablizniła się bardzo szybko nie pozostawiając żadnych po sobie śladów....“

„Drugim nierównie ważniejszym zastosowaniem mojej metody jest zachowywanie preparatów anatomicznych i anatomo-patologicznych.... Preparaty tą metodą konserwowane łączą w sobie wszystkie przymioty świeżych preparatów a mianowicie zachowują naturalną objętość, właściwy kolor wszystkich tkanek i organów, ich wzajemne położenie i stosunki a nadewszystko naturalną miękkość i giętkość.“

Tym sposobem można rozsuwać wszystkie organa, podnosić warstwy mięśni bez najmniejszego uszkodzenia preparatu. Metodą tą zachowują się dobrze nie tylko kończyny ale i wszystkie organa mięsne jak wątroba, śledziona, nerki, płuca i kiszki a nawet i mózg.“

„Głównym ciałem wchodzącym w skład mego płynu konserwacyjnego jest k w a s k a r b o l o w y „którego nieocenione własności pod tym względem znane są chemikom.“

Przy grzmiących oklaskach słuchaczy zszedł z trybuny po powyższym sprawozdaniu Dr. L a s k o w s k i.

Po nim wszedł na mównicę Dr. Marcelli D u v a l, profesor szkoły lekarskiej w Brest i dawał sprawozdanie bardzo ciekawe ze swych doświadczeń czynionych na trupach ludzi gilotynowanych w roku 1850, 1851 i 1866.

Doświadczenia te tyczyły się: układu nerwowego, kanału pokarmowego, narządów krążenia, oddychania i organów moczopłciowych.

1. W u k ł a d z i e n e r w o w y m prof. D u v a l badał szczególnie ruchy zwrotne czyli odbite (reflexyjne) życia zwierzęcego. Na jednym ściętym w r. 1866 widział jak mięśnie mianowicie kończyn górnych i dolnych kurczyły się przy drażnieniu skóry tychże przez siedm kwadransów t.j. $1\frac{3}{4}$ godziny po śmierci. Na mięśniach: *deltoideus*, *biceps brachialis*, *gastrocnemius* i przednich udowych szczególnie *triceps* dawało się to dobrze postrzegać.

Na drugim ściętym reflexya mięśniowa zachowywała się tylko pięć kwadransów. Mięśnie szyi na powierzchni ich przecięcia przez trzy kwadransy przeszło drgały — t.j. kurczyły się włókna ich same przez się bez żadnych fizycznych ku temu pobudek.

2. Z n a r z ą d ó w t r a w i e n i a. Żołądek po odkryciu powłok brzusznych przedstawiał długi czas jeszcze ruchy perystaltyczne i anty-perystaltyczne.

U jednego mężczyzny, który był gilotynowany zaraz po jedzeniu, prof. D u v a l odciąwszy żołądek od kanału pokarmowego i położywszy go na stole poziomo — nie widział ażeby co z zawartości swój wyrzucił, chociaż żadnych podwiązań nie było ani przy wejściu ani przy wyjściu żołądka. Skutkiem nacięcia zrobionego na małej jego krzywiznie żołądek się silnie poruszył — a cała jego powierzchnia pokryła się fałdami podobnymi do zwojów mózgowych.

Zjawisko to widział prof. D u v a l u kilku straconych.

B ł o n a ś l u z o w a żołądka w stanie jego napelnienia nabrzmiewa i staje się różową; — w stanie zaś wypróżnienia przybiera barwę popielatą.

P ę c h e r z y k i i k a n a l i k i ż ó ł c i o w e przy badaniu pokazały się zupełnie nieczułe na działanie elektryczności — równie jak i żyła bramna (*v. porta*) i śledziona.

K i s z k i c i e n k i e znajdowały się w ciągłym wahadłowym ruchu wywoływanym przez ruchy robaczkowe (perystaltyczne). W całej swój rozciągłości zaś były mniej więcej napelnione gazem.

3. N a r z ą d k r ą ż e n i a. a). T ę t n i c e s z y j n e. U dwóch gilotynowanych, przyniesionych do amfiteatru w pięć minut po exekucyi, końce przeciętych tętnic szyjowych przez długi czas drgały t. j. podnosiły się w regularnych odstępach czasu. Ruchy te były podobne do tych, jakie widzieć się daje przy amputacjach kończyn, na przeciętych wielkich tętnicach. Przy każdym takim poruszeniu (*impulsion*), wylewała się czas jakiś pewna ilość krwi z tętnic szyjowych jako téż i z żył (*venae jugulares*). Kolor krwi téj jednak był nieco ciemniejszy od zwykłej krwi wypuszczanej żywemu człowiekowi.

Drgania tętnicze są słabe wprawdzie — ale bardzo je łatwo dostrzedz jest okiem.

b). S e r c e. W minut siedm po exekucyi otworzono klatkę piersiową. Przed rozcięciem jeszcze osierdzia widać było bardzo wyraźne bicie serca.

W chwili rozcięcia osierdzia — wypłynęło z worka sercowego około 40 gram. przezroczystej surowicy, koloru słabo cytrynowego.

Po krótkim czasie nieruchomości, prawy przedsionek serca wyprostowywa się gwałtownie i odsuwa od aorty — potem znów powraca do pierwotnego stanu. Podczas tego wyprostowywania się uszko prawe przedłuża się.

Podwójnych tych rytmicznych ruchów serca było 48 podczas pierwszej minuty, wkrótce jednak zwalniać się one poczęły tak, że po pięciu minutach było ich zaledwie 7 na minutę. U innego znowu gilotynowanego, przedsionek prawy serca był w ruchu przez pięć kwadransów a ruchy te były silne i regularne i liczono ich 43—44 na minutę. Co nadto dziwniejsza, że nawet po wyjęciu wątroby, żołądka, kiszek, przepony i płuc, t. j. po pozbawieniu serca wszelkiej łączności z temi organami ruch ten nie osłabiał się.

Prócz tych ruchów zrozumieć łatwo że i komórki (*ventriculi*) serca również ulegały ruchom t. j. kurczyły się w całej swój średnicy, tak że powierzchnia ich marszczyła się bardzo.

Samowolne kurczenie się komórek ustało daleko gwałtowniej niżeli przedsionka a jeszcze bardziej uszka prawego.

Użyto tu następnie galwanizmu — i po trzydziestu sekundach powtórzyły się też same zjawiska z małemi bardzo odmianami.

Gdy działanie bezpośrednio prądu galwanicznego na istotę mięsistą serca pozostawało bez wpływu, zwrócono wtedy prąd do końców nerwowych — skutkiem czego poczęły się ruchy uszka prawego jako téż słabe drgania komórek sercowych.

U tego to gilotynowanego człowieka, Dr. D u v a l zauważył, że ruchy serca idą zawsze od uszka do komórek i od podstawy serca do jego wierzchołka.

A o r t a. W roku 1866 Dr. D u v a l na czterech gilotynowanych robił doświadczenie z aortą. Aorta była na 5 centymetrów od serca odcięta i kładziona na stole. Wprowadzony palec w otwór aorty ściskany był ciągle przez jój kurczące się ściany.

U dwóch indywiduów ścisnienie było tak silne, że wystarczało ono nie tylko do poruszenia serca, ale cała aorta mogła się utrzymywać czas jakiś zawieszoną na ściśnionym palcu w jój otworze umieszczonym. Ściskanie się aorty także miało miejsce wyłącznie w części jój bezpośredniego zetknięcia się z palcem.

Dr. D u v a l nie widział nigdy aby kureczenie i ściskanie się aorty przeplataném było kiedy jój rozszerzaniem się.

Doświadczenia te powtarzane przez wielu jeszcze obecnych lekarzy wykazały, że aorta pięć kwadransów po śmierci zachowuje jeszcze swoją działalność.

V e n a e c a v a e pokazały się zupełnie nieczułemi na działanie elektryczności, jak również wprowadzanie do nich palca pozostawało bez wpływu.

4. **Narząd oddychania.** Doświadczanie czynności mięśni między-żebrowych.

1). Elektryzując mięśnie między-żebrowe wewnętrzne w części ich między chrząstkowej, strona dolna podnosi się i przybliża, gdy część górna pozostaje zupełnie nieruchomą. Prócz tego dostrzegano tu pewien rodzaj ruchu zwrotowego (rotacyjnego) na zewnątrz. Doświadczenie to powtarzane na wielu miejscach powierzchni międzychrząstkowej prawej żeber, dawało wszędzie ten sam rezultat.

2). Elektryzując mięśnie między-żebrowe zewnętrzne — strona dolna podnosi się.

3). Elektryzując mięśnie między-żebrowe wewnętrzne na całej ich przestrzeni, mięśnie między-żebrowe zewnętrzne w piątym przedziale podnoszą się tak, że odkrywają w całej długości mięśnie między-żebrowe wewnętrzne.

Nie ma wątpliwości, że obnażenie mięśni tych — jest zupełne, łatwo je bowiem jest rozpoznać po kierunku ich włókien, które krzyżują się z włóknami mięśnia między-żebrowego wewnętrznego, który się przy doświadczeniu tém podnosi.

Z doświadczeń tych Dr. D u v a l wyprowadza następujące wnioski: a) że mięsień między-żebrowy wewnętrzny jest w d e c h o w y m (*inspirateur*); b) mięsień między-żebrowy wewnętrzny jest w d e c h o w y m tak w przestrzeniach między żebrówymi jak i między chrząstkowymi; c) czynności mięśni między-żebrowych zewnętrznych są jednakowe.

5. **Narząd moczopłciowy.** Moczowody (*ureteres*), na sześciu gilotynowanych u pięciu znalazł Dr. D u v a l wielce kurczliwe, czy to przez drażnienie mechaniczne czy też przez elektryczność czy też na koniec przez proste wystawianie ich na powietrze.

U dwóch indywiduów dostrzeżono peryodyczne regularne (*rhythmiques*) kurczenie się moczowodów jakie już D o n d e r s, G o u b e a u x, V u l p i a n i inni widzieli u niektórych zwierząt.

Dr. V u l p i a n ma zupełną rację mówiąc, że obecność moczu nie jest konieczną dla wywołania kurczenia się moczowodów, albowiem u jednego tylko na pięciu badanych u których się przewody te moczowe kurczyły, znaleziono trochę w pęcherzu moczu.

P ę c h e r z m o c z o w y. U jednego gilotynowanego zastosowanie prądu elektrogalwanicznego do ścian pęcherza moczowego, wywołało wydzielenie się moczu przez cewkę moczową.

K a n a ł w y p r o w a d z a j ą c y (*vas deferens*). U dwóch gilotynowanych kanał ten widocznemu ulegał kurczeniu pod wpływem prądów elektrycznych.

P ę c h e r z y k i n a s i e n n e jak to widziano u jednego straconego również pod wpływem prądu elektrycznego ulegają kurczeniu dosyć wyraźnemu dla oka. Wydzielał się z nich płyn zupełnie podobny do nasienia, woń jednak jego ckliwa różniła się od téj jaką za życia nasienie męskie posiada. Badanie drobnowidzowe tego płynu wykazało tu nadto s p e r m a t o z o i d y, pozbawione jednak ruchów. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

Wiadomości bieżące.

— **Rektorem uniwersytetu Jagiellońskiego** na rok szkolny 1869/70 wybrany został w dniu 17 lipca b. r. Dr. Frederyk S k o b e l, professor wydziału lekarskiego w Krakowie.

— † W dniu 28 lipca b. r. zgasł w Pradze czeskiej, sławny fizyolog słowiański, Jan Purkinié, urodzony w 1787 r. Na pogrzeb jego liczne zgromadziły się deputacje oddając ostatnią posługę chrześcijańską zasłużonemu w nauce mężowi. Ś. p. P., był z początku professorem fizyologii w Wrocławiu, następnie został mianowany dyrektorem instytutu fizyologicznego w Pradze. Wspólnie z geologiem Kreitchimé'm od r. 1852 wydawał pismo poświęcone naukom przyrodniczym, pod tytułem „*Jiva*.” Publikował oprócz tego wiele prac specjalnych tak w niemieckim jak i w słowiańskim języku, a nadto wydał wysmienity przekład poezyj lirycznych Schiller'a.

Redakcyja 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 pocztę (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. Ze szpitala. Podał Dr. Wygrzywalski. O wpływie nerwu trzewiowego (n. splanchnicus) na ruchy serca. Przez Kazimierza Gurbkiego. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. O chorobach przełyka u dzieci. Przez Dra A. Stefena. Streścił Dr. Leon Dudrewicz. (Ciąg dalszy i dokończenie). Korrespondencya. Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu. Przez Dra Żulińskiego. (Ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. Dr. Fryderyk Skobel Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ś. p. Prof. Purkinié. Dodatek. Farmakologii arkusz 18-ty Tomu IIgo, Histologii i Histochemii arkusz 49-ty.

Ze szpitala.

Podał Dr. Wygrzywalski.

Dając dalszy ciąg spostrzeżeń zrobionych w szpitalu Ś-tój Trójcy w Petrokowie, zda mi się niezbędną jako wstęp i usprawiedliwienie kilka słów nadmienić. Ogłaszając w Gazecie Lekarskiej, w drugim półroczu 1867 r., drobne szpitalne obserwacye pod napisem: „Ze szpitala i o szpitalu,“ miałem podwójną myśl — jedną aby kolegów szpitalnych z prowincyi pobudzić do dawania sobie wspólnie oznak życia naukowego w dalszych zakątkach kraju — a drugą, aby skreślając *sine studio et ira* stan i położenie jednego ze szpitali, zachęcić ich do postąpienia podobnie, przez co niedostatki i wadliwości wyciągnięte na światło publiczne dałyby może popęd do poruszenia kwestyi szpitali w ogólności. Niektóre względy nie dozwoliły mi natychmiast téj drugiej połowy programu notatek „ze szpitala“ t. j. „o szpitalu“ dopełnić — następnie zaś Cyrkularz Rady Głównej z dnia 18 (30) kwietnia, Nr. 1489 i z dnia 19 (31) maja r. b., Nr. 2328, stanowczo podobnych opisów lekarzom zabronił.

Tak więc rzecz „o szpitalu“ z niniejszych notatek wypuszczoną być musi.

Gazeta Lekarska podjęła ogłaszanie „Historyi szpitali w Król. Polskiem“ t. j. ich anamnezy. Lecz mnie się zdaje żeby równie, a może więcej użytecznym było poznać ich „*status praesens*“ — bo lekarz szpitalny podając swoje spostrzeżenia do publicznej lekarskiej wiadomości, powinienby, jeżeli te w oczach

świata naukowego smutną mają postać, koniecznie przyzywać wierszyk G o e t h e g o :

„Wer den Dichter will verstehen
„Muss in Dichters Lande gehen.“

Co do samych spostrzeżeń szpitalnych. Dajemy je za to czém są. W małym szpitalu jak nasze, przesuwają się obserwacye jak w kalejdoskopie obrazy, niepodobną tu jest jakaś specjalność — obok gynecologicznego wypadku staje jakiś odosobniony okulistyyczny — obok chirurgii wewnętrzna patologia i t. p. Opis więc ich będzie miał też samą różnorodność, na tle jednak mniej więcej jednobarwném t. j. na tle chirurgiczném, niewyłączając przecież jednego lub drugiego wypadku z innego działu nauki lekarskiej.

Spostrzeżenia te należne są szpitalowi — chociaż parę razy wypadnie zaczepić prywatnych chorych dla poratowania niekorzystnej statystyki, lecz i na odwrót dla popsucia dobrego pozornie stosunku. Zdaniem mojem, często więcej korzyści przynosi drugim przyznanie się do niepowodzeń niżeli opisy świetnych rezultatów, istniejących często tylko w wyobrażeniu piszącego. I tak dla mnie (a sądzę że mam w hierarchii lekarskiej wielu rówieśników), więcej ważnem jest znać kazuistykę złamań, operacyi przepukliny, krupu, niżeli statystykę ovariotomii przez K o e b e r l e ' g o , S p e n c e r W e l l s ' a , B a k e r B r o w n ' a i i. wykonanych. Obecne więc notatki nie mają pretensyi ani posuwania nauki naprzód w pewnym kierunku, ani wykazania świetnych jakichś rezultatów osiągniętych (bo więcej się może w nich pokazać złych wypadków niżeli powodzeń) — lecz mają jedynie na celu co M o r g a g n i w swoim znanym aforyzmie wskazał :

„Nulla est pro certo noscendi via nisi, quam plurimas
„morborum et dissectionum historias habere et inter se
„comparare.“

Choroby zewnętrzne w szpitalu naszym dały sposobność, czyli raczej, postawiły nas w konieczności wykonania w ciągu 20-tu miesięcy czyli od czasu ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej obserwacyi ze szpitala, około 130 większych lub mniejszych chirurgicznych operacyi, z których liczby drobniejsze jak nacięcia skóry, otworzenia ropni i t. p. są wykluczone.

Uderzającą jest między niemi liczba zranień przez maszyny i to w okolicy gdzie ani fabryk ani postępowego posługującego się komplikowanemi maszynami gospodarstwa niema. Trzeba ją zapisać na karb niedbalstwa ze strony posiadaczy i niezręczności ze strony robotników nieumiejących się z maszynami obchodzić.

Prof. S z o k a l s k i podjął przed paru laty zamiar zebrania statystyki zranień przez maszyny zadanych w szlachetnym celu zapobiegania mnożeniu się tych smutnych wypadków — lecz mało kolegów pośpieszyło za tém wezwaniem a i my, co prawda pozostaliśmy w tyle. Staramy się choć późno i inną drogą błąd popełniony naprawić.

Zranień cięższych od machin przyszło do leczenia w naszym szpitalu w ciągu 20 miesięcy 17. Z tych zakończyło się śmiercią 5. Wyzdrowiało 12. Z téj liczby 12-tu, z utratą kończyn górnych lub dolnych 6. Z utratą kilku palców 2. Z pozostaniem mało użytecznych rąk 2. Dwa tylko wypadki były uszkodzenia z oszpeceniem bez pozostawienia kalectwa. W szczególności było: z urwaniem 2—3ch palców 2. Z oderwaniem lub ze zmiżdżeniem ręki 4. Ze zgruchotaniem ręki i przedbarku 3. Ze zgruchotaniem stopy i dolnej części przedudzia 3. Ze zwichnięciem w stawie ramieniowym nie do odprowadzenia po 8-miu tygodniach 1. Z podarciem mięśni barku i przedbarku i ze stłuczeniem stawu łokciowego i następném zeszywnieniem 1. Z rozdarciem krocza, worka mosznowego i złamaniem podwójném z powikłaniem kości udowej 1. Z ranami twarzy 1. Z raną skórną uda 1. W ośmiu razach musieliśmy przystąpić do odjęcia kończyn — z tych zmarło 2. Trzech zaś zmarło bez interwencji chirurgicznój. Przyczyny tych smutnych rezultatów dopatrywać należy częścią w ciężkości samych obrażeń, częścią w opieszałości z jaką bywa pomoc lekarska szukana. Tak np. chorą ze zgruchotaniem stopy, wyrwaniem jój ze stawu tak że kość goleni obnażona obok niój leżała, przywieziono do szpitala po dwóch tygodniach; chorą ze zwichnieniem w stawie łopatkowym po 8-miu, chorego z rozdarciem krocza i złamaniem z powikłaniem kości udowej dnia trzeciego, chociaż miejscowości gdzie się te wypadki zdarzyły są od miasta o godzinę do 2ch odległemi. Ileżby pożądaném było aby właściciele maszyn odpowiedzialnemi byli za wypadki z ich winy wynikłe, które nieumiejętnych i nieświadomych robotników na niebezpieczeństwo utraty życia lub nabycie kalectwa na całe życie wystawiają! Wszakżeż prawo karze i za małe uszkodzenia na zdrowiu z nieostrożności lub nagannego niedbalstwa wynikłe? A smutno jest powiedzieć że z siedemnastu ranionych pięciu utraciło życie a 10-u pozostało dożywotne kalectwo, które w klassie ludzi pracujących ręcznie grozi utratą możności zarobienia na chleb codzienny. Ztąd téż widzieliśmy kilku z tych nieszczęśliwych przekładających niechybną śmierć nad utratę prawej ręki.

By skończyć odrazu z tym smutnym działem chirurgii, wypada wspomnieć nieco o odjęciach odnóg.

A m p u t a c y i było w ogóle 13. Wielka zaiste liczba na czas krótki i na małą ilość chorych — lecz by się od zarzutu krwiożerstwa zasłonić, powiedzmy iż między temi było 10, przez konieczność nakazanych a 3 tylko tak zwanych „*amputations par complaisance*.“ Ależ i z tych dwie było dla słonniczy (*Elephantiasis*) — a trzecia dla owrzodzeń chronicznych ze zniszczeniem miękkich części i zgrubieniem kości przedudzia, wszystko cierpienia które chorych i tak na dożywotne kalectwo i leżenie bezużyteczne w łóżku na lat wiele skazywały.

Odjęć w przedbarku dla zranień 4, jedno zakończone śmiercią, w barku również dla zgruchotania 1, w przedudziu *in loco electionis* 5, dla zranień 3, jedno zakończone śmiercią, dla zgorzeli kości i miękkich części 1, dla słon-

nicy 1, *amput. Syme 1, amput. intracondil. (Gritti) 2*, jedna dla słonniczy, druga dla owrzodzeń chronicznych z przeistoczeniem kości. Dwie te ostatnie amputacje w kłykciach (*amp. intracondil. Gritti*), jako jeszcze mało będące w użyciu zasługują na nieco obszerniejsze wspomnienie.

Ten sposób amputowania zaleca szczególnież *Szymanowski*. Amputacja ta ma wiele za sobą — daje ona ranę nieco niżej leżącą jak odjęcie w dolnej części kości udowej. Będąc wyznawcą zdania prof. *Schuh*, który utrzymywał że „każdy cal oszczędzony daje 10 procent więcej nadziei dobrego zejścia“ uważam i to już za jakąś korzyść. Dalej: kanał szpikowy nie zostaje przy tym rodzaju amputacji otworzonym, wreszcie na korzyść jój idzie: że powierzchnia odpiłowana kości zostaje lepiej jak przy odjęciach wyższych pokrytą, bo przez implantację rzepki na nią, kikut lepiej się opierać może na szczudle jak w innych warunkach, co nie jest małą rzeczą dla klasy ludzi ubogich, dla których amerykańskie sztuczne nogi są dla ich ceny rzeczą nieprzystępną, a u nas prawie nieznaną.

Operacja ta nie jest jednak wolną od zarzutów *a priori*, a z naszych wypadków i *a posteriori* (choć mówiąc w nawiasie, dwa wypadki nie stanowią statystyki ani dają prawa do stanowczego orzeczenia). Najpiérw powierzchnia rany jest znacznie większą jak przy amputacji nisko w udzie, następnie w skład jój wchodzi różnorodne tkaniny, mięśnie, błona maziowa, tkanka tłuszczowa, torebka stawowa, kości. Jestto zarazem osteoplastyczna operacja w miejsce prostego odjęcia, ztąd możność długiego ropienia i przewlekłego leczenia. Dalej kurczenia się mięśni zginaczy kikuta zdają się być częstszymi jak po zwykłych odjęciach w udzie, bo najsilniejsze mięśnie, jak *rectus anter.*, *vastus intern.*, *vastus extern.* i i. pozostają prawie w całej swojej sile, gdy ich przeciwdziałacze są ubezwładnione. Wreszcie, czy implantacja rzepki na kość udową w operacji *Gritti*'ego, jak również kości piętowej w operacji *Pirgo*w'a przynosi tak nadzwyczajną korzyść jak jest ogólném mniemaniem? Rzucamy to pytanie na własne rezyko. Lecz na usprawiedliwienie z zarozumiałości dodamy, iż operując w stawie golenio-stopowym a mając niejaki wątpliwości czyby się osteoplastyka udała, operowaliśmy sposobem *Syme*'a — i otrzymaliśmy trzy razy z rzędu tak długą, twardą i trwałą nadstawkę dla kości goleniowej, iż później te wypadki przedstawiliśmy nawet zwolennikom operacji *Pirgo*w'a. Prawdę mówiąc przez prowadzenie noża przy wyłuszczeniu po samej kości piętowej pozostawało bardzo wiele okostnej przy miękkich częściach, ztąd też prawdopodobnie mogła się istotnie kostna tkanina utworzyć. Czy więc i kaptur kolanowy nie dałby może *ceteris paribus* i bez rzepki równie dobrego kształtu kikuta?

Wypadek 1-szy. W. W., 40 lat mający, rzeźnik, skłonny do nadmierne go użycia trunków, przybył dnia 20-go kwietnia r. b. do szpitala ze słonnicą trwającą lat ośm, która zajmując stopę i przedudzie, dosięgała wysokości kolana, tylko na niem i w zagłębieniu podkolanowém skóra pozostała stosunkowo zdrową. Palce, stopa i dolna część przedudzia owrzodzeniami pokryte. Chory sam się domagał amputacji, do której przystąpiliśmy parę dni

później. W uśpieniu chloroformem (którego użyto $2\frac{1}{2}$ uncji), przy zgięciu w stawie kolanowym poprowadzonym było cięcie od połowy jednego kłykcia kości udowej, początkowo prostopadle, następnie półokrągło do grzbietu kości goleniowej, a ztąd w podobnym kierunku do połowy kłykcia drugiej strony. Płat przedni ztąd powstały został po oddzieleniu go wraz z rzepką ku górze odwiniętym, przyczem i staw kolanowy już został otworzonym, — następnie utworzono przy wyprostowaniu odnogi płat tylny przez cięcie półokrągłe, poczynające się od punktu wyjścia cięcia pierwszego i idące na wysokości główki kości łydkowej w tóż samo miejsce drugiej strony. Po podwiązaniu krwawiących naczyń dokończono wyłuszczenia w stawie kolanowym. Kłykcie kości udowej zostały w $\frac{2}{3}$ swojej wysokości i część rzepki chrząstką pokryta odpiłowane. Powycinawszy resztki błony i torebki stawowej nożyczkami i dostósowawszy powierzchnie kostne do siebie, połączyliśmy brzegi rany szwami metalowemi.

Dla krótkości w opisie przebiegu powiemy: że wciągu ośmiu dni największa część rany zagoiła się *per primam*, w następnych 14-stu dniach ropienie małe dobrej natury, w pięciu tygodniach zupełne i stałe zabliznienie i tylko z małego przewodu między skórą a mięśniami można było parę kropel dobrej ropy wycisnąć. Chory był zupełnie konwalescentem. Ale, bo gdzież nie znajdzie się ale, — począwszy od 14-go dnia po operacyi powstało ciągłe rozwolnienie, które pomimo użycia wszelkich możliwych leków trwało przez tygodni cztery; początkowo jako częste wypróżnienia stolcowe, później jako krwawa biegunka niczem niedająca się wstrzymać — aż wreszcie w 6 tygodni po amputacyi chory zmarł ze wszystkimi oznakami owrzodzenia kiszek.

Stan ogólnego wyniszczenia sił nie wpłynął bynajmniej niekorzystnie na ranę (a raczej bliznę i ropienie?) pooperacyjną, — a jednak chory umarł? Zagadka ta rozwiązała się po nastąpionój smutnej katastrofie. Pacjent, już zkąd innąd niewstrzemięźliwy, czuł się mimo wyszukania pożywnój szpitalnej diety wiecznie głodnym; przyjaciele i znajomi jego zaopatrywali go troskliwie w suche kielbasy, sér, jaja na twardo gotowane i t. p., które on sumiennie dokąd życia starczyło, spożywał.

Przy pośmiertném badaniu znaleźliśmy odpiłowane powierzchnie rzepki i kości udowej tak z sobą zrosłe, że trzeba było do ich rozdzielenia pewnej użyć siły. Od obwodu rzepki do kości udowej szły gęste silne ścięgnięte włókna, które obie kości trzymały w nieporzuszalném zetknięciu i tylko nożem dozwoliły je rozdzielić. *Le malade est donc mort gueri?* (V e l p e a u).

(Dalszy ciąg nastąpi).

O wpływie nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*) na ruchy serca.

Przez Kazimierza Gurbkiego.

(Ciąg dalszy *).

Doświadczenia me odbywałem w następujący sposób. Zatruiwszy królika kurarą i zastósowawszy sztuczną respiracyę otwierałem jamę brzuszną, trzewia odchyłałem na prawą stronę i odsłaniałem (zwykle) nerw trzewiowy lewy,

*) Patrz Nr. 5 Gaz. Lek.

podwiązywałem go, przecinałem i następnie drażniłem odcinek jego centralny za pomocą aparatu indukcyjnego du Bois Reymond'a w połączeniu z jednym elementem Daniella. Tętno liczyłem za pomocą igły Middeldorff'a przez sekund 15. Przez ciąg całego doświadczenia trzewia były przykryte ogrzany i lekko zwilżonym ręcznikiem, który, dla utrzymania jednokowej jego temperatury, co kilka minut był odmieniany. Wprawdzie liczenie tętna za pomocą igły ma liczne niedogodności i tam gdzie idzie o bezwzględną liczbę uderzeń, najodpowiedniej byłoby używać stetoskopu, lecz z powodu że po otwarciu jamy brzusznej tętno słabnie, a przytem dość złożone doświadczenie wymaga ciągłej uwagi, by przez oziębienie lub zbytne przygniecenie nie ucierpiały główne regulatory ciśnienia krwi, naczynia jamy brzusznej, starałem się licznymi doświadczeniami stwierdzić moje pierwsze spostrzeżenie. Wypada mi tu zwrócić uwagę czytelnika, że bez wyjątku we wszystkich doświadczeniach, zauważyłem wyraźne zwolnienie tętna przy drażnieniu nerwu trzewiowego, które nie było więcej widoczném po przecięciu nerwów błędnych. Przytaczam kilka doświadczeń.

Doświadczenie XVII. U królika nerw trzewiowy lewy odpreparowano, podwiązano i przecięto.

C z a s.	Tętno przed drażnieniem.	C z a s.	Tęt. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
1 h. 47 m.	54	1 h. 48 m.	53	54	160
1 h. 50 m.	51	1 h. 51 m.	46	41	140
1 h. 53 m.	49	1 h. 54 m.	44, 42	49	130
1 h. 56 m.	51, 50	1 h. 57 m.	46, 44, 42, 38	49	120
1 h. 59 m.	51, 51	1 h. 60 m.	50, 42, 40, 39	50, 51	120
2 h. 3 m.	51, 51	2 h. 4 m.	46, 41, 39, 37	49, 49	120
2 h. 6 m.	50, 50	2 h. 7 m.	44, 42, 40, 39	48, 50	120
2 h. 9 m.	50, 50	2 h. 10 m.	40, 37, 20, 14	46, 38	110
2 h. 12 m.	48, 48	2 h. 13 m.	17, 16, 12, 11	45, 47	100

Doświadczenie XVIII. U królika nerw trzewiowy lewy odpreparowany.

C z a s.	Tętno przed drażnieniem.	C z a s.	Tęt. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
5 h. 4 m.	63	5 h. 5 m.	50, 52	60	160
5 h. 9 m.	57	5 h. 10 m.	52, 49	57	140
5 h. 12 m.	54	5 h. 13 m.	44, 42	50	130
5 h. 15 m.	50	5 h. 16 m.	43, 37	47	120
5 h. 18 m.	47	5 h. 19 m.	40, 37, 34, 29, 16	40	120
5 h. 22 m.	45, 44	5 h. 23 m.	40, 37, 38, 36	42	120
5 h. 27 m.	40	5 h. 28 m.	40, 37	42	120

Doświadczenie XIX. U królika nerw trzewiowy lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętno przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
1 h. 25 m.	55,55	1 h. 26 m.	47,42,40	50	140
1 h. 28 m.	50	1 h. 29 m.	40,42,42	49	130
1 h. 31 m.	50	1 h. 32 m.	40,40,40	49	120
1 h. 33 m.	49	1 h. 34 m.	39,39,38	49	115
1 h. 36 m.	48	1 h. 37 m.	40,39,38	50	110
1 h. 39 m.	50	1 h. 40 m.	40,40,40	49	105

Vagi obustronnie przecięte.

1 h. 44 m.	47	1 h. 45 m.	47,47,47	47	105
1 h. 46 m.	47	1 h. 47 m.	46,47	47	100
1 h. 49 m.	47	1 h. 50 m.	46,47	47	90
1 h. 52 m.	47	1 h. 53 m.	47,47,47	46	85

Doświadczenie XX. U królika nerw trzewiowy, lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętn. przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
1 h. 4 $\frac{1}{2}$ m.	47	1 h. 5 m.	42,42	46	130
1 h. 6 m.	46	1 h. 7 m.	40,38	40,44	120
1 h. 8 m.	43	1 h. 9 m.	36,34	40	115
1 h. 16 m.	44	1 h. 17 m.	34,33,32	39	110
1 h. 18 m.	42	1 h. 19 m.	33,30	38	105
1 h. 21 m.	42	1 h. 21 m.	34,31	38	100

Vagi obustronnie przecięte.

1 h. 22 m.	39,40	1 h. 23 m.	41	41	90
1 h. 24 m.	40	1 h. 25 m.	40	40	80
1 h. 26 m.	40	1 h. 27 m.	40	40	75

Doświadczenie XXI. U królika nerw trzewiowy lewy i obydwie nerwy błędne odpreparowane.

C z a s.	Tętno przed podrażnien.	C z a s.	Tętn. w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Sila prądu.
2 h. 21 m.	48	2 h. 22 m.	42,42	48	130
2 h. 23 m.	48	2 h. 24 m.	36	46	120
2 h. 25 m.	46	2 h. 26 m.	36	43	110
2 h. 27 m.	46	2 h. 28 m.	38,36	42,43	110
Vagi obustronnie przecięte.					
2 h. 30 m.	42	2 h. 31 m.	42	44	110
2 h. 32 m.	44	2 h. 33 m.	45	45	110
2 h. 34 m.	45	2 h. 35 m.	47	49	100
2 h. 36 m.	48	2 h. 37 m.	49	49	90
2 h. 38 m.	47	2 h. 39 m.	48	47	80

Doświadczenie XXII. U królika odpreparowano obustronnie i przecięto nerw sympatyczny szyjowy, następnie odsłonięto nerw trzewiowy lewy i obydwa nerwy błędne.

C z a s.	Tętno przed podrażnieniem.	C z a s.	Tętno w czasie drażnienia.	Tętno po podrażnieniu.	Siła prądu.
5 h. 9 m.	44	5 h. 10 m.	37,35	44	130
5 h. 11 m.	44	5 h. 12 m.	36,36	44	120
5 h. 13 m.	45	5 h. 14 m.	33,34,35	45	110
V a g i o b u s t r o n n i e p r z e c i ę t e.					
5 h. 18 m.	44	5 h. 19 m.	42,44,44	44	110
5 h. 20 m.	44	5 h. 21 m.	43,44,44	44	100
5 h. 22 m.	44	5 h. 23 m.	44,44	44	90
5 h. 24 m.	44	5 h. 25 m.	43,44,44	44,44,44,44,46,44	80

Przytoczone doświadczenia wykazują nam wyraźne zwolnienie ruchów serca przy drażnieniu nerwu trzewiowego, które ustaje po przecięciu obydwóch nerwów błędnych.

Że zwolnienie tętna serca zupełnie jest niezależnym od nerwu współczulnego szyjowego, dowodzi nam doświadczenie XXII. Wykonaliśmy je dlatego, by uniknąć zarzutu, że ponieważ *nervus splanchnicus* łączy się w części z nerwem sympatycznym szyjowym, to i włókna działające na serce, w niego choć w części przechodzą, z nim przebiegają do części szyjowej, a ztamtąd dopiero dostają się do ośrodków nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym. Przebieg nerwu trzewiowego jest znanym, a zatem dróg, po których bodziec postępuje z tego nerwu do serca, bliżej określać nie potrzebujemy. Jak nam doświadczenia pokazują, wielkość zwolnienia tętna zależną jest od siły drażniącego strumienia; zresztą to zwolnienie jest dopiero widocznym w kilka sekund po przyłożeniu drażniących elektrodów i powoli po usunięciu tychże wraca do normy. W doświadczeniu XVII tętno przy drażnieniu *n. splanchnici* spadło z 54 uderzeń na 11 w ćwierć minuty, czyli z 216 na 44 uderzeń w minucie. Gdy tętno wynosiło mniej jak 20 uderzeń na ćwierć minuty, widzieliśmy wyraźną intermissyę w uderzeniach serca. Jeżeli z przytoczonych liczb weźmiemy średnią, to nam wypadnie bez drażnienia 50 uderzeń, a podczas drażnienia 37 uderzeń na ćwierć minuty. W doświadczeniu XVIII, tętno spadło z 63 uderzeń na 16 w ćwierć minuty, czyli w całej z 252 na 64; średnie liczby wykazują zmniejszenie tętna o 16 uderzeń w ćwierć minuty. W doświadczeniu XIX, tętno z 55 zeszło na 38 w ćwierć minuty; średnio z 50 na 44. W doświadczeniu XX, tętno z 47 zmniejszyło się do 41; średnio z 44 do 37. W doświadczeniu XXI widzimy, że tętno z 48 spadło na 36 w ćwierć minuty; średnio z 47 na 39. Doświadczenie XXII wykazuje nam, że tętno z 45 zeszło na 33, średnio z 43 na 35 w ćwierć minuty. Wszędzie więc widzimy wyraźne zwolnienie tętna w czasie drażnienia *nervi splanchnici*.

Wprawdzie nie obserwowaliśmy nigdy u królika zupełnego spokoju serca, jak u żaby, lecz tylko zwolnienie; w tym punkcie obserwacje nasze są zgodne z podaniami B e r n s t e i n'a i my zatem zakończyć możemy jego słowy ¹⁾: „*Wie dem auch sein mag, der Unterschied zwischen Frosch und Kaninchen ändert das Princip der Sache nicht. Derselbe betrifft nur die Intensität, nicht aber das Wesen der Erscheinung.*“ (Dokończenie nast.).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O chorobach przełyka u dzieci.

Przez Dra A. S t e f f e n a. Streścił Leon Dudrewicz.

(Ciąg dalszy i dokończenie ²⁾).

P r z e d z i u r a w i e n i a (*perforatio*) p r z e ł y k a mogące być skutkiem wejścia ostrych ciał, powstawać mogą jeszcze wskutek ropni okołoprzełykowych i siedzących w samym przełyku. Cierpienia ciał kręgowych lub ich okostnej rzadko stają się przyczyną perforacji głębszych części przełyka, albowiem ten ostatni w okolicy téj do żadnego organu ściśle nie przylega. L e b l o n d i B e r t o n ³⁾ obserwowali dwa wypadki, w których współcześnie przełyk i prawe oskrzele wskutek ropienia odpowiednich kręgów były przedziurawione. Miejsce przedziurawienia znajdowało się w bliskości bifurkacji tchawicy, gdzie przełyk dotyka się słupa kręgowego.

W rzadkich wypadkach powstaje perforacja przełyka skutkiem ropienia gruczołu oskrzelowego, zostającego w ścisłym sklejeniu z tymże organem. L e p e l l e t i e r ⁴⁾ opowiada o wypadku przedziurawienia przełyka i jednego oskrzela (nie jest powiedziane w którym miejscu) przez rozpadnięcie się gruzłowato zwyrodniałego gruczołu. Sklejenie się obrzmiałego gruczołu z przełykiem i oskrzelem, było powodem powstania perforacji i komunikacji pomiędzy obydwojma światłami tych organów.

W ostatnich godzinach lub chwilach życia może mieć miejsce r o z m i ę k c z e n i e p r z e ł y k a, które zawsze prawie wikła się z rozmiękczeniem żołądka. Tu perforacja albo ma miejsce u dołu i przypadkowo zawartość przełyka wchodzi w tkankę komórkowatą śródpiersia (*mediastinum*), lub téż przy bocznej perforacji zawartość przełyka w przyległą jamę opłucnej wylewać się może, a wtedy przy autopsyi nie znajdujemy ani znaku czerwoności lub zapalenia w pleurze, co jest dowodem, że perforacja w ostatnich chwilach życia, albo téż nawet po śmierci powstała. B e d n a r ⁵⁾ raz tylko widział rozmiękczenie prawego i drugi raz lewego listka śródpiersia.

W pierwszym wypadku znalazł on czekoladowego koloru płynną zawartość żołądka w prawym worku opłucnej, w drugim zaś płyn krwią zabarwiony wylany do lewego worka, przyczem w opłucnej ani śladu reakcji nie znaleziono.

W końcu znane są bardzo rzadkie wypadki perforacji przełyka do tchawicy, co miało miejsce wówczas, gdy srebrna rurka po zrobionej tracheotomii zbyt długo w tchawicy pozostawała. Skutkiem tego, w miejscu, w którym dolny brzeg rurki dotykał tchawicy uformowało się owrzodzenie: ztąd proces zapalny i ropienie na przełyk przechodziło. Przy powstałej komunikacji między drogami oddechowymi a przełykiem, życie przez jakiś czas było zachowane, jednakże pojawiało się ograniczone zapalenie płuc, a to dlatego, że drobne cząstki pokarmów przenikały w oskrzela i pęcherzyki płucne i tu jako obce ciała zapalenie wywoływały.

Patologiczne procesa graniczących błon śluzowych, a więc gardzieli i żołądka rozszerzają się często i na przełyk: z żołądka jednak rzadziej, aniżeli z góry na dół. Przeciwnie, rzadko cierpienia przełyka na błonę śluzową żołądka lub w górę na gardziel się przenoszą.

¹⁾ Cf. l. c. pg. 649.

²⁾ Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

³⁾ Handbuch der Kinderkrankh. von Rilliet und Barthez. III. S. 745.

⁴⁾ Journal hebdomad. IV. S. 365. 1831.

⁵⁾ Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge I. Bd. S. 83 i następne.

Tutaj należą najprzód przez nawal lub zastój powstałe p r z e k r w i e n i e samo, lub w towarzystwie w y b r o c z y n (*ecchymoses*) w rozmaitej liczbie i wielkości. Dalej nie ż y t y rozmaitego natężenia i rozciągłości, w bardzo rzadkich wypadkach połączone z o w r z o d z e n i e m i to tylko w górnej części przełyka, w końcu, f o l l i k u l a r n e z a p a l e n i e. Siedlisko i rozszerzenie się tych procesów mało się różni od danych, które wyżej podaliśmy. Dodać tu winniśmy tworzenie się owrzodzeń na błonie śluzowej przełyka, które V o g e l (*loc. cit.*) widział po wielkich dawkach emetyku.

Dosyć często obserwował S t e f f e n wypadki, w których k r u p o w e i b ł o n i c o w e z a p a l e n i e błony śluzowej od gardzieli rozszerzało się na dół. Częstość spotykania obu tych procesów zdaje się być jednakową. Albo przedstawia się jeden proces sam przez się lub w połączeniu z drugim i prawie tak, że obydwa obok siebie rozwijają się, przyczem graniczą ze sobą lub oddzielne przedstawiają grupy, albo też, wysięk krupowy przystaje do błonicowo nasiąklój błony śluzowej.

Obidwie formy przedstawiają rozszerzenie rozlane (*diffus*) lub też zgromadzone w wysepki: krup częściej bywa rozlany aniżeli błonica i oba procesa mogą zajmować błonę śluzową przełyka całą lub też więcej górną lub dolną część. Górne części zdają się mieć pierwszeństwo. W jednym wypadku S t e f f e n widział wysięk krupowy, jak tenże pokrywając gardziel równomiernie rozszerzał się po ścianach przełyka i w nieprzerwanym ciągu przez *cardia* wchodził do żołądka i rozszerzał się w tym ostatnim w okolicy 2—3ch cali. Infiltracyj błonicznych, rzadko natury rozlanój, nigdy S t e f f e n nie napotkał, aby przekraczały wchód żołądkowy, lecz w wypadku tak obszernego rozszerzenia się przy wchodzie tym kończyły się ostrym, zębatym brzegiem. Takiego rodzaju rozszerzenie się spotkał S t e f f e n u dziecka 1½ roku mającego, zmarłego w skutek głębokiego (*profus*) kataru kiszowego, ograniczonego zapalenia płuc i nerek. Błona śluzowa ust i przednia ściana zasłony były przez serek (*soor*) pokryte; błona śluzowa gardzieli nasiąknięta dyfterytycznie, a także błona przełyka całkowicie była zajęta po części przez nasięk błoniczny, po części a mianowicie u góry znajdowały się rozmaitej wielkości podłużne owrzodzenia, z grubemi, dosyć ostremi brzegami ograniczone przez mocno czerwoną błonę śluzową. Nad wchodem żołądka kończył się nasięk błoniczny obrzmiałą, mocno czerwoną zębatą linią. Błona śluzowa wejścia do krtani *aditus laryngis* i sama krtan aż do górnych strun głosowych były nasiąkłe dyfterytycznie.

Tu także z małym wyjątkiem potwierdzało się prawo, a które S t e f f e n w inném miejscu już dowodnie wykazał, ¹⁾ że nieżytowe, krupowe lub błonicowe zapalenie są to trzy rozmaite stopnie zapalenia błony śluzowej, i trafiać się mogą albo dwa z tych procesów, lub też wszystkie trzy obok siebie na błonie śluzowej organów oddechowych, gardzieli, przełyka, przyczem najwyższy stopień procesu zawsze ku górze jest położony. Tak S t e f f e n znajdował błonicę w gardzieli a krup w przełyku, lub też w ostatnim nieżytowe zapalenie a krup w krtani.

W wielu wypadkach przy cierpieniach przełyka krtan również przyjmuje udział, lecz S t e f f e n widział wypadki, w których gardziel i przełyk były zajęte, krtan zaś i tchawica pozostały wolnemi. Po większej części jednak znajdujemy zajętemi *aditus laryngis* i górną część błony śluzowej krtani aż do górnych strun głosowych. Zdarzają się również wypadki, w których błona śluzowa krtani *in toto*, tchawica a nawet oskrzela i ich rozgałęzienia na ile wysledzić się dają, ulegają cierpieniu. Dalej St. znalazł, że gardziel była wolna, lecz przełyk i krtan po części same, po części w połączeniu z tchawicą przez proces patologiczny były zajęte. Jednakowy proces patologiczny znajduje się w przytoczonych organach, lub też w najwyższym stopniu bywa w gardzieli i krtani a prawie nigdy przez S t e f f e n a w przełyku nie był znaleziony. Rzadko także w krtani znalezioną była błonica a krup w gardzieli i przełyku; raz tylko napotkał S t e f f e n nieżytowe owrzodzenia krtani i także w górnej części przełyka, gdy tymczasem gardziel była normalną. W innym znowu wypadku błonica miała miejsce w gardzieli i krtani a w przełyku znaleziono tylko w wysokim stopniu zastoinowe przekrwienie. Wyjątek pod tym względem stanowi wypadek, w którym krup znaleziono w *aditus laryngis*, a rozlaną błonicę na błonie śluzowej przełyka. R i l l i e t i B a r t h e z w *laryngitis crouposa* przełyk zawsze widzieli normalnym. B r e t o n n e a u, F e r r a n d, L e s p i n e, znaleźli proces krupowy niekiedy rozszerzonym z krtani na przełyk.

¹⁾ Zeitschrift für rationelle Medicin von Henle und Pfeuffer 1866.

Z g o r z e l błony ś l u z o w é j p r z e l y k a, jako najwyższy stopień zapalenia, zdaje się że ma miejsce bardzo rzadko i S t e f f e n raz jeden tylko napotkał ten proces. Miał on miejsce u dziewczynki siedmioletniej, zmarłej na posocznicę przy znacznej zgorzeli lewego policzka (*noma*). Błona śluzowa ust, gardzieli, krtani, tchawicy aż do połowy, przełyk aż do wysokości dolnej połowy *cartilaginis cricoideae* były w stanie zgorzeli, bezbarwne, zielono-czarne, kruche. R i l l i e t i B a r t h e z obserwowali dwa wypadki zgorzeli przełyka.

S e r e k (*Soor*) tak często spotykany w pierwszym roku życia w jamie ust, rzadko rozszerza się na błonę śluzową gardzieli, a jeszcze rzadziej na przełyk. Na mniej lub więcej zaczerwienionej błonie śluzowej widzimy serek albo w pojedynczych blaszkach, jakto pospolicie bywa na błonie śluzowej ust lub też znajduje się w większych gruppach; albo też mocno siedzące warstwy pokrywają większe zagięcia błony śluzowej przełyka, w postaci prążków, lub też całkowicie (*in toto*) ten ostatni zajmują. W bardzo rzadkich razach (V i r c h o w, R i n e c k e r) spostrzega się, żeby serkowe massy zamykały przełyk w postaci pełnego cylindra tak, żeby przełykanie i wyżywienie zupełnie stało się nie możliwe. R i n e c k e r widział wypadek, w którym po nastąpionych wymiotach wydaloną została zatyczka z serka, przełykanie stało się możliwem i zejście było pomyślne. W większej liczbie wypadków zdaje się, że rozszerzenie serka na przełyk sprowadzić może letalne zejście. Również rzadko widziano *soor* rozszerzoną z przełyka na błonę śluzową żołądka i górną część kiszek cienkich.

Przy dwóch autopsjach S t e f f e n znalazł *soor* w przełyku: w jednym wypadku u ośmiodniowej dziewczynki zmarłej w szpitalu na syphilis, serek znajdował się na mocno zaczerwienionej błonie śluzowej w ustach, gardzieli, w przełyku na całej jego rozciągłości, dochodził do żołądka aż do jego wyjścia (*pylorus*). W drugim wypadku u dwumiesięcznej dziewczynki zmarłej na biegunkę i womity, znaleziono serek w ustach, gardzieli, przełyku, żołądka, w górnych częściach cienkich kiszek, oprócz tego w krtani, tchawicy aż do bifurkacyi.

B e d n a r ¹⁾ spotkał serek przełyka na 44 wypadki, 35 razy powikłany z choleryną; oprócz tego przy *phlebitis umbilicalis, meningitis, pneumonia, pericarditis i peritonitis*.

P l e ś u i a w e k (*aphthae*) S t e f f e n nie napotkał w przełyku, i o ile wie, to takowe spostrzegane były tylko na błonie śluzowej ust, rzadziej w gardzieli i w kiskach grubych.

Z ostrych wysypek S t e f f e n nie znalazł w przełyku płonicy i odry, ospiankę zaś (*variolois*) dwa razy. W jednym wypadku u dziewczynki 1³/₄ roku mającej (uległej oprócz ospianki chronicznej prosowatej gruźlicy w płucach, opłucnej, śledzionie, nerkach, kiskach cienkich i przewodach żółciowych) w górnej części przełyka na błonie śluzowej w miejscu odpowiadającym chrząstce pierścieniowatej (*cartil. cricoidea*) znajdowało się owrzodzenie ospowate (*variolose Ulceration*).

Drugi wypadek u dziewczynki 2³/₄ lat mającej, u której ropienie powikłane było z obrzmieniem i zserowaceniem gruczołów oskrzelowych, puchliną (*oedema*) i częściowem stwardnieniem płuc, przyczem znaleziono małe zalewy płucne (*apoplexia pulmonum*) wygrzyzy (*erosiones*) w żołądka. Na prawym migdale znajdowało się wielkości fasoli szaro-czarniawe ognisko, przechodzące w rozpad. Nasięk ospowy i owrzodzenia znajdowały się w obfitej ilości w gardzieli i przełyku aż do połowy *cartilaginis cricoideae*, dalej w krtani, tchawicy, oskrzelach, aż do większych ich rozgałęzień.

Wiadomo, że w peryodzie inkubacyi odry, płonicy, ospy, często także i tyfusu wysypkowego ma miejsce widoczne zajęcie błony śluzowej twardego i miękkiego podniebienia, gardzieli, często języka i błony śluzowej żołądka, wprzód, niżeli wysypka na powierzchni ciała się pokaże.

Cierpienie to tutaj wcześniej i szybciej przebiega, co szczególnie w ospie dokładnie obserwować możemy. Jeżeli teraz przy autopsyi znajdujemy wysypki na błonie śluzowej dróg oddechowych, przyczem znów ospę przytoczyć musimy, to błona śluzowa przełyka z małemi wyjątkami nietykalną lub tylko w górnych częściach zajęta zostaje, co ukazuje nam na drogę i n w a z y i z a r a ż l i w é j m a t e r y i. Dalej krup i błonica mogą być spo-

¹⁾ Krankh. der Neugebor. etc. Bd. 1. str. 71.

strzegane w przelyku, gdy tymczasem organa oddechowe nie ulegają tym cierpieniom; lecz przelyk nie jest organem któryby przeważnie lub wyłącznie tym procesom ulegał, więc okoliczności te, oprócz wielu innych, przemawiają za tém, że błonica pierwiaszkowa jest procesem miejscowym, samoistnie rozwijać się może a przez pewną jej właściwą materję zakaźną miejscowo nie potrzebuje być przeniesioną. Jeżeli górne drogi oddechowe i gardziel zupełnie są wolnemi, a błona śluzowa przelyka nasiąkła błonicznie (*infiltratio diphtheritica*), to nie może być mowy o przeniesieniu zakaźnej materji, albowiem błona śluzowa gardzieli i dróg oddechowych nie mogłyby być od tego procesu wolnemi.

Co się tyczy powikłań chorób przelyka, to St e f f e n znalazł co następuje:

P ł o n i c a (*scarlatina*) często była spostrzegana z krupem i błonicą lub też z obydwoma temi procesami. Dotyczy to spostrzeżeń za życia na błonie śluzowej ust, gardzieli, nosa a przedewszystkiem krtani. Cierpienia ostatniej przedstawiają często ciemne symptomata, mianowicie jeżeli proces znajduje się nad *aditus laryngis* lub tylko zajęte są górne części krtani do górnych strun głosowych. Te *laryngitides* częściej przy autopsyi bywają oznaczane. Te ostatnie stanowią jedyną drogę dla oznaczenia współczesnego cierpienia przelyka. W dwóch tylko wypadkach widział S t e f f e n płonicę towarzyszącą chorobom przelyka.

Jeden wypadek miał miejsce u dziewięcioletniej dziewczynki, której przelyk był pokryty po części rozlanym i ograniczonym krupowym wysiękiem i błoniczą infiltracją, które już swobodnie obok siebie były rozłożone, już po części nasięk błoniczny krupowym wysiękiem był pokryty. Błonica znajdowała się również i w krtani. W drugim wypadku znaleziono krup w *aditus laryngis* i rozlaną błonicę w przelyku.

O s p i a n k ę spotkał S t e f f e n dwa razy jako nasięk ospowy i także owrzodzenie najwyższej części przelyka.

P r z y m i o t w r o d z o n y (*sypilis constitutionalis*) napotkał trzy razy powikłany z cierpieniem przelyka. W pierwszym z tych wypadków istniały obok krupu gardła i jamy nosa, follikularne owrzodzenia w górnej części przelyka. Przytem zauważamy, że krup błony śluzowej jamy nosa do bardzo rzadkich należy wydarzeń, gdy tymczasem błonica w tém miejscu daleko częściej spostrzegana bywa. W drugim wypadku znaleziono znaczne rozszerzenie się serka (*soor*), w trzecim, kataralne zapalenie górnej części przelyka ze śluzo-ropiastą wydzieliną.

W o d n y r a k (*noma*) w jednym wypadku był połączony ze zgorzelą błony śluzowej w górnej części przelyka, w jednym zaś znajdowała się chroniczna miliarna gruźlica płuc, oraz krup i błonica przelyka.

W jednym wypadku c h o l e r y S t e f f e n znalazł błonę śluzową przelyka w dolnej i górnej części w wysokim stopniu przekrwienia.

Cierpienia przelyka najczęściej spotykał S t e f f e n w połączeniu z cierpieniami płuc a mianowicie z ograniczonym zapaleniem płuc i chroniczną miliarną gruźlicą. Potém dopiero z cierpieniami żołądka i błony śluzowej kiszek, mianowicie przy nieżytach, follikularnych zapaleniach, owrzodzeniach skrofulicznych.

Z 44 wypadków badanych przez S t e f f e n a, jednakowa liczba 22 przypada na chłopców i na dziewczynki. Największa liczba wypadka w wieku pierwszych 3ch lat życia, mianowicie 31 na 44. Nad 9 lat tylko jeden wypadek był obserwowany u dziewczynki mającej płonicę, *diphtheritis* gardzieli oraz krup i błonicę przelyka.

Następująca tablica lepiej wyjaśnia stosunek wieku i płci:

od	1—6	miesiący:	chłopców	4,	dziewcząt	3,	razem	7.
„	6—12	„	—	3	—	6	—	9
„	1—3	lat	—	10	—	7	—	17
„	3—6	„	—	4	—	2	—	6
„	6—9	„	—	1	—	3	—	4
„	9—12	„	—	0	—	1	—	1
				22	—	22	—	44

Widzimy więc z powyższego, że cierpienia przełyka w ogóle dosyć często się zdarzają w rozmaitych peryodach wieku dziecięcego, jednak przy najwięcej śmiertelnych wypadkach do trzeciego roku życia, przy autopsjach w szpitalach, na przełyk mało zwracają uwagi, a z drugiej strony, w dalszym peryodzie życia, dla braku wybitnych objawów przy większości chorób przełyka, w którym proces patologiczny obok innej choroby przebiegać może, rozpoznany jednak nie zostaje, ztąd pochodzi owo mniemanie, że choroby przełyka u dzieci są w ogóle rzadkie.

Rozpoznanie cierpień przełyka w ogóle jest trudne, w wielu razach niemożliwe, ponieważ choroby tego organu bez wybitnych przebiegają objawów. Jeżeli istnieje trudność przełykania, którą chcielibyśmy uważać jako objaw cierpienia przełyka, i współcześnie cierpienie krtani, to nie możemy wyprowadzić z tego pewnego wniosku co do natury cierpienia w przełyku, a tym sposobem mieć pojęcie o procesie patologicznym odbywającym się w tym organie. Widoczniejsze objawy występują po uszkodzeniach przełyka przez ciała obce, po napiciu się zbyt gorących lub gryzących płynów i powstałych ztąd zwężeniach, które szczególnie zapomocą sondy odkryć się dają. Około przełykowe ropnie niekiedy mogą być za życia rozpoznane, jeżeli znajdują się u wierzchu przełyka, lub pewnie, jeżeli palcem wprowadzonym wysledzić się dają. Rzadkie wypadki komunikacji przełyka z drogami oddechowymi podczas życia, dotychczas nie były oznaczone. Jeżeli serek znajduje się w ustach i gardzieli i bez widocznych przyczyn występuje znaczne lub zupełne utrudnienie przełykania, to musimy dopuścić, że i w przełyku masy takowego potworzyły się. Inne zmiany patologiczne w przełyku zawsze przebiegają z cierpieniami innych organów, a mianowicie gardzieli i krtani których objawy dominują w obrazie choroby, i tym sposobem maskują symptomata cierpień przełyka.

W 44 wypadkach cierpień przełyka, St e f f e n trzy razy tylko mógł podczas życia pewne zrobić rozpoznanie, a mianowicie w dwóch wypadkach zwężeń po użyciu alkaliów i w jednym wysoko leżącym około przełykowym ropniu. W wypadkach przekrwienia i zapalenia najmniejszy objaw nie zdradzał cierpienia przełyka.

Skoro objawy tych procesów tak często są ciemne, to i r o k o w a n i e jest w ogóle trudne. Mocne zapalenia mogą wprost zagrażać życiu, lekkie procesa wtedy są niebezpiecznymi, jeżeli przebieg ich jest długotrwały, i wskutek utrudnionego przełykania i uchylania się z powodu bólu w przyjmowaniu pokarmów, chorzy stopniowo wpadają w marazm. Dalej, rokowanie może być wątpliwym, przy rozszerzeniu się procesu na błonę śluzową żołądka i kiszek cienkich, przy rezorbeyi rozpadłej masy błonicznej i ogólnego zakażenia; przy utworzonym połączeniu pomiędzy przełykiem a drogami powietrznymi przez wejście resztek pokarmów do tych ostatnich i wywołania ograniczonego zapalenia płuc; przy zatkanie przełyka przez znaczne masy serka; w końcu, przy powstałych zwężeniach po zapaleniu, owrzodzeniu, lub po użyciu gorących i gryzących płynów.

Ropnie około przełykowe narażają życie na niebezpieczeństwo przez mniej więcej znaczne utrudnienie oddechania, jak również mogą się stać przyczyną śmierci chorych przez zaduszenie wskutek zalania ropą dróg oddechowych, przy samowolnym otworzeniu się ropnia, szczególnie jeżeli takowe podczas snu chorego miało miejsce.

L e c z e n i e widocznie zależy od patologicznego procesu jaki rozpoznać się udało; o nim przy rozpatrywaniu tych procesów w krótkości mówiliśmy.

(*Jahrbuch für Kinderheilk. u. Physische Erziehung. Neue Folge II Jahrgang. 2 Heft 1869*).

K O R R E S P O N D E N C Y A. Paryż, 21 lipca.

Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu.

Przez Dra Ż.

(Dalszy ciąg). *)

„Zajmując się oddawna anatomią i będąc wystawionym na te same nieprzyjemności co i wszyscy inni poświęcający się tej nauce, powziąłem myśl robienia stosownych poszukiwań mających na celu zapobieżenie szybkiemu rozkładowi trupów.“

*) Patrz Nr. 4 Gaz. Lek.

„W tym celu wspólnie z Drem B r i s s a n d przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń i po licznych próbach doszliśmy nakoniec do wynalezienia kompozycji chemicznej płynnej, która wstrzyknięta do naczyń trupa nie tylko zabezpiecza go od zepsucia przez czas bardzo długi, lecz jeszcze nadaje mu własności wielce pożądane przy dyssekcji.“

„Nastrzykiwanie robi się sposobem zwyczajnym przez aortę lub tętnicę szyjową wspólną, potrzeba tylko odbywać operację tę wolno i z należytemi ostrożnościami, pozwalając tym sposobem, aby wstrzykiwany płyn miał dosyć czasu do całkowitej absorbcji.“

„Trupy tym sposobem nastrzyknięte mogą pozostawać na otwartym powietrzu, nawet w porze letniej, przez czas bardzo długi nieulegając najmniejszej zmianie, zachowują właściwy kolor skóry i tkanek, naturalną miękkość, która pozwala na najdelikatniejszą dyssekcję, i nie czernią instrumentów, co zwykle ma miejsce przy użyciu innych płynów, jak np. podsiarkonu sody: zbytecznym tu nadto nadmienić, że trupy takowe nie wydają najmniejszego odoru.“

„Nie mogę stanowczo zaręczyć, czy zakłucia instrumentami używanymi przy dyssekcji trupów moim sposobem zachowywanych zabezpieczają zupełnie od szkodliwych następstw, wypada mi wszelako nadmienić, że prócz przypadkowych licznych skaleczeń robiłem sobie kilkakrotnie szczepienie skalpelem, którym się posługiwałem i za każdym razem ranka zablizniła się bardzo szybko nie pozostawiając żadnych po sobie śladów....“

„Drugim nierównie ważniejszym zastosowaniem mojej metody jest zachowywanie preparatów anatomicznych i anatomo-patologicznych.... Preparaty tą metodą konserwowane łączą w sobie wszystkie przymioty świeżych preparatów a mianowicie zachowują naturalną objętość, właściwy kolor wszystkich tkanek i organów, ich wzajemne położenie i stosunki a nadewszystko naturalną miękkość i giętkość.“

Tym sposobem można rozsuwać wszystkie organa, podnosić warstwy mięśni bez najmniejszego uszkodzenia preparatu. Metodą tą zachowują się dobrze nie tylko kończyny ale i wszystkie organa mięsne jak wątroba, śledziona, nerki, płuca i kiszki a nawet i mózg.“

„Głównym ciałem wchodzącym w skład mego płynu konserwacyjnego jest k w a s k a r b o l o w y „którego nieocenione własności pod tym względem znane są chemikom.“

Przy grzmiących oklaskach słuchaczy zszedł z trybuny po powyższym sprawozdaniu Dr. L a s k o w s k i.

Po nim wszedł na mównicę Dr. Marcelli D u v a l, profesor szkoły lekarskiej w Brest i dawał sprawozdanie bardzo ciekawe ze swych doświadczeń czynionych na trupach ludzi gilotynowanych w roku 1850, 1851 i 1866.

Doświadczenia te tyczyły się: układu nerwowego, kanału pokarmowego, narządów krążenia, oddychania i organów moczopłciowych.

1. W u k ł a d z i e n e r w o w y m prof. D u v a l badał szczególnie ruchy zwrotne czyli odbite (reflexyjne) życia zwierzęcego. Na jednym ściętym w r. 1866 widział jak mięśnie mianowicie kończyn górnych i dolnych kurczyły się przy drażnieniu skóry tychże przez siedm kwadransów t. j. $1\frac{3}{4}$ godziny po śmierci. Na mięśniach: *deltoideus*, *biceps brachialis*, *gastrocnemius* i przednich udowych szczególnie *triceps* dawało się to dobrze postrzegać.

Na drugim ściętym reflexya mięśniowa zachowywała się tylko pięć kwadransów. Mięśnie szyi na powierzchni ich przecięcia przez trzy kwadransy przeszło drgały — t. j. kurczyły się włókna ich same przez się bez żadnych fizycznych ku temu pobudek.

2. Z n a r z ą d ó w t r a w i e n i a. Żołądek po odkryciu powłok brzusznych przedstawiał długi czas jeszcze ruchy perystaltyczne i anty-perystaltyczne.

U jednego mężczyzny, który był gilotynowany zaraz po jedzeniu, prof. D u v a l odciąwszy żołądek od kanału pokarmowego i położywszy go na stole poziomo — nie widział ażeby co z zawartości swój wyrzucił, chociaż żadnych podwiązań nie było ani przy wejściu ani przy wyjściu żołądka. Skutkiem nacięcia zrobionego na małej jego krzywiznie żołądek się silnie poruszył — a cała jego powierzchnia pokryła się fałdami podobnymi do zwojów mózgowych.

Zjawisko to widział prof. D u v a l u kilku straconych.

B ł o n a ś l u z o w a żołądka w stanie jego napelnienia nabrzmiewa i staje się różową; — w stanie zaś wypróżnienia przybiera barwę popielatą.

P ę c h e r z y k i i k a n a l i k i ż ó ł c i o w e przy badaniu pokazały się zupełnie nieczułe na działanie elektryczności — równie jak i żyła bramna (*v. porta*) i śledziona.

K i s z k i c i e n k i e znajdowały się w ciągłym wahadłowym ruchu wywoływanym przez ruchy robaczkowe (perystaltyczne). W całej swój rozciągłości zaś były mniej więcej napelnione gazem.

3. N a r z ą d k r ą ż e n i a. a). T ę t n i c e s z y j n e. U dwóch gilotynowanych, przyniesionych do amfiteatru w pięć minut po exekucyi, końce przeciętych tętnic szyjowych przez długi czas drgały t. j. podnosiły się w regularnych odstępach czasu. Ruchy te były podobne do tych, jakie widzieć się daje przy amputacjach kończyn, na przeciętych wielkich tętnicach. Przy każdym takim poruszeniu (*impulsion*), wylewała się czas jakiś pewna ilość krwi z tętnic szyjowych jako téż i z żył (*venae jugulares*). Kolor krwi téj jednak był nieco ciemniejszy od zwykłej krwi wypuszczanej żywemu człowiekowi.

Drgania tętnicze są słabe wprawdzie — ale bardzo je łatwo dostrzedz jest okiem.

b). S e r c e. W minut siedm po exekucyi otworzono klatkę piersiową. Przed rozcięciem jeszcze osierdzia widać było bardzo wyraźne bicie serca.

W chwili rozcięcia osierdzia — wypłynęło z worka sercowego około 40 gram. przezroczystej surowicy, koloru słabo cytrynowego.

Po krótkim czasie nieruchomości, prawy przedsionek serca wyprostowywa się gwałtownie i odsuwa od aorty — potem znów powraca do pierwotnego stanu. Podczas tego wyprostowywania się uszko prawe przedłuża się.

Podwójnych tych rytmicznych ruchów serca było 48 podczas pierwszej minuty, wkrótce jednak zwalniać się one poczęły tak, że po pięciu minutach było ich zaledwie 7 na minutę. U innego znowu gilotynowanego, przedsionek prawy serca był w ruchu przez pięć kwadransów a ruchy te były silne i regularne i liczono ich 43—44 na minutę. Co nadto dziwniejsza, że nawet po wyjęciu wątroby, żołądka, kiszek, przepony i płuc, t. j. po pozbawieniu serca wszelkiej łączności z temi organami ruch ten nie osłabiał się.

Prócz tych ruchów zrozumieć łatwo że i komórki (*ventriculi*) serca również ulegały ruchom t. j. kurczyły się w całej swój średnicy, tak że powierzchnia ich marszczyła się bardzo.

Samowolne kurczenie się komórek ustało daleko gwałtowniej niżeli przedsionka a jeszcze bardziej uszka prawego.

Użyto tu następnie galwanizmu — i po trzydziestu sekundach powtórzyły się też same zjawiska z małemi bardzo odmianami.

Gdy działanie bezpośrednio prądu galwanicznego na istotę mięsistą serca pozostawało bez wpływu, zwrócono wtedy prąd do końców nerwowych — skutkiem czego poczęły się ruchy uszka prawego jako téż słabe drgania komórek sercowych.

U tego to gilotynowanego człowieka, Dr. D u v a l zauważył, że ruchy serca idą zawsze od uszka do komórek i od podstawy serca do jego wierzchołka.

A o r t a. W roku 1866 Dr. D u v a l na czterech gilotynowanych robił doświadczenie z aortą. Aorta była na 5 centymetrów od serca odcięta i kładziona na stole. Wprowadzony palec w otwór aorty ściskany był ciągle przez jój kurczące się ściany.

U dwóch indywiduów ścisnienie było tak silne, że wystarczało ono nie tylko do poruszenia serca, ale cała aorta mogła się utrzymywać czas jakiś zawieszoną na ściśnionym palcu w jój otworze umieszczonym. Ściskanie się aorty także miało miejsce wyłącznie w części jój bezpośredniego zetknięcia się z palcem.

Dr. D u v a l nie widział nigdy aby kureczenie i ściskanie się aorty przeplataném było kiedy jój rozszerzaniem się.

Doświadczenia te powtarzane przez wielu jeszcze obecnych lekarzy wykazały, że aorta pięć kwadransów po śmierci zachowuje jeszcze swoją działalność.

V e n a e c a v a e pokazały się zupełnie nieczułemi na działanie elektryczności, jak również wprowadzanie do nich palca pozostawało bez wpływu.

4. **Narząd oddychania. Doświadczenie czynności mięśni między-żebrowych.**

1). Elektryzując mięśnie między-żebrowe wewnętrzne w części ich między chrząstkowej, strona dolna podnosi się i przybliża, gdy część górna pozostaje zupełnie nieruchomą. Prócz tego dostrzegano tu pewien rodzaj ruchu zwrotowego (rotacyjnego) na zewnątrz. Doświadczenie to powtarzane na wielu miejscach powierzchni międzychrząstkowej prawej żeber, dawało wszędzie ten sam rezultat.

2). Elektryzując mięśnie między-żebrowe zewnętrzne — strona dolna podnosi się.

3). Elektryzując mięśnie między-żebrowe wewnętrzne na całej ich przestrzeni, mięśnie między-żebrowe zewnętrzne w piątym przedziale podnoszą się tak, że odkrywają w całej długości mięśnie między-żebrowe wewnętrzne.

Nie ma wątpliwości, że obnażenie mięśni tych — jest zupełne, łatwo je bowiem jest rozpoznać po kierunku ich włókien, które krzyżują się z włóknami mięśnia między-żebrowego wewnętrznego, który się przy doświadczeniu tém podnosi.

Z doświadczeń tych Dr. D u v a l wyprowadza następujące wnioski: a) że mięsień między-żebrowy wewnętrzny jest w d e c h o w y m (*inspirateur*); b) mięsień między-żebrowy wewnętrzny jest w d e c h o w y m tak w przestrzeniach między żebrówymi jak i między chrząstkowymi; c) czynności mięśni między-żebrowych zewnętrznych są jednakowe.

5. **Narząd moczopłciowy. Moczowody (ureteres),** na sześciu gilotynowanych u pięciu znalazł Dr. D u v a l wielce kurczliwe, czy to przez drażnienie mechaniczne czy też przez elektryczność czy też na koniec przez proste wystawianie ich na powietrze.

U dwóch indywiduów dostrzeżono peryodyczne regularne (*rhythmiques*) kurczenie się moczowodów jakie już D o n d e r s, G o u b e a u x, V u l p i a n i inni widzieli u niektórych zwierząt.

Dr. V u l p i a n ma zupełną rację mówiąc, że obecność moczu nie jest konieczną dla wywołania kurczenia się moczowodów, albowiem u jednego tylko na pięciu badanych u których się przewody te moczowe kurczyły, znaleziono trochę w pęcherzu moczu.

Pęcherz moczowy. U jednego gilotynowanego zastosowanie prądu elektrogalwanicznego do ścian pęcherza moczowego, wywołało wydzielenie się moczu przez cewkę moczową.

Kanał wyprowadzający (vas deferens). U dwóch gilotynowanych kanał ten widocznemu ulegał kurczeniu pod wpływem prądów elektrycznych.

Pęcherzyki nasienne jak to widziano u jednego straconego również pod wpływem prądu elektrycznego ulegają kurczeniu dosyć wyraźnemu dla oka. Wydzielał się z nich płyn zupełnie podobny do nasienia, woń jednak jego ckliwa różniła się od téj jaką za życia nasienie męskie posiada. Badanie drobnowidzowe tego płynu wykazało tu nadto s p e r m a t o z o i d y, pozbawione jednak ruchów. (*Dalszy ciąg nastąpi.*)

Wiadomości bieżące.

— **Rektorem uniwersytetu Jagiellońskiego** na rok szkolny 1869/70 wybrany został w dniu 17 lipca b. r. Dr. Frederyk S k o b e l, professor wydziału lekarskiego w Krakowie.

— † W dniu 28 lipca b. r. zgasł w Pradze czeskiej, sławny fizyolog słowiański, Jan Purkinié, urodzony w 1787 r. Na pogrzeb jego liczne zgromadziły się deputacje oddając ostatnią posługę chrześcijańską zasłużonemu w nauce mężowi. Ś. p. P., był z początku professorem fizyologii w Wrocławiu, następnie został mianowany dyrektorem instytutu fizyologicznego w Pradze. Wspólnie z geologiem Kreitchimé'm od r. 1852 wydawał pismo poświęcone naukom przyrodniczym, pod tytułem „*Jiva*.” Publikował oprócz tego wiele prac specjalnych tak w niemieckim jak i w słowiańskim języku, a nadto wydał wysmienity przekład poezyj lirycznych Schiller'a.

Redakcyja 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.
