

# 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.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1870 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1870 r. sr. 58.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**PREŚĆ:** Prace oryginalne. Dwa przypadki przetoki moczowodo-pochwowej (*fistula uretero-vaginalis*). Postrzeżenie Dra L. A. Neugebauer'a, b. docenta akuszeryi w b. Szk. Gł. Warsz. Tłuszczak wrodzony kostniejący okolicy pośladkowej (*lipoma petrificum*). Wyluszczenie. Postrzeżenie Dra J. Minkiewicza, (z Tyflisu). **Kronika Zagraniczna.** O złamaniach postrzałowych w stawach i ich leczeniu. Przez B. Langenbeck'a. Kilka uwag nad stosunkiem krwiopłucia (*haemoptoe*) do suchot płucnych. Przez F. Niemeyer'a. Streścił Józef Nowak. **Wiadomości bieżące.** Nowy środek do opatrunku ran. Śmiertelność w Warszawie. Prostytucya w Warszawie. Doktorka panna Morgan. Wydziały lekarskie we Francyi. Ś. p. Dr. Seweryn Broniewski. Ś. p. Dr. v. Vivenot. Wezwanie Bióra informacyjnego o nędzy wyjątkowej do pp. lekarzy miasta Warszawy. **Dodatek.** Farmacyi ark. 8my, Uroskopii arkusz 1szy.

**Dwa przypadki przetoki moczowodo-pochwowej (*fistula uretero-vaginalis*).**

Postrzeżenie Dra L. A. Neugebauer'a, b. Docenta akuszeryi w b. Szk. Gł. Warsz.

1. Teofila M..., żona przekupnia, w dniu 24 listopada 1864 roku, do szpitala przyjęta, kobieta średniego wzrostu, szatynka, lat wieku 40 licząca, silnie zbudowana, prawidłowo miesiączkująca, od chorób wewnętrznych zawsze wolna, odbyła pięć porodów, z których pierwsze cztery nastąpiły siłami natury i pomyślnie, piąty zaś, odbyty w dniu 28 września 1864 roku sztuką zakończony został. Według jej opowiadania bowiem — lekarz do niej wezwany na przodującą głowę dziecięcia, w trzy godziny po odejściu wód — założył kleszcze. Gdy zaś mimo całogodzinnej pracy tym narzędziem dziecięcia wydostać nie podolał i toż narzędzie mu się nareszcie z dziecięcia ześlizgnęło, przywołano drugiego jeszcze lekarza i ten w końcu, założywszy kleszcze na nowo, dziecię na świat wydobył. Było ono duże a nie żywe. Łóżysko nie długo po dziecięciu bez trudności odeszło.

Chora zaraz po tym porodzie czuła mocny ból w dolnej części brzucha i ciągle bolesne parcie na mocz, którego wszelako puszczać nie była w możności; stawiano jej bańki siekane i przystawiano pijawki, okładano podbrzusze kataplazmami, odciągano codziennie po dwa razy mocz za pomocą kateteru i zadawano do wewnątrz

różne lekarstwa. Po upływie tygodnia ból w podbrzuszu ustal i chora poczęła mocz znowu swobodnie puszczać. Gdy jednak po upływie trzeciego tygodnia położu łożko opuściła, postrzegła, że oprócz moczu, który puszczała drogą naturalną, znaczną ilość téj wydzieliny traciła jeszcze i mimowolnie i ustawicznie przez pochwę. W skutek ustawicznego wysączenia się moczu z pochwy dotknięta została wkrótce wyprzieniem skóry na częściach płciowych zewnętrznych, śródkroczu, pośladkach i udach.

Przy takim stanie rzeczy, wątpieniu żadnemu nie ulegało, że chora dotknięta była przetoką moczno-pochwową, szło jednak o to, jakiego przetoka ta była rodzaju, czyli innemi słowy, którą drogą mocz z organów moczowych do pochwy się dostawał. Palcem do pochwy wprowadzonym otworu żadnego z pochwy do pęcherza prowadzącego czuć nie było. Również i wzrokiem po rozszerzeniu pochwy wziernikiem trójramiennym żadnego otworu przetokowego w przegrodzie cewko i pęcherzo-pochwowej odkryć się nie dało, ale za to, śledząc chorą za pomocą wziernika postrzedz mogłem, że brzeg prawy ust macicznych, w postaci szpary poprzecznej siedm linii dłużej przedstawiających się, był do głębokości trzech linii rozlupany. Warga przednia tego rozlupania, stanowiąca część prawą wargi przedniej ust macicznych, w kierunku ku stronie zewnętrznej przedłużała się w marszczkę błony śluzowej, dwie do trzech linii wysoką, wejrzenia bliznowego, która ciągnąc się przez odpowiednią część stropu pochwy do ściany prawej tejże pochwy w ścianie téj się gubiła. Po za tą marszczką — znajdowała się mała zatoka, przedstawiająca się jakby przedłużenie rozlupania w brzegu prawym ust macicznych istniejącego. W najgłębszym miejscu téj zatoki znajdował się w odległości trzech linii od części pochwowej macicy — maleńki, podługowaty otworek, z którego ustawicznie nieco przezroczystego moczu do pochwy się wysączało. Wprowadziwszy w ten otworek główkę zwyczajnego, nie zbyt grubego chirurgicznego zgłębnika, w części swój przedniej umiarkowanie skrzywionego, dostałem się tém narzędziem do kanału mało co obszerniejszego od samego otworku, a przebiegającego od tegoż otworu w kierunku nieco ukośnym, przez bok macicy na zewnątrz i ku górze. Wdążyć zaś zgłębnikiem w ten kanał mogłem z jak największą łatwością do głębokości przeszło dwóch cali. Wdrażenie to weń zgłębnikiem nie spowodowało najmniejszego krwawienia — ale sprawiało chorój uczucie nadzwyczajnie nieprzyjemne w głębi brzucha i wzbudzało skłonność do omdlenia. Po usunięciu zgłębnika chora czuła przez całą prawie dobę ból tępy, w prawej połowie brzucha, ciągnący się od pęcherza do nerki, miała przytém ciągły popęd do puszczenia moczu i gorączkowała.

Objawy te ostatnie w połączeniu z postrzeżeniami — zrobionemi za pomocą zgłębnika pokazały jak najjaśniej, że przetoka u chorój istniejąca wychodziła z prawego moczowodu, czyli innemi słowy, że była przetoką moczowodo-pochwową prawostronną.

To stwierdziwszy, szło mi o to, aby wiedzieć czy ten moczowód w części swój leżącej między przetoką a pęcherzem był otwarty.

Aby to pytanie rozstrzygnąć, wykonałem w trzech różnych z kolei po sobie następujących dniach, następujące trzy oddzielne kroki badawcze.

Najprzód wstrzyknąłem kilka uncyj mléka za pomocą odpowiedniej strzykawki przez cewkę moczową do pęcherza moczowego, aby zobaczyć czy mléko to wypłynie przez przetokę do pochwy; tymczasem ani kropla tego mléka w przetoce i pochwie się nie ukazała.

Daléj napelniłem maleńką strzykawkę, opatrzoną cienką, długą kanką, znowu mlékiem i, wprowadziwszy koniec tejże kanki przez pochwę, rozszerzoną wziernikiem trójramiennym, do otworu przetoki wstrzyknąłem część owego mléka w kanał przetoki, w celu, aby zobaczyć czy w skutek tego wstrzyknięcia jakaś część mléka przejdzie do pęcherza; gdy jednak zaraz potém mocz za pomocą kateteru z pęcherza wypuściłem, mocz ten był zupełnie przezroczysty i ani śladu przymieszanego mléka nie okazywał.

W końcu zrobiłem jeszcze następujące doświadczenie: zamknąłem zatokę w części prawej stropu pochwy znajdującą się, w której mieścił się otwór przetoki szwem krwawym, złożonym z trzech drutów srebrnych, nie obraniwszy jednak jéj brzegów, — szło mi bowiem nie o trwałe, lecz tylko o chwilowe zamknięcie jéj. Zamierzałem tym sposobem stanowczo się dowiedzieć, czy w skutek zamknięcia otworu pochwowego przetoki, mocz z moczowodu przejdzie do pęcherza, czy téż nastąpią jakie zjawiska, niemożliwość takowego przejścia do tegoż pęcherza udowadniające.

Rezultatem tego zaszcicia zatoki w mowie będącej było to, że chora wkrótce doznała mocnego bolesnego parcia w prawej połowie brzucha, została dotknięta dreszczami i gorączką i zaczęła nawet majaczyć. Po upływie niedługiego czasu jednak puścił jéj się nagle mocz znowu przez pochwę i od téj chwili wyżej wymienione przypadki naraz znowu ustały. Śledzenie choréj pokazało, że mocz, zebrawszy się w prawym moczowodzie w pewnej ilości, utorował sobie pomiędzy założonemi drutami drogę do pochwy.

Z trzech opisanych doświadczeń pierwsze względem istnienia lub nieistnienia zarosnięcia w końcu pęcherzowym moczowodu prawego, właściwie nic nie nauczało. Wiemy bowiem, że także i przy zupełnie prawidłowém zachowaniu się moczowodów dla ukośnego kierunku, w jakim te przewody przedziurawiają ścianę pęcherza, płyn zbierający się w tymże pęcherzu ztąd napowrót do moczowodów przejść nie podola. Ale za to udowadniało ono jak najjaśniej to, że chora wyłącznie tylko będącą w mowie przetoką moczowodo-pochwową dotknięta była — i obok téj już żadnych innych przetok moczowych, a zwłaszcza żadnej przetoki pęcherzo-pochwowej więcéj nie miała.

Drugie i trzecie doświadczenie zaś pokazywały, że koniec moczowodu przetoką w mowie będącą dotkniętego, był zarosnięty. Tak więc chora dotknięta była prawostronną przetoką moczowodo-pochwową powiklaną z zarostem końca pęcherzowego moczowodu do pochwy otwierającego się.

Reszta przyrzędu moczopłciowego nie przedstawiała nic nieprawidłowego, to wyjąwszy, że skóra części płciowych zewnętrznych wraz ze skórą przyległych części ciała w skutek ustawicznego wysączenia moczu z części rodnych była mocno wyprzałą.

Do wyleczenia chorój z dręczącego ją mimowolnego odchodu moczu nasuwały mi się dwie drogi, a mianowicie: utorowanie dla moczu przez moczowód prawy odchodzącego drogi sztucznej w kierunku od przetoki do pęcherza moczowego z następnym zaszcieniem otworu pochwowego przetoki, albo też utworzenie sztucznej przetoki pochwo-pęcherzowej z następnym krwawym zamknięciem pochwy poniżej tejże sztucznej przetoki.

Z dwóch tych dróg jednak pierwszą zaraz z góry zaniechałem, będąc od niej odstraszoną przez niepomyślny rezultat, jaki Simon od usiłowań swoich dotyczących wyleczenia przetoki moczowodo-pochwowej tą drogą otrzymał i niepozostawało mi przeto nic, jak uciec się do drugiej z tychże dwóch dróg, którą jak wiadomo, tenże sam Simon jako stosowniejszą <sup>1)</sup> zalecił. Gdy atoli operację tę chorój zaprojektowałem, nie chciała ona żadnym sposobem na nią przystać i wypisałem ją przeto w dniu 30 grudnia ze szpitala, na własne jej żądanie, w takim samym stanie, w jakim przybyła.

2. Katarzyna Z....., żona dorożkarza, lat wieku 35 licząca, silnie zbudowana, w dniu 14 sierpnia 1866 roku przybyła do szpitala, dotknięta niemożnością wstrzymywania moczu. Niemocy tej według jej opowiadania podległa w następstwie siódmego jej porodu, który miał miejsce w ostatnich dniach miesiąca czerwca tegoż roku i zakończony został w drodze wymoždzenia dziecięcia.

Chora mocz ustawicznie przez pochwę traciła, była jednak w możności części tej wydzieliny w pęcherzu wstrzymywać i dowolnie oddawać.

Śledząc ją, znalazłem w prawej części stropu pochwy w odległości około sześciu linii od części pochwowej macicy małe lejkowate zagłębienie, w którego głębi znajdował się maleńki otworek, równający się co do wielkości główce zwykajnego zgłębnika chirurgicznego. Z tego zagłębienia wysączał się mocz w małej wprawdzie tylko ilości, ale ustawicznie.

Zgłębnik w ten otworek wprowadzony, wdrażał weń z pewną łatwością do głębokości dwóch cali przeszło, w kierunku ku tyłowi i nieco na zewnątrz. Chcąc wiedzieć czy wydrążenie, w które zgłębnik wprowadziłem, połączone było z jamą pęcherza wstrzyknąłem do pęcherza mléka ale to ostatnie do kanału pochwy nie przechodziło.

Z tego wszystkiego wynikało: r a z, że m o c z o w ó d p r a w y za pośrednictwem wyżej opisanego otworku w prawej części stropu pochwy istniejącego łączył się z kanałem pochwy, a p o w t ó r e, że tenże moczowód prawy po za miejscem w którym znajdowała się przetoka łącząca go z pochwą, czyli w końcu swoim pęcherzowym był zarośnięty.

Z powodu takowego kalectwa wszelki mocz wyprowadzany przez m o c z o w ó d p r a w y odchodził chorój przez pochwę, kiedy tymczasem moczowód lewy

---

<sup>1)</sup> Ueber die Harnleiter.—Scheidenfistel nebst einigen Bemerkungen über die Blasen-Harnleiten-Scheidenfistel und die Harnleiter-Gebärmutterfistel. Von Dr. G. Simon in Darmstadt. W dziele: „Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie, herausgegeben von F. W. von Scanzoni, 4 Band., Würzburg, 1860. 8vo str. (1—23), 19—20.

był zdrowy i mocz przez nerkę mu odpowiednią wydzielany należycie doprowadzał do pęcherza, który go znowuż należycie przez cewkę moczową na zewnątrz wypróżniał.

By chorą od jój niemożności wstrzymywania moczu uwolnić, wypadło zrobić jój sztucznie przetokę pochwo-pęcherzową i następnie pochwę poniżej tejże przetoki zaszyć. Chora jednak, skoro jój tę operację zaprojektowałem, zgodzić się na nią nie chciała; wypisałem ją przeto nazajutrz po przybyciu jój do szpitala, z liczby chorych, w tymże samym stanie, w którym przybyła.

### Tłuszczak wrodzony kostniejący okolicy pośladkowej (*lipoma petrificum*).

Postrzeżenie Dra J. Minkiewicza (z Tyflisu).

W listopadzie roku 1866, zgłosiła się do mnie wieśniaczka H. K..., z Białego klucza, prosząc o pomoc chirurgiczną. Przyjąłem ją do miejskiego szpitala w Tyflisie (Nr. 445) i przy badaniu znalazłem: dziewczę 15-letnie, włosów blond, mocno zbudowane, dobrze odżywione, pochodzące z rodziców zupełnie zdrowych — przedstawiające na wewnątrzno-dolnej części okolicy pośladkowej prawej guz okrągły, w części przesuwalny ku okolicy ogonowej lewej. Granice guza: linia górno-wewnętrzna poczynała się od kości ogonowej, szła rowkiem pośladki od siebie dzielącym, następnie, prawie na wysokości wcięcia kulszowego wielkiego (*incisura ischiadica major*) kierowała się na zewnątrz do krętarza wielkiego i niedoszedłszy na 3 palce poprzeczne do niego spuszczała się na dół kończąc się na 2 palce nad fałdą pod-pośladkową (*plica sub-ischiadica, sulcus infra nates*). Brzeg dolno-wewnętrzny był od odbytu odległy na  $2\frac{1}{2}$ —3 palców poprzecznych. Guz objętości główki rocznego dziecka zwieszał się ku dołowi. Ciepłota skóry nie zmieniona, barwa jój wszędzie prawidłowa, na wierzchołku tylko guza lekko fioletowa. Skóra wszędzie łatwo się składała w fałdy, wyjąwszy wierzchołka guza, gdzie był otwór, sączący ciecz surowiczo-brudną, do koła którego skóra była przyrośnięta do głębszych części. Guz wszędzie jednostajnie miękki, elastyczny, gładki, niebolesny, mało ruchomy.

Przez otwór na wierzchołku się znajdujący, wprowadzony zgłębnik wykrył dość znaczną jamę pod skórą powierzchownie leżącą; w pobliżu tego otworu i na wewnątrz od niego dostrzegliśmy niewielką bliznę równą, podłużną, w skutek rany ciętej powstałą. Sam guz, chorój nie niepokoił, chodzić z nim bowiem bardzo dobrze mogła; obawa jednak aby po zamaż-pójściu nie stał się przyczyną jakiego nieszczęścia zmusiła chorą do szukania pomocy chirurgicznej. We wszystkich innych narzędziach nic chorobowego nie wykryłem.

Matka chorój powiedziała mi, że zaraz po urodzeniu córki zauważała w pobliżu jój otworu stolcowego nie wielki guzik, który powoli, ale ciągle się powiększał. Przed kilka laty w pobliżu kości ogonowej na guzie dawnym wyrósł guz nowy wielkości jajka gołębiego, przeszkadzający chorój leżeć na grzbiecie, który został przecięty przez cyrulika — w grudniu roku 1865; przyczém wydalona massa była

podobna do kaszy (*meliceris?*). Rana się zagoiła zostawiwszy po sobie bliznę, wyżej opisaną. Co do powstania otworu i jamy na wierzchołku, to chora podała, że od leżenia na grzbiecie, na miejscu najbardziej wystającym guza, a więc najbardziej naciskanem, utworzył się stopniowo guz także niebolesny — który pękł sam przez się otwierając drogę dla cieczy surowiczéj, mętnéj, aż do dnia operacyi sączącéj się.

Chorobę rozpoznałem jako tłuszczak wrodzony, opisany przez autorów jako *Schwanzbildung, Lipomatöse Anhangsel.*

Dnia 24 listopada, o godzinie 11 z rana po zachloroformowaniu choréj, zrobiłem cięcie krzyżowe skóry, a po odseparowaniu jéj — sam tłuszczak wycinałem kawałkami; warstwy zewnętrzne były miększe, głębsze zaś twardsze, jako zawierające więcéj tkanki łącznéj. Nareszcie w głębi guza napotkałem masę kostną, na szypule chrząstkowatéj siedzącą, której punktem wyjścia była powierzchnia boczna kości krzyżowéj, w pobliżu połączenia z kością ogonową. Massa tłuszczowa znajdowała się tak głęboko w miednicy — iż nie byłem w stanie jéj dosięgnąć i dlatego część jéj pozostawiłem. Zwykle podobne tłuszczaki poczynające się w głębi miednicy, we wcięciu kulszowém, sięgają daleko i nie są otorbione. Nie miałem potrzeby podwiązania ani jednego naczynia w czasie operacyi. Rany skóry połączyłem szwami metalicznymi, i zastosowałem opatrunek zwyczajny, naciskający; do wewnątrz przepisałem w tym dniu dwa proszki *extr. opii*, po  $\frac{1}{4}$  grana. Wieczorem tętno cokolwiek przyspieszone, chora spała, słaby krwotok w ranie.

Dnia 25, sen przerywany, tętno 125, stolca nie oddawała, mocz zaś swobodnie odpływał. Przepisałem: *Rp. Acidi muriat. gtt. xxv— $\bar{3}$  vj* wody, za napój. Co trzy godziny po  $\frac{1}{4}$  gr. makowca. Wieczorem tętno 120. Dnia 26, chora zupełnie nie spała, rana bardzo bolesna, lekki krwotok, tętno 100, 2 wypróżnienia stolcowe. Dnia 27, tętno 100, rana bolesna. Od tego dnia stan gorączkowy stopniowo się zmniejszał. Rana powolnie się oczyszczała i zablizniała. Dnia 15 grudnia chora się skarżyła na ból w lewéj łydce, która obrzmiała; a dnia 17 obrzmiały jéj gruczoły pachwinowe; wszystko to trwało zaledwo dni kilka i przy użyciu nacierań wyskokowych i ciepłych okładań znikło.

W styczniu pod jednym płatem powstała zatoka ropiasta, którą rozciąłem w dniu 8 t. m. Na usilne nalegania choréj i ciężarnéj jéj matki wypuściłem chorą z raną wielkości rubla, która się zablizniła w domu choréj pod opieką kolegi Dom ań s k i e g o.

Przy operacyi przekonałem się, że miałem do czynienia z tłuszczakiem wielozrąkowym (*lip. multi-lobulare*); warstwy głębsze jego bardziéj obfitowały w tkankę łączną i naczynia, niż powierzchowne, ztąd głębsza część była zbitszą, twardszą. W głębi guza wśród masy tłuszczowéj znalazłem — jakem to wyżej powiedział, masę kostną, połączoną z kośćmi za pomocą substancyi chrzęstnéj. Owa masa kostna pomimo swojej nieforemności najwięcéj przypominała tylny łuk podpieracza (atlas). Na powierzchni wewnętrznej, obróconéj do wnętrza miednicy była poprzeczna beleczka, łącząca dwa punkta najwięcéj wystające. Tym sposobem powstał mały otworek. Do jednego wewnętrznego końca masy

przyczepiała się chrząstka. Sama kość była pokryta tkanką łączną. Największa jej długość wynosiła 3 cent., 4 mill., wysokość 2 cent.; wysuszona kość ważyła jeden skrupuł. Na przekroju kość była wewnątrz próżna.

Mikroskopijne badanie wykryło: a) że błona pokrywająca masę kostną i chrząstkowatą była złożona z dużych pęczków tkanki łącznej, najrozmaiciiej splecionych, zawierającej dużo włókienek elastycznych cienkich. Między temi wiązkami — leżały miejscami grupy komórek tłuszczowych i naczynia krwiste. W warstwie bezpośrednio pokrywającej masę kostną były rozsypane ciała ciemne, które za dodaniem kwasu solnego rozcieńczonego — nikły, wydalając kwas węglany. b) Sama masa kostna składała się z tkanki łącznej, zawierającej pręgi ciemne, równoległe, które również za dodaniem kwasu solnego rozcieńczonego znikaly wydzielając kwas węglany. Poczem pozostawało podścielisko złożone z tkanki łącznej, której włókna były daleko mniej wyraźne. c) Tkanka, łącząca masę kostną z kością ogonową — była to istna tkanka chrzęstna.

Skostnienie tłuszczaków, szczególnie rozlanych, jakim był po części i nasz, należy do dość rzadkich zjawisk. Osobiście, w ciągu przeszło dwudziesto-letniej praktyki chirurgicznej po raz pierwszy napotkałem podobny przypadek <sup>1)</sup>.

Co do obecności rozciętego i zagojonego *meliceris*? i owiej jamy pod skórą, o której wspomnieliśmy powyżej, to dla niedokładnego opowiadania chorój trudno stanowczo coś wyrzec. Znane są jednakże przypadki, gdzie rzeczywiście w skórze pokrywającej tłuszczak rozwijały się torbiele. Mogło więc to być i w naszym przypadku. Mogło się jednakże zdarzyć, że od leżenia na grzbiecie — od naciskania części najwięcej wystającej guza, ten ostatni zmiękł i część najwięcej wystająca po rozcięciu zagoiła się. Druga zaś część rozmięczona, sama się otworzyła, sformowała ową jamę i otwór prowadzący do niej. Virchow np. mówi, że podobne rozmięknienia łatwo mogą przyczynić się do pomyłki i nieodróżnienia ich od innych guzów torbielowatych, szczególnie łatwo można nie odróżnić od *meliceris*, torbieli skórzastych (*Dermoid Kystom* <sup>2)</sup>).

Nasz przypadek należy do rzadkich. Wilhelm Braune <sup>3)</sup> w swojej monografii podał do wiadomości o czterech podobnych wrodzonych tłuszczakach, znanych w nauce. Trzy razy spostrzegał go prof. Langenbeck, raz prof. Middendorpf. Oprócz piątego naszego przypadku, znany mi jest jeszcze 6 operowany przez Dra Kozłowskiego w szpitalu Ardońskim na Kaukazie, gdzie operujący, jakto podaje w swoim sprawozdaniu, również nie był w stanie dojść do granicy wewnętrznej guza (*lip. diffusum*) — która sięgała swoją szypułką do miednicy przez *foramen ischiadicum*. I ten ostatni przypadek był także spostrzegany u kobiety, ale skostnienia tam nie było.

---

<sup>1)</sup> Prof. Brodowski spostrzegł skostnienie w tłuszczaku rozlanym wnęki nerkowej (*lip. diffusum ossificum hyli renis*). „Rys anatom. patolog.,” str. 271.

<sup>2)</sup> Die Krankhaften Geschw. F. 1, str. 395.

<sup>3)</sup> Arch. f. Klinische chir. T. V. Bericht über die Leistungen, str. 298—308. W. Braune. Doppelbildungen u. angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegend, 1862.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### O złamaniach postrzałowych w stawach i ich leczeniu.

Przez B. Langenbeck'a.

Do ciężkich obrażeń należą rany postrzałowe stawów.

Okolo środka XVI-go wieku uważano rany postrzałowe stawów za bezwzględnie śmiertelne i Ambr. P a r é, ojciec francuzkiej chirurgii wojskowej, rokował śmierć królowi Nawarry dlatego, że przy oblężeniu Rouen 1562 r. w główkę k. ramieniowej postrzał otrzymał. Lecz już J. H e n n e n, jeden ze znakomitych chirurgów wojskowych angielskich, nie radzi żadnego zdruzgotanego stawu amputować na polu bitwy. W 50 lat po H e n n e n i e, zasada ta znacznie zachwianą została.

W najnowszych czasach leczenie ran postrzałowych stało się bardzo skomplikowanym, trudnym i włożyło na lekarza obowiązki, jakich dawniejsza chirurgia nie znała.

Przy złamaniach postrzałowych w stawach 3 metody leczenia mogą być stosowane: leczenie zachowawcze lub wyczekujące, wypiłowanie (*resectio*) zdruzgotanych części stawu i odjęcie kończyny (*amputatio*). Już na miejscu głównego opatrunku potrzeba zdecydować, która z tych 3ch metod w danym wypadku ma być stosowaną.

Gdy uznamy za właściwe zachować zdruzgotany staw, to trzeba go natychmiast za pomocą stosownych opatrunków unieruchomić. Bez tego każdy, choćby najkrótszy transport rannego często niweczy późniejsze usiłowania chirurga. Wstrząśnienia bowiem, wskutek przenoszenia wywołane, powodują wejście powietrza do próżni stawu, krwotoki i drażnienie tkanek przez odłamki kostne; wskutek tego występuje szybko wysięk, rozkład zgnily a nawet posocznica (*septicaemia*). Doświadczenia z ostatnich wojen wykazały, że przy zupełnym unieruchomieniu chorób kończyny przed każdym transportem, złamania postrzałowe kości w stawach leczą się jak proste złamania bez obrażenia zewnętrznego.

Gdy widzimy wskazania do odjęcia członka, wówczas, jeżeli można, odjęcie to powinno być dokonane przed upływem 12—24 godzin; przedsięwzięte zaś w okresie nasięku (*infiltratio*) i reakcyi zapalnej tkanek tak zwane odjęcie pośrednie (*amputatio intermediaire*), jak i odjęcie następcze (*secundaire*) w okresie ropienia, dostarczają wielki procent śmiertelności.

Mniej stanowczo twierdzi autor o czasie, właściwym do wypiłowania (*resectio*).

Na początku 1848 roku podczas pierwszej wojny szlezwickiej, wypiłowań stawów chirurgia wojenna nie znała; panował przeciwko nim nie mały przesąd i łatwo pojąć, dla czego i L a n g e n b e c k robił wypiłowania stawów, dopiero wtedy, gdy obfite ropienie podkopywało już życie rannego. Sześć wypiłowań główki k. ramieniowej i 3 stawu łokciowego dokonane przez niego w okresie ropienia, wszystkie miały szczęśliwy przebieg; ztąd oświadczył się za robieniem wypiłowań następczych (*resectio secundaria*). Lecz z jednej strony liczba tych przypadków jest za mała do wyrzeczenia stanowczego zdania, tembardziej, że towarzyszyły im bardzo sprzyjające warunki szpitalne w Szlezwigu; z drugiej znów strony S t r o m e y e r i E s m a r c h, robiąc podczas obu następnych wojen szlezwickich 1849, 1850 r., wypiłowania pierwotne (*resectio primaria*), wyrzekli pochlebne zdanie o téj ostatniej operacyi. W obu ostatnich wojnach w roku 1864 i 1866 robiono znów przedewszystkiem wypiłowania następcze.

Statystyka wypiłowań stawów nie przedstawia dotąd żadnego zasadniczego punktu dla rozwiązania tego pytania. Obecnie L. jest tego zdania, że przy złamaniach postrzałowych stawów: barkowego, łokciowego i stopy można przedsiębrać wypiłowania następcze, przy znacznych zaś zmiżdżeniach tychże stawów i złamaniu postrzałowym główki k. udowej, a w części i w st. kolanowym, wskazanem jest wczesne wypiłowanie.

Lecz także i sama technika téj operacyi zasługuje na uwzględnienie. Obecnie radzą tylko wykonywać wypiłowania podkostne t. j. otaczające staw, mięśnie i ścięgna



nie przecinać, jak to się dzisiaj jeszcze nieraz zdarza, lecz je w związku z włóknistymi otoczkami stawu i okostną utrzymać. W tym celu należy wniknąć do stawu przez proste cięcie podłużne, który to kierunek cięcia przyjęliśmy dla wszystkich stawów. Wypilowania podokostne tę korzyść przedstawiają, że mniej ranią i czynią możliwem przywrócenie najzupełniejsze ruchów stawu.

Wybór jednej z 3ch owych metod leczenia jest również różny, stosownie do rozmaitych stawów.

Rany postrzałowe stawu barkowego wymagają we wszystkich przypadkach wypilowania, gdzie tylko rana draży do stawu. Operacja ta jest mniej niebezpieczną jak wyluszczenie (*exarticulatio*) w st. barkowym, lub leczenie wyczekujące, bo przy niem mamy możność utrzymania członka przy zupełnem jego użyciu. W ostatniej wojnie prusko-austriackiej w Czechach, granice tego wypilowania jeszcze dalej postawiono, gdyż w 3ch przypadkach zdruzgotania st. barkowego z rozerwaniem przez granat pokrywających części miękkich, członki zachowane zostały z przywróceniem im wszelkich możliwych ruchów. Rany podobne według dotychczasowego poglądu wymagałyby natychmiastowego odjęcia kończyny w stawie barkowym.

Rany postrzałowe st. łokciowego wymagają tegoż samego leczenia co i staw barkowy; w rzadkich bardzo razach zmuszeni jesteśmy do niebezpiecznego odjęcia ramienia. Przy znacznem zmiażdżeniu stawu, jakie sprowadzają dzisiejsze postrzały, oddalenie bardzo wielkiej części stawu, może się okazać niezbędnem. Sądono dawniej, że wydalenie stawu większe nad 3 cale nie powinno być przedsiębrane, a tylko w miejsce niego amputacja; tymczasem w obu ostatnich wojnach wydalano 5—6 cali stawu łokciowego, a jednak w większej liczbie wypadków tworzył się staw zawiasowy, nawet wtedy, gdy okostna zachowana nie była; w innych znów wypadkach udało się autorowi przez stosowne przyrządy (*stützende Maschinen*) wynagrodzić niedostateczną moc stawu i przywrócić tym sposobem zupełne używanie kończyny.

Wcale inaczej się rzeczy mają z ranami postrzałowemi obu wielkich stawów kończyny dolnej.

Obfitość cz. miękkich otaczających st. biodrowy stoi na przeszkodzie nie tylko rozpoznaniu pewnemu lecz i zachowawczemu leczeniu przy jego ranieniu. O złamaniach postrzałowych tego stawu można jeszcze i teraz to powiedzieć, co Ambr. P a r é powiedział o złamaniach główki k. ramieniowej, t. j. że one są prawie bezwzględnie obrażeniami śmiertelnymi.

W większej liczbie przypadków rany st. biodrowego same sobie zostawione, prowadzą już w pierwszych dniach do posocznicy (*septicaemia*). Dla tego to L a r r e y z wielkiego materiału podczas wojny napoleońskiej żadnego nam wypadku poranienia tego stawu nie podał, i dlatego także dawne wojenno-chirurgiczne dzieła albo wcale o ranach podobnych nie wspominają, albo zawierają wypadki z śmiertelnym ich przebiegiem. B a u d e n s z wojny w Algeryi również podaje, że żadnego wyleczenia ze złamania postrzałowego główki k. udowej nie widział. W pierwszej wojnie szlezwickiej 1848 r., z 6 rannych tego rodzaju 1 tylko pozostał przy życiu po odjęciu w stawie biodrowym; w dwóch następnych 1849 i 1850 roku wojnach, 5ciu rannych w główkę k. udowej umarło (S t r o m e y e r, E s m a r c h, H a r a l d S c h w a r z), a ostatnia wojna szlezwicka 1864 r. dostarczyła jedno wyleczenie obrażenia st. biodrowego. Nakoniec podczas wojny prusko-austriackiej 1866 r. wypilowanie główki k. udowej zachowało życie jednemu rannemu.

Czy w ostatniej wojnie amerykańskiej było wyleczenie złamania postrzałowego główki k. udowej bez operacji, trudno na pewno dzisiaj wypowiedzieć; wiemy tylko tyle, że z 146 wypadków będących w szpitalach Stanów Zjednoczonych, od września do grudnia 1862 roku na 1 stycznia 1863 roku już około 56 umarło <sup>1)</sup>. W sprawozdaniu z 1865 r. <sup>2)</sup>, znajdu-

<sup>1)</sup> Consolidated Statement of Gunshot wounds, Circular Nr. 9, Washington 1863 r. 8. pag. 4.

<sup>2)</sup> Circular Nr. 6, Novbr. 1865 r. 4. p. 31.

jemy 68 złamań postrzałowych w st. biodrowym pewniej stwierdzonych, które leczone zachowawczo wszystkie były śmiertelne. W ostatniem sprawozdaniu <sup>1)</sup> są zamieszczone wypadki złamań główki k. udowej na zewnątrz torebki stawowej, rozszczepienia brzegów panewki i zwichnienia dobrowolne główki, żadnego jednak złamania postrzałowego główki k. udowej na znacznej jej rozległości, nie ma.

Tak odjęcie w stawie biodrowym jak i wypiłowanie główki k. udowej dostarczyły do dzisiaj tak smutnych rezultatów, że łatwo pojąć dla czego w ostatniej wojnie, obie te operacye tylko wyjątkowo przedsiębrano.

Z pomiędzy 161 odjęć w st. biodrowym, dokonanych z powodu ran postrzałowych tegoż, które od roku 1793—1864 są znane, znajdujemy 141 śmierci, 16 pewniej stwierdzonych wyleczeń, 3 wątpliwe przypadki. Z wojny amerykańskiej mamy 105 odjęć w st. biodrowym, z których 14 wyzdrowień, 88 śmierci, 3 wątpliwe.

Nie o wiele jest lepszą do dziś dnia statystyka wypiłowań stawu biodrowego. Z 12 operacyj tego rodzaju, które do roku 1855 były z powodu ran postrzałowych dokonane, jeden tylko operowany przez O'Leary podczas krymskiej wojny wyzdrowiał. Z 31 wypiłowań st. biodrowego podczas wojny amerykańskiej, znajdują się tylko 3 pewniej stwierdzone wyleczenia. Nakoniec z 4 wypiłowań, które w Czechach 1866 r. i po potyczce pod Langensalza (Stromeyer) zrobiono, jeden przypadek operowany przez Schönborn'a wyleczono z zupełną możliwością używania kończyny.

Z 49 wypiłowań stawu biodrowego znanych od r. 1829 i dokonanych z powodu ran postrzałowych, zostało więc tylko 5 wyleczonych.

Nie chce L. wykluczać ran st. biodrowego od wyczekującego leczenia, owszem przeciwnie spodziewa się, że ono coraz więcej zyska uznania, protestuje on energicznie również przeciwko temu, że na podstawie dzisiejszej statystyki, wyluszczenie i wypiłowanie stawu biodrowego chciano wyłączyć z dziedziny chirurgii.

W Ameryce szczególniej, panuje przekonanie pomiędzy lekarzami, że natychmiastowe odjęcia w st. biodrowym należy odrzucić, a tylko wtórne i zupełnie opóźnione mogą być chociaż rzadko wykonywane. Bezpośredni wycieńczający wpływ téj operacyi, uważanym jest za nieunikniony, któremu każdy prawie operowany ulega. Rzeczywiście z 42 amerykańskich operowanych, 21 uległo śmierci przez bezpośrednie wycieńczenie.

Z 11 operowanych przez L., tak w wojnie jak i pokoju przed odkryciem środków znieczulających jak i przy ich zastosowaniu, nie było ani jednej śmierci przez bezpośrednie wyczerpanie sił ale z chloroformu (amerykańska statystyka niewątpliwie przedstawia 2 przypadki śmierci z chloroformu), albo z silnej utraty krwi.

Pomiędzy wielkimi odejmowaniami, wyluszczenie ze st. biodrowego pozwala się wykonać jak najszybciej według zasad i z małą utratą krwi, a każdy chirurg jest w stanie nabyć potrzebną do tego biegłość.

Z 11 wyluszczeń jakie L. wykonał, 3 w praktyce prywatnej, z których 2 wyzdrowienia, a 8 z powodu ran postrzałowych, z tych żyje jeden. Lepszy więc jest rezultat gdy z powodu organicznej choroby wyluszczenie jest przedsiębrane aniżeli z postrzału. Taki wniosek jest niesłuszny. Z 8in ze złamaniami postrzałowemi, 1 operowany umarł w 4 tygodnie na niezależną od operacyi chorobę, 1 wskutek znacznego krwotoku; oba były wtórnymi wyluszczeniami; 25 pozostałych przypadków, 3 były wyluszczeniami pośrednimi (*intermediaire*) jako ultimum remedium, z których w jednym spotkano już dreszcze zwiastujące ropnicę.

Rany więc postrzałowe stawu biodrowego wymagają w przyszłości ścisłych poszukiwań.

<sup>1)</sup> Circular Nr. 7, Washington 4. p. 74, 75.

Gdy mamy oprócz rany stawu biodrowego rozległe zmiżdżenie kości miednicy, wtedy podtrzymanie życia choremu jest szczególnym zadaniem lekarza. Niektóre z obrażeń st. biodrowego wymagają wczesnego wyluszczenia uda. Operacya ta we właściwym czasie i z przecznością przedsięwzięta, daje najmniej tak dobre rezultata, jak wysoka amputacya uda. Tę ostatnią uważa L. nawet za niebezpieczniejszą, bo wykonanie jęj wymaga dłuższego czasu i większej utraty krwi jak przy wyluszczeniu. Z 4ch wysokich amputacyj uda (tuż pod krętarzem wielkim) które L. wykonał z powodu postrzału, były 3 śmiertelne.

W i l l i a m G r o s s z wojny amerykańskiej podaje 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności przy wyluszczeniu w stawie biodrowym, H o f f zaś przy wysokiej amputacyi uda w tęjże wojnie podaje 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności.

Te z ran postrzałowych st. biodrowego, które nie są skomplikowane rozległymi zmiżdżeniami części miękkich, kwalifikują się według zdania autora do natychmiastowego wypilowania. Ale gdy czas sprzyjający tęj operacyi już minął, wtedy oczekiwać trzeba ropienia, i wypilować po upływie dni 14. Jeżeli wypilowanie główki k. udowej wykonane było według zasad anatomicznych, wtedy rana jest mała, co zasługuje na największą uwagę.

Dawniej używał L. sposobu podanego przez A n t. W i g h t'a, teraz zaś następującego: chory leży na udzie zdrowym i boku odpowiednim, udo chore zgięte pod kątem 45<sup>0</sup>; prowadzi się cięcie proste od środka krętarza w kierunku osi uda na 5'' długie i nieco ku tyłowi, poczem przedłuża się je aż do kolca biodrowego górnego tylnego; rozsunawszy brzegi cięcia, zachowując związek m.m. pośladowych z powięzią udową i okostną, wnika się przez dno cięcia do torebki stawowej, którą również podłużnie rozciąć należy. Torebkę i mięśnie do tylnęj i przednięj powierzchni krętarza przylegające oddziela L. z okostną, robi ruch ksobny (*adductio*) udem, wprowadza nóż prosty i wązki od zewnątrz i tyłu do stawu, przecina wiąz okrągły (*lig. teres*) i główka staje się wolną; unikając oddzielenia okostnej od reszty krętarza przepilowuje teraz szyjkę za pomocą piłki nożykowej (*stielsäge*). Metoda ta najmniej rani, i daje swobodny odpływ ropy.

Wielka liczba obrażeń st. biodrowego wymaga zachowawczego lub wyczekującego leczenia; wtedy trzeba natychmiast unieruchomić w wielkich przyrządach B o n n e t'a, sięgających aż do pachy, dać wewnątrz żelazo i zrobić nacięcia wczesnie, aby uprzeczyć i zmniejszyć zgubne nacieczenia części miękkich; odłamki zaś kostne wyjąć należy.

Którakolwiek z metod tych przedsięwziętą zostanie, w każdym razie pamiętać należy, aby rannego w st. biodrowym nie wystawiać na długie transporta.

Nierównie lepszy jest rezultat przy ranach postrzałowych s t a w u k o l a n o w e g o. Łatwy dostęp i cienkość części miękkich otaczających pozwalają dobrze rozpoznać obrażenie i unieruchomić, warunki tak potrzebne zachowawczęj chirurgii, która tu najpiękniejsze wydaje rezultata.

Rany tego stawu uważają do dziś dnia za tak niebezpieczne, że wyleczenie tychże zowią nieprzewidzianym wypadkiem. L a r r e y żąda tu natychmiastowęj amputacyi uda, G u t h r i e nie widział wyleczenia ze złamania postrzałowego w tym stawie. Wszystkie rany postrzałowe drążące do stawu kolanowego nadwerężające końce stawowe kości, wymagały natychmiastowęj amputacyi uda (E s m a r c h), a odwłoka amputacyi dozwoloną była tylko przy prostych obrażeniach postrzałowych torebki lub kości na zewnątrz tęj ostatnięj (S t r o m e y e r). Amerykańscy chirurdzy również oświadczyli się za wczesną amputacyą powyżęj kłykców udowych (E. A n d r e w s), bo robiąc tę operacyę mieli 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności, lecząc zaś zachowawczo 68<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności. Tęgoż zdania jest i S t r o m e y e r według swych spostrzeżeń po potyczce przy Langensalza; zapewnia on, że żadnego wyleczenia obrazonego stawu nie widział.

Świeża rana postrzałowa st. kolanowego przedstawia bardzo mało wydatne objawy; chory nie zgadza się na wczesną amputacyę, a przystaje na następczą, która znów złych rezultatów dostarcza. Wypilowanie zaś stawu w tych razach jest jeszcze mniej pomyślnym,

i wątpi autor, czy znajdzie kiedy podczas wojny obszerne zastosowanie. To spowodowało, że większą liczbę przypadków poddano zachowawczemu leczeniu. Znajdował się w klinice królewskiej ranny, któremu strzał szrótowy oba kłykcie lewego uda od siebie oddzielił, oraz rzepekę i dolny koniec uda zdruzgotał, a jednak po wydaleniu licznych odłamków kostnych nastąpiło wyleczenie ze znaczném skróceniem kończyny. Podobnych przypadków w literaturze możnaby jeszcze szereg wykazać; lekarz więc nigdy nie powinien wątpić o życiu chorego, chociaż ten amputacyi odmówi.

Przy złamaniach postrzałowych st. kolanowego bez znacznych pęknięć, zachowawcze leczenie może wydać jak najlepsze rezultata. W 1867 roku do kliniki przyjęto 2 świeżo po zranieniu wypadki postrzałowe tego stawu, oba wyleczone z pewnym ruchem w stawie. Ztąd niesłusznie czynią zarzut lekarzom, czynnym po krwawej utarczce w Czechach, że za bardzo daleko zaszli w usiłowaniach o utrzymanie postrzelonych członków; piękne rezultata z téj metody leczenia osiągnięte stanowczo zarzut ten odpierają, z 18stu bowiem złamań postrzałowych st. kolanowego, 14 wyleczono. W 4ch śmiertelnych przypadkach, 1 umarł z błonicy (*angina diphtheritica*), 1 z powodu posocznicy, a 2 u których zrobiono późno wypilowanie st. kolanowego, na ropnicę.

Natychmiastowej amputacyi, albo jeśli ta jest odmówioną, wypilowania wymagają te wypadki, przy których końce stawowe są zdruzgotane na liczne kawałki, części miękkie na znacznej przestrzeni poszarpane, lub téż, gdzie znaczne krwotoki z tętnicy lub żyły podkolanowej mają miejsce. Wszystkie inne wymagają leczenia wyczekującego.

S t r o m e y e r sądzi, że w wielu razach bywają mniemane rany postrzałowe stawu kolan. tylko raną obwodową, lecz tego w przypadkach L. nie było, zresztą według L a r r e y'a są to nadzwyczaj rzadkie wypadki. Gdy mamy otwory ze stron wprost sobie przeciwnych, to trudno przypuścić obieg kuli na około stawu, bo kątownate wyrostki kłykciów i brzegi rzepek tego nie dopuszczają. A bywały przypadki, że niewątpliwie drażąca rana do stawu, po wyleczeniu uważaną była za obwodową. Brak wypływu mazi (*synovia*) nie jest dostatecznym dowodem, bo otwory mogą być zatkałe strzępami i skrzepami krwi, ztąd przy ropieniu wskutek rozklejenia otworów i maź ukazać się może. Uważam za niemożliwe, ażeby kula przestrzeliwszy st. kolanowy od przodu ku tyłowi nie nadwreżyła kości; zawsze bowiem powstaje przynajmniej mniej lub więcej głęboka rynienka na kłykciach, którą w 2ch wyleczonych przypadkach wyczuć mogłem.

Gdy zamierzamy leczyć ranę st. kolanowego zachowawczo, nie należy śledzić jej ani sondą ani palcem, ani wywierać nacisku, wykonywać ruchów żwawych kończyną w czasie okresu reakcyi. W przeciwnym razie, świeże zaklejenia które zamykają jamę stawową od kanału postrzałowego, mogą być wskutek téj manipulacyi rozerwane, a skutkiem bezpośrednim tego będzie ostre zapalenie stawu zwykle septyczne, prowadzące do amputacyi i śmierci.

W większej liczbie przypadków może lekarz wnioskować o ranie stawu z kierunku kanału postrzałowego; o zmiążdżeniu zaś końców stawowych przez dotykanie i ze zmienionego kształtu; a chociażby błąd popełnił i przyjął obrażenie stawu, to ztąd żadna szkoda dla chorego nie wyniknie.

Należy zatém zraniony st. kolanowy u n i e r u c h o m i ć od chwili zranienia aż do zupełnego wyleczenia, co już L a r r e y wyraźnie sformułował. Spokój stawu osiąga się najzupełniej przez natychmiastowe nałożenie opatrunku gipsowego, którego żadne inne nie zastąpią. Przed nałożeniem opatrunku, należy końce stawowe jak najdokładniej sprowadzić na właściwe miejsca, i zasłonić wyniosłości kostne od ucisku za pomocą bandaża flanelowego lub waty. Tak może być ranny przewieziony na właściwe miejsce, unikając wycięcia okienek przed ukończeniem transportu, a tylko oznaczamy miejsca w których mają być wycięte. Transport dobrze jest odbywać koleją żelazną i przewozić takich rannych do miejsc odległych od pola bitwy aby ich nie wystawiać na wyziewy z przepełnienia szpitali i z pola bitwy.

W pierwszych dwóch dniach zaleca się okłady lodowe na przyrząd gipsowy, a to w celu zatamowania i zabezpieczenia od krwotoków. W ostatniej wojnie unikano długiego stosowania tak znacznego zimna, bo ono wcale nie przynosiło korzyści w 1864 roku, a L. stosuje pęcherze z lodem tylko w celu uśmierzania bólu i krwotoków włosowatych, z wyborynym skutkiem. Długo stosowany lód nie tylko nie zapobiega sposoczeniu wylewów krwawych i wydzieliny rany, ale zaciska naczynia tak potrzebne do odżywiania. Po upływie 3—4 dni zmienia się opatrunek z szarpi zmaczanéj w roztworze nadmanganianu potażu (*kali hypermanganicum*), kw. karbolowym lub chlorku wapnia, a w miejsce niego kładzie autor szarpię okienkowatą.

Gdy się rozwinie zapalenie, należy zastosować miejscowe upusty tak często, jak tego okaże się potrzeba. Jeżeli to będzie zapalenie ropne, co zwykle ma miejsce, wtenczas potrzeba zrobić małe przeciw-otwory, aby wydzielinie dać swobodny odpływ; szerokie cięcia (*Petit*) nie przynoszą pożytku.

O ile wiadomo następujące wypiłowania st. kolanowego z powodu ran postrzałowych były przedsiębrane :

przed rokiem 1864 . . . . .	7,	wyleczeń 2,	śmierci 5,
podczas wojny szlezwickiej 1864 r. . . . .	4,	„ 1,	„ 3,
podczas wojny amerykańskiej . . . . .	11,	„ 2,	„ 9,
podczas wojny austriacko-pruskiej . . . . .	2,	„ —,	„ 2.
<b>R a z e m . . . . .</b>	<b>24,</b>	<b>wyleczeń 5,</b>	<b>śmierci 19.</b>

Czy wypiłowanie stawu kolanowego i amputacja uda w takich wypadkach kwalifikują się do wyrzucenia z dziedziny chirurgii wojennej — przyszłość i doświadczenie pokaże, gdyż warunki, w jakich wszystkie dotąd były robione, były najniekorzystniejsze. Autor sądzi, że wczesne wypiłowania pomienionego stawu pomysłniej wypadną, co byłoby o tyle korzystniejszém, że i późne amputacje uda nie lepsze okazują wyniki. Z 1664 amputacyj uda dokonanych podczas krymskiej wojny, 1541 umarło (92 0/0 śmiertelności); z 23 amputacyj uda zrobionych w szpitalu Flensburgskim, 4 tylko zakończyło wyzdrowienie, a wykonane skutkiem ran stawu kolanowego, wszystkie zakończyły się śmiercią (*O c h w a d t*).

Rany postrzałowe s t a w u g o l e n i o - s t o p o w e g o zaliczane zawsze były do najcięższych obrażeń stawowych; *H e n n e n* stawia je na równi z ranami kolanowemi, a *T h o m s o n* radzi natychmiastową amputację goleni, większość oświadcza się za amputacjami *S y m e'a* lub *P i r o g o w'a*. *S t r o m e y e r* stanowi tu wyjątek, chce leczyć wyczekująco. W wojnie amerykańskiej w ł a ś c i w y c h wypiłowań tego stawu nie robiono.

Z 11 wypiłowań przez autora dokonanych, 9 wyzdrowiało, 2 umarło; — wszystkie były późne. Uleczeni 9 odbywać mogli nawet ruchy zawiasowe; operacja ta więc w przyszłości znaleźć powinna rozległe zastosowanie i okazać się lepszą od wypilywań stawu barkowego i łokciowego.

Po wykonaniu operacji, autor natychmiast unieruchomił za pomocą przyrządu gipsowego. Odjęcie goleni na przyszłość tylko w takich razach winno być zastosowane, gdzie obok złamania postrzałowego stawu stopowego znajdujemy zmiażdżenie części miękkich na znacznej przestrzeni, a szczególniej naczyń i nerwów. W przypadkach zaś, gdzie jest wskazaném wypiłowanie, czekać należy ropienia; ciężkie postrzały, skutkiem których dotychczas goleń amputowano, poddać trzeba wczesnemu wypiłowaniu. Leczenie wyczekujące może mieć zastosowanie przy pojedynczych złamaniach postrzałowych kostek i kości skokowej, tudzież przy postrzałach rynienkowatych.

Co do leczenia po całkowitej rezeceji stawu, autor radzi nałożyć natychmiast opatrunek gipsowy i ten od czasu do czasu zmieniać; przez to niekiedy i skrócenia kończyny uniknąć można; tóż samo robić należy i przy wyczekującym leczeniu, bo tylko tym spo-

sobem odłamki zdruzgotanego stawu dadzą się we właściwém położeniu utrzymać. Gdy nastąpi zupełne wyleczenie, to można przyrząd gipsowy najprzód zamienić łubkami bocznymi, a potem but łubkowy nałożyć.

W końcu autor cytuje niektóre wypalki wyleczenia za pomocą metody wyczekującej.

### Kilka uwag nad stosunkiem krwioplucia (*haemoptoe*) do suchot płucnych.

Przez F. Niemeyer'a.

Streścił Józef Nowak.

Przed trzema laty powiedział Niemeyer: „Żadne pojęcie w całej patologii nie wymagało tak nagłego reformy, jak pojęcie o suchotach płucnych.“ Na tém polu kliniczna medycyna została znakomicie przez anatomię patologiczną prześcignięta. Wyrażenie „gruźlica płuc“ jest jeszcze zawsze najwięcej używaném orzeczeniem „suchot płucnych“ stosownie do pojęć Laennec'a a niebezpieczne twierdzenia jego teorii, że „suchoty płucne są chorobą konstytucjonalną, że one ani z ostrego lub chronicznego zapalenia płuc, ani w skutek krwotoku płucnego ani z zaniedbanego nieżytu rozwinąć się nie mogą“ — jeszcze wówczas (przed trzema laty) miały wielkie znaczenie i wywarły szkodliwy wpływ na zapobieganie i leczenie suchot. Od trzech lat zaszła zupełna zmiana w powyższych pojęciach. Zwrot ten zawdzięczamy przedewszystkiem wykładom Niemeyer'a, a następnie późniejszym pracom Hoffmann'a, Waldenburg'a i innym, na które dopiero dzisiaj klinicyści w skutek wybornych prac Virchow'a i Buhl'a uwagę swą zwrócili. Zdanie, że „największém niebezpieczeństwem dla suchotników jest to, że stają się gruźliczymi,“ które przed kilku laty jeszcze za paradoks uważano, musi być obecnie prawie ogólnie uznaném.

Lecz kiedy pojęcie, że zaniedbany nieżyt o obfitej w komórki wydzielinie i produkta nieżykowego zapalenia płuc, mogą dać powód do suchot płucnych prawie ogólnie dzisiaj zostało przyjętém — to zupełnie przeciwnego doznało losu pojęcie o związku krwotoku płucnego z suchotami. Powątpiewanie i nieznanomość jeszcze dotąd tego związku przypisuje N. głównie przeczącym zdaniom Traube'go. Dr. Frantzel mianowicie ogłosił (1867) jeden przypadek z kliniki Traube'go, gdzie pewien mężczyzna w skutek cierpienia silną gorączką rozpoczętego po 13-tu dniach umarł; cierpieniu temu w kilka dni po zachorowaniu towarzyszyło silne i bezustanne krwioplucie, zgęszczenie mięszu płuca lewego i trzeszczenie, oddech jednak oskrzelowy nigdzie wysłuchany być nie mógł. Badanie pośmiertne oprócz kilku dawniejszych stwardniałych ognisk z jamkami o gładkich ścianach wypełnionemi serowatą zawartością wykryło jeszcze zrazowate nacieczenia (*lobuläre Infiltrationen*) płuca lewego. Kilka miejsc wielkości od soczewicy do ziarna grochu uległo już przemianie serowatej, nigdzie jednak oskrzela nie zawierały ani świeżych ani dawnych skrzepów krwi.

Tu więc bez wątpienia krwotok nie był przyczyną, lecz skutkiem zapalenia płuc i Niemeyer przyznaje słuszność temu twierdzeniu, czyniąc wzmiankę o podobnych wypadkach tak na wykładach jak i w swoim dziele. Lecz Traube nie zgadza się z nim w tém, że tego rodzaju przypadki, w których krwioplucie jest objawem zapalenia płuc, zdarzają się często. W zasadzie jednak jest tak, jak Hippokrates uczył, że krwioplucie pociąga za sobą suchoty i że krwioplucie sprowadzając suchoty pojawia się w skutek dalszego przebiegu procesu, który uważają za gruźlicę lub gruźlicze zapalenie płuc (*pneumonia tuberculosa*).

Wypadki (rzadkie) zapalenia płuc, połączone z obfitymi krwotokami włosowatymi, zdają się być dla tego tak niebezpiecznymi, że nacieczenia, do których one prowadzą, z trudnością mogą być rozmiękczone i wessane a więc częściej ulegają przemianie serowatej.

Traube twierdzi, że oprócz takich krwią plujących, którzy nagle, w napadzie, życie kończą (przez zaduszenie), u innych, nigdy w oskrzelach skrzepy krwi nieznalezionymi nie zostaną. Niemeyer może tylko potwierdzić zdanie Traube'go, gdyż nie widział on nigdy skrzepów w oskrzelach, a tylko spotykał je w pęcherzykach w skutek spłynięcia krwi z góry *respective* krwi aspiracyjnej, i to uważa on za podstawę dla suchot płucnych.

Z oskrzeli krew łatwo wyrzuconą zostaje, w pęcherzykach zaś przeciwnie, pozostając drażni niekiedy aż do wywołania kaszlu. Przeciwno zarzutowi, jaki tu może być uczyniony, że w żaden sposób krew z oskrzeli do pęcherzyków spłynąć nie może, przytacza N. zdania „wszystkich doświadczonych anatomo-patologów“ a w szczególności Foerster'a.

Przeciwno następnej uwadze Traube'go, że po większej części w początkach krwioplucia niedostaje objawów gorączkowych i innych oznak zapalnego cierpienia płuc, lecz że to jednak niema żadnego znaczenia, gdyż krwotoki do najskuteczniejszych przeciwgorączkowych środków należą, a więc gorączka jako objaw zapalenia płuc znakomicie przez przeciwgorączkowe działanie krwotoku zmniejszoną być może, — nadmieniam N. co następuje:

Najprzód nikomu nie przyszło do głowy, zdarzające się u młodych osób, które potem krwią plują, krwotoki z nosa wyprowadzać od gruźlicy lub właściwej postaci zapalenia błony śluzowej nosa; a ponieważ w obu razach — przy krwawieniu z nosa i płuciu krwi — żadne inne objawy chorobowe nie istnieją, nie należy więc tak jednemu jak i drugiemu krwotokowi nadawać różnego znaczenia.

Powtórę zapytuje Niemeyer, jak Traube wyjaśni te przypadki, w których po obfitym krwiopluciu (nawet kilkakrotnym) nic więcej nie następuje, jak tylko przemijające osłabienie, po którym chorzy wracają do zdrowia i dochodzą do późnej starości. N. pojmuje je w ten sposób, że krew wcale nie pozostaje w pęcherzykach — a więc niema żadnego powodu do wystąpienia serowatego zapalenia płuc.

Po trzecie, przytacza N. przypadki krwotoku płucnego traumatycznego pochodzenia, po którym często rozwijają się suchoty.

Niemeyer nie zgadza się na zupełne uznanie wygłoszonego przez Laennec'a zdania, „że suchoty płucne nigdy w skutek krwotoku oskrzelowego rozwijać się nie mogą.“

Nakoniec przedstawia Niemeyer stosunek włosowatych, oskrzelowych i płucnych krwotoków do suchot płucnych w następujący sposób:

1. Nie wszystkie osoby, które ulegają włosowatym, oskrzelowym lub płucnym krwotokom, są albo będą suchotnikami.

2. Nie rzadko po włosowatych, oskrzelowych lub płucnych krwotokach występują suchoty, jakkolwiek niema genetycznego związku pomiędzy krwotokami a cierpieniami tkanki płucnej, które w ogóle są punktem wyjścia suchot. Indywidua usposobione do tych krwotoków, posiadają również skłonność do wzmiankowanych procesów zapalnych.

3. Włosowate, oskrzelowe lub płucne krwotoki nie rzadko zdarzają się u osób, których płuca ani gruźkami ani ogniskami zapalnymi nie są dotknięte, wówczas stanowią one pierwszą przyczynę suchot, a to w ten sposób, że pozostała w pęcherzykach krew i produkta zapalenia, które przez nią wywołanem zostało, ulegają przemianie serowatej.

4. Krwotoki oskrzelowe i płucne nie rzadko przyspieszają przebieg już istniejących suchot płucnych.

5. W niektórych rzadkich przypadkach krwioplucie nie jest przyczyną, lecz skutkiem procesów zapalnych, które w swoim dalszym przebiegu prowadzą do suchot. Takie przypadki są łatwe do rozpoznania, ponieważ zwykle mocna gorączka i inne zapalne objawy ukazaniu się krwotoku towarzyszą lub go poprzedzają.

6. Pozostająca w pęcherzykach i wraz z zapalnym nacieczeniem serowaciejąca krew, często daje powód do wybuchu gruźłek prosówkowych.

(Berl. klin. Wochenschrift, VI, 17).

## Wiadomości bieżące.

— **Nowy środek do opatrunku ran.** Petroleum miesza się z gliceryną w równych częściach i przykłada się na brodawkującą powierzchnię ran lub wrzodów. Zalety téj mieszaniny są: zapobiega zakażeniu ran, zmniejsza ropienie, nie sprawia zadrażnienia, a zatem i nie wywołuje bólu.

— **Śmiertelność w Warszawie.** W końcu r. 1869 było mieszkańców 254561, z tych mężczyzn 120,306, kobiet 134255; urodziło się w ciągu roku dzieci 11341, a mianowicie dzieci płci męskiej 5792, żeńskiej 5549; zmarło 12279 osób, 6476 mężczyzn, 5803 kobiet, a zatem procent śmiertelności w stosunku 1 na 1000, wynosi 48,3, a mianowicie 53,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mężczyzn, a 43,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kobiet; w stosunku zaś do liczby mieszkańców miasta wynosi 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, to jest mężczyzn 18, kobiet 23. Dwie głównie choroby przyczyniły się do tak znacznej śmiertelności, a mianowicie tyfus i suchoty płucne.

— **Prostytucya w Warszawie.** W roku 1869 było domów schadzek 25, domów publicznych 14, razem 39; kobiet w domach publicznych 154, w domach schadzek 333, kobiet podległych rewizji obowiązkowej 471, razem kobiet 958. W ciągu roku 1869 wciągnięto do kontroli publicznych i tolerowanych kobiet 399; wypisano z niej 364. W areszcie policyjnym lekarze policyi odbyli rewizję na 10,437 osobach, mianowicie na 6,716 mężczyznach i 3,721 kobietach; w kancelaryi lekarsko-policyjnego oddziału — na 6,207 osobach, jako to: na 94 mężczyznach i 6,113 kobietach; w cyrkulach policyi wykonawczej — na 1,187 osobach, to jest: na 70 mężczyznach i 1,180 kobietach. Z liczby wymienionych osób odesłano do szpitala Śgo Łazarza na kuracyę osób 851, z tych mężczyzn 153, kobiet 698. Odesłano również do tegoż szpitala kobiet publicznych 297, tolerowanych 280, razem 577.

— W tych czasach w Zurichu broniła rozprawy celem uzyskania stopnia Dra med. panna **Morgan** z Londynu, w obec liczego audytoryum. Przewodniczył téj uroczystości Prof. **Dr. Rose**.

— Wydziałów lekarskich we Francyi jest 3, mianowicie: w Paryżu, Montpellier i w Strasburgu. W pierwszym wykłada 52 profesorów, w drugim 35, w trzecim 28. Wydział Paryzki od r. 1798 — 1867 wydał 17,190 dyplomów doktorskich.

— † W dniu 20 b. m. umarł na tyfus ś. p. **Dr. Seweryn Broniewski**, nauczyciel Szkoły felczerów i lek. ord. w szp. Star. w Warszawie, w 33 roku życia.

— † W dniu 7 b. m. zmarł nagle **Dr. v. Vivenot**, professor klimatologii w Wiedniu, autor szacownego dzieła „o działaniu ściśnionego powietrza.“

— **Wezwanie Bióra informacyjnego o nędzy wyjątkowej do pp. lekarzy miasta Warszawy.** Bióro informacyjne o nędzy wyjątkowej przy wyszukiwaniu nędzy prawdziwej bardzo często spotyka się ze stałą jej towarzyszką — z chorobą, której rodzaj wymaga nieraz rychłej pomocy lekarskiej w mieszkaniu biédnego. Bióro informacyjne podawało już w pismach tutejszych wezwanie swoje do pp. lekarzy, aby ci, którzy bezinteresownie zechcą nieść pomoc nieszczęśliwym na wskazanie bióra, zechcieli się na to zdeklarować piśmiennie, przesyłając adres swój do bióra (ulica Jasna, Nr. 4); sądząc jednak, że ogłoszenie takowe uszło uwagi większej części lekarzy (bo dotąd bowiem trzej tylko zapisali się), ponawia zatem swe wezwanie w nadziei, że ciało lekarskie, tak chętnie zawsze śpieszące z pomocą w każdej niedoli, przyjąć zechce udział i w sprawie miłosierdzia publicznego bezpośrednio ich powołania dotyczącej.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Dr. Girsztowt**.

---

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

---

W Drukarni Gazety Pelskiej. — Дозволено Цензурою.

---



# 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.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1870 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1870 r. sr. 58.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**PREŚĆ**: Prace oryginalne. Dwa przypadki przetoki moczowodo-pochwowej (*fistula uretero-vaginalis*). Postrzeżenie Dra L. A. Neugebauer'a, b. docenta akuszeryi w b. Szk. Gł. Warsz. Tłuszczak wrodzony kostniejący okolicy pośladkowej (*lipoma petrificum*). Wyluszczenie. Postrzeżenie Dra J. Minkiewicza, (z Tyflisu). **Kronika Zagraniczna**. O złamaniach postrzałowych w stawach i ich leczeniu. Przez B. Langenbeck'a. Kilka uwag nad stosunkiem krwiopłucia (*haemoptoe*) do suchot płucnych. Przez F. Niemeyer'a. Streścił Józef Nowak. **Wiadomości bieżące**. Nowy środek do opatrunku ran. Śmiertelność w Warszawie. Prostytucya w Warszawie. Doktorka panna Morgan. Wydziały lekarskie we Francyi. Ś. p. Dr. Seweryn Broniewski. Ś. p. Dr. v. Vivenot. Wezwanie Bióra informacyjnego o nędzy wyjątkowej do pp. lekarzy miasta Warszawy. **Dodatek**. Farmacyi ark. 8my, Uroskopii arkusz 1szy.

**Dwa przypadki przetoki moczowodo-pochwowej (*fistula uretero-vaginalis*).**

Postrzeżenie Dra L. A. Neugebauer'a, b. Docenta akuszeryi w b. Szk. Gł. Warsz.

1. Teofila M..., żona przekupnia, w dniu 24 listopada 1864 roku, do szpitala przyjęta, kobieta średniego wzrostu, szatynka, lat wieku 40 licząca, silnie zbudowana, prawidłowo miesiączkująca, od chorób wewnętrznych zawsze wolna, odbyła pięć porodów, z których pierwsze cztery nastąpiły siłami natury i pomyślnie, piąty zaś, odbyty w dniu 28 września 1864 roku sztuką zakończony został. Według jej opowiadania bowiem — lekarz do niej wezwany na przodującą głowę dziecięcia, w trzy godziny po odejściu wód — założył kleszcze. Gdy zaś mimo całogodzinnej pracy tém narzędziem dziecięcia wydostać nie podolał i toż narzędzie mu się nareszcie z dziecięcia ześlizgnęło, przywołano drugiego jeszcze lekarza i ten w końcu, założywszy kleszcze na nowo, dziecię na świat wydobył. Było ono duże a nie żywe. Łóżysko nie długo po dziecięciu bez trudności odeszło.

Chora zaraz po tym porodzie czuła mocny ból w dolnej części brzucha i ciągle bolesne parcie na mocz, którego wszelako puszczać nie była w możności; stawiano jej bańki siekane i przystawiano pijawki, okładano podbrzusze kataplazmami, odciągano codziennie po dwa razy mocz za pomocą kateteru i zadawano do wewnątrz

różne lekarstwa. Po upływie tygodnia ból w podbrzuszu ustal i chora poczęła mocz znowu swobodnie puszczać. Gdy jednak po upływie trzeciego tygodnia położu łożko opuściła, postrzegła, że oprócz moczu, który puszczała drogą naturalną, znaczną ilość téj wydzieliny traciła jeszcze i mimowolnie i ustawicznie przez pochwę. W skutek ustawicznego wysączenia się moczu z pochwy dotknięta została wkrótce wyprzieniem skóry na częściach płciowych zewnętrznych, śródkroczu, pośladkach i udach.

Przy takim stanie rzeczy, wątpieniu żadnemu nie ulegało, że chora dotknięta była przetoką moczopochwową, szło jednak o to, jakiego przetoka ta była rodzaju, czyli innemi słowy, którą drogą mocz z organów moczowych do pochwy się dostawał. Palcem do pochwy wprowadzonym otworu żadnego z pochwy do pęcherza prowadzącego czuć nie było. Również i wzrokiem po rozszerzeniu pochwy wziernikiem trójramiennym żadnego otworu przetokowego w przegrodzie cewki i pęcherzopochwowej odkryć się nie dało, ale za to, śledząc chorą za pomocą wziernika postrzedz mogłem, że brzeg prawy ust macicznych, w postaci szpary poprzecznej siedm linii długiej przedstawiających się, był do głębokości trzech linii rozlupany. Warga przednia tego rozlupania, stanowiąca część prawą wargi przedniej ust macicznych, w kierunku ku stronie zewnętrznej przedłużała się w marszczkę błony śluzowej, dwie do trzech linii wysoką, wejrzenia bliznowego, która ciągnąc się przez odpowiednią część stropu pochwy do ściany prawej tejże pochwy w ścianie téj się gubiła. Po za tą marszczką — znajdowała się mała zatoka, przedstawiająca się jakby przedłużenie rozlupania w brzegu prawym ust macicznych istniejącego. W najgłębszym miejscu téj zatoki znajdował się w odległości trzech linii od części pochwowej macicy — maleńki, podługowaty otworek, z którego ustawicznie nieco przezroczystego moczu do pochwy się wysączało. Wprowadziwszy w ten otworek główkę zwyczajnego, nie zbyt grubego chirurgicznego zgłębnika, w części swój przedniej umiarkowanie skrzywionego, dostałem się tém narzędziem do kanału mało co obszerniejszego od samego otworku, a przebiegającego od tegoż otworu w kierunku nieco ukośnym, przez bok macicy na zewnątrz i ku górze. Wdążyć zaś zgłębnikiem w ten kanał mogłem z jak największą łatwością do głębokości przeszło dwóch cali. Wdrażenie to weń zgłębnikiem nie spowodowało najmniejszego krwawienia — ale sprawiało chorój uczucie nadzwyczajnie nieprzyjemne w głębi brzucha i wzbudzało skłonność do omdlenia. Po usunięciu zgłębnika chora czuła przez całą prawie dobę ból tępy, w prawej połowie brzucha, ciągnący się od pęcherza do nerki, miała przytém ciągły popęd do puszczenia moczu i gorączkowała.

Objawy te ostatnie w połączeniu z postrzeżeniami — zrobionemi za pomocą zgłębnika pokazały jak najjaśniej, że przetoka u chorój istniejąca wychodziła z prawego moczowodu, czyli innemi słowy, że była przetoką moczowodopochwową prawostronną.

To stwierdziwszy, szło mi o to, aby wiedzieć czy ten moczowód w części swój leżącej między przetoką a pęcherzem był otwarty.

Aby to pytanie rozstrzygnąć, wykonałem w trzech różnych z kolei po sobie następujących dniach, następujące trzy oddzielne kroki badawcze.

Najprzód wstrzyknąłem kilka uncyj mléka za pomocą odpowiedniej strzykawki przez cewkę moczową do pęcherza moczowego, aby zobaczyć czy mléko to wypłynie przez przetokę do pochwy; tymczasem ani kropla tego mléka w przetoce i pochwie się nie ukazała.

Daléj napelniłem maleńką strzykawkę, opatrzoną cienką, długą kanką, znowu mlékiem i, wprowadziwszy koniec tejże kanki przez pochwę, rozszerzoną wziernikiem trójramiennym, do otworu przetoki wstrzyknąłem część owego mléka w kanał przetoki, w celu, aby zobaczyć czy w skutek tego wstrzyknięcia jakaś część mléka przejdzie do pęcherza; gdy jednak zaraz potém mocz za pomocą kateteru z pęcherza wypuściłem, mocz ten był zupełnie przezroczysty i ani śladu przymieszanego mléka nie okazywał.

W końcu zrobiłem jeszcze następujące doświadczenie: zamknąłem zatokę w części prawej stropu pochwy znajdującą się, w której mieścił się otwór przetoki szwem krwawym, złożonym z trzech drutów srebrnych, nie obraniwszy jednak jéj brzegów, — szło mi bowiem nie o trwałe, lecz tylko o chwilowe zamknięcie jéj. Zamierzałem tym sposobem stanowczo się dowiedzieć, czy w skutek zamknięcia otworu pochwowego przetoki, mocz z moczowodu przejdzie do pęcherza, czy téż nastąpią jakie zjawiska, niemożliwość takowego przejścia do tegoż pęcherza udowadniające.

Rezultatem tego zaszcicia zatoki w mowie będącej było to, że chora wkrótce doznała mocnego bolesnego parcia w prawej połowie brzucha, została dotknięta dreszczami i gorączką i zaczęła nawet majaczyć. Po upływie niedługiego czasu jednak puścił jéj się nagle mocz znowu przez pochwę i od téj chwili wyżej wymienione przypadki naraz znowu ustały. Śledzenie choréj pokazało, że mocz, zebrawszy się w prawym moczowodzie w pewnej ilości, utorował sobie pomiędzy założonemi drutami drogę do pochwy.

Z trzech opisanych doświadczeń pierwsze względem istnienia lub nieistnienia zarosnięcia w końcu pęcherzowym moczowodu prawego, właściwie nic nie nauczało. Wiemy bowiem, że także i przy zupełnie prawidłowém zachowaniu się moczowodów dla ukośnego kierunku, w jakim te przewody przedziurawiają ścianę pęcherza, płyn zbierający się w tymże pęcherzu ztąd napowrót do moczowodów przejść nie podola. Ale za to udowadniało ono jak najjaśniej to, że chora wyłącznie tylko będącą w mowie przetoką moczowodo-pochwową dotknięta była — i obok téj już żadnych innych przetok moczowych, a zwłaszcza żadnej przetoki pęcherzo-pochwowej więcéj nie miała.

Drugie i trzecie doświadczenie zaś pokazywały, że koniec moczowodu przetoką w mowie będącą dotkniętego, był zarosnięty. Tak więc chora dotknięta była prawostronną przetoką moczowodo-pochwową powiklaną z zarostem końca pęcherzowego moczowodu do pochwy otwierającego się.

Reszta przyrzędu moczopłciowego nie przedstawiała nic nieprawidłowego, to wyjąwszy, że skóra części płciowych zewnętrznych wraz ze skórą przyległych części ciała w skutek ustawicznego wysączenia moczu z części rodnych była mocno wyprzałą.

Do wyleczenia chorój z dręczącego ją mimowolnego odchodu moczu nasuwały mi się dwie drogi, a mianowicie: utorowanie dla moczu przez moczowód prawy odchodzącego drogi sztucznej w kierunku od przetoki do pęcherza moczowego z następnym zaszcieniem otworu pochwowego przetoki, albo też utworzenie sztucznej przetoki pochwo-pęcherzowej z następnym krwawym zamknięciem pochwy poniżej tejże sztucznej przetoki.

Z dwóch tych dróg jednak pierwszą zaraz z góry zaniechałem, będąc od niej odstraszoną przez niepomyślny rezultat, jaki Simon od usiłowań swoich dotyczących wyleczenia przetoki moczowodo-pochwowej tą drogą otrzymał i niepozostawało mi przeto nic, jak uciec się do drugiej z tychże dwóch dróg, którą jak wiadomo, tenże sam Simon jako stosowniejszą <sup>1)</sup> zalecił. Gdy atoli operację tę chorój zaprojektowałem, nie chciała ona żadnym sposobem na nią przystać i wypisałem ją przeto w dniu 30 grudnia ze szpitala, na własne jej żądanie, w takim samym stanie, w jakim przybyła.

2. Katarzyna Z....., żona dorożkarza, lat wieku 35 licząca, silnie zbudowana, w dniu 14 sierpnia 1866 roku przybyła do szpitala, dotknięta niemożnością wstrzymywania moczu. Niemocy tej według jej opowiadania podległa w następstwie siódmego jej porodu, który miał miejsce w ostatnich dniach miesiąca czerwca tegoż roku i zakończony został w drodze wymoždzenia dziecięcia.

Chora mocz ustawicznie przez pochwę traciła, była jednak w możności części tej wydzieliny w pęcherzu wstrzymywać i dowolnie oddawać.

Śledząc ją, znalazłem w prawej części stropu pochwy w odległości około sześciu linii od części pochwowej macicy małe lejkowate zagłębienie, w którego głębi znajdował się maleńki otworek, równający się co do wielkości główce zwykajnego zglębniaka chirurgicznego. Z tego zagłębienia wysączał się mocz w małej wprawdzie tylko ilości, ale ustawicznie.

Zglębniak w ten otworek wprowadzony, wdrażał weń z pewną łatwością do głębokości dwóch cali przeszło, w kierunku ku tyłowi i nieco na zewnątrz. Chcąc wiedzieć czy wydrążenie, w które zglębniak wprowadziłem, połączone było z jamą pęcherza wstrzyknąłem do pęcherza mléka ale to ostatnie do kanału pochwy nie przechodziło.

Z tego wszystkiego wynikało: raz, że moczowód prawy za pośrednictwem wyżej opisanego otworku w prawej części stropu pochwy istniejącego łączył się z kanałem pochwy, a powtóre, że tenże moczowód prawy po za miejscem w którym znajdowała się przetoka łącząca go z pochwą, czyli w końcu swoim pęcherzowym był zarośnięty.

Z powodu takowego kalectwa wszelki mocz wyprowadzany przez moczowód prawy odchodził chorój przez pochwę, kiedy tymczasem moczowód lewy

---

<sup>1)</sup> Ueber die Harnleiter.—Scheidenfistel nebst einigen Bemerkungen über die Blasen-Harnleiten-Scheidenfistel und die Harnleiter-Gebärmutterfistel. Von Dr. G. Simon in Darmstadt. W dziele: „Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie, herausgegeben von F. W. von Scanzoni, 4 Band., Würzburg, 1860. 8vo str. (1—23), 19—20.

był zdrowy i mocz przez nerkę mu odpowiednią wydzielany należycie doprowadzał do pęcherza, który go znowuż należycie przez cewkę moczową na zewnątrz wypróżniał.

By chorą od jój niemożności wstrzymywania moczu uwolnić, wypadło zrobić jój sztucznie przetokę pochwo-pęcherzową i następnie pochwę poniżej tejże przetoki zaszyć. Chora jednak, skoro jój tę operację zaprojektowałem, zgodzić się na nią nie chciała; wypisałem ją przeto nazajutrz po przybyciu jój do szpitala, z liczby chorych, w tymże samym stanie, w którym przybyła.

### Tłuszczak wrodzony kostniejący okolicy pośladkowej (*lipoma petrificum*).

Postrzeżenie Dra J. Minkiewicza (z Tyflisu).

W listopadzie roku 1866, zgłosiła się do mnie wieśniaczka H. K..., z Białego klucza, prosząc o pomoc chirurgiczną. Przyjąłem ją do miejskiego szpitala w Tyflisie (Nr. 445) i przy badaniu znalazłem: dziewczę 15-letnie, włosów blond, mocno zbudowane, dobrze odżywione, pochodzące z rodziców zupełnie zdrowych — przedstawiające na wewnątrzno-dolnej części okolicy pośladkowej prawej guz okrągły, w części przesuwalny ku okolicy ogonowej lewej. Granice guza: linia górno-wewnętrzna poczynała się od kości ogonowej, szła rowkiem pośladki od siebie dzielącym, następnie, prawie na wysokości wcięcia kulszowego wielkiego (*incisura ischiadica major*) kierowała się na zewnątrz do krętarza wielkiego i niedoszedłszy na 3 palce poprzeczne do niego spuszczała się na dół kończąc się na 2 palce nad fałdą pod-pośladkową (*plica sub-ischiadica, sulcus infra nates*). Brzeg dolno-wewnętrzny był od odbytu odległy na  $2\frac{1}{2}$ —3 palców poprzecznych. Guz objętości główki rocznego dziecka zwieszał się ku dołowi. Ciepłota skóry nie zmieniona, barwa jój wszędzie prawidłowa, na wierzchołku tylko guza lekko fioletowa. Skóra wszędzie łatwo się składała w fałdy, wyjąwszy wierzchołka guza, gdzie był otwór, sączący ciecz surowiczo-brudną, do koła którego skóra była przyrośnięta do głębszych części. Guz wszędzie jednostajnie miękki, elastyczny, gładki, niebolesny, mało ruchomy.

Przez otwór na wierzchołku się znajdujący, wprowadzony zgłębnik wykrył dość znaczną jamę pod skórą powierzchownie leżącą; w pobliżu tego otworu i na wewnątrz od niego dostrzeżliśmy niewielką bliznę równą, podłużną, w skutek rany ciętej powstałą. Sam guz, chorój nie niepokoił, chodzić z nim bowiem bardzo dobrze mogła; obawa jednak aby po zamaż-pójściu nie stał się przyczyną jakiego nieszczęścia zmusiła chorą do szukania pomocy chirurgicznej. We wszystkich innych narzędziach nic chorobowego nie wykryłem.

Matka chorój powiedziała mi, że zaraz po urodzeniu córki zauważała w pobliżu jój otworu stolcowego nie wielki guzik, który powoli, ale ciągle się powiększał. Przed kilka laty w pobliżu kości ogonowej na guzie dawnym wyrósł guz nowy wielkości jajka gołębiego, przeszkadzający chorój leżeć na grzbiecie, który został przecięty przez cyrulika — w grudniu roku 1865; przyczém wydalona massa była

podobna do kaszy (*meliceris?*). Rana się zagoiła zostawiwszy po sobie bliznę, wyżej opisaną. Co do powstania otworu i jamy na wierzchołku, to chora podała, że od leżenia na grzbiecie, na miejscu najbardziej wystającym guza, a więc najbardziej naciskanem, utworzył się stopniowo guz także niebolesny — który pękł sam przez się otwierając drogę dla cieczy surowiczéj, mętnéj, aż do dnia operacyi sączącéj się.

Chorobę rozpoznałem jako tłuszczak wrodzony, opisany przez autorów jako *Schwanzbildung, Lipomatöse Anhangsel*.

Dnia 24 listopada, o godzinie 11 z rana po zachloroformowaniu choréj, zrobiłem cięcie krzyżowe skóry, a po odseparowaniu jéj — sam tłuszczak wycinałem kawałkami; warstwy zewnętrzne były miększe, głębsze zaś twardsze, jako zawierające więcéj tkanki łącznéj. Nareszcie w głębi guza napotkałem masę kostną, na szypule chrząstkowatéj siedzącą, której punktem wyjścia była powierzchnia boczna kości krzyżowéj, w pobliżu połączenia z kością ogonową. Massa tłuszczowa znajdowała się tak głęboko w miednicy — iż nie byłem w stanie jéj dosięgnąć i dlatego część jéj pozostawiłem. Zwykle podobne tłuszczaki poczynające się w głębi miednicy, we wcięciu kulszowém, sięgają daleko i nie są otorbione. Nie miałem potrzeby podwiązania ani jednego naczynia w czasie operacyi. Rany skóry połączyłem szwami metalicznymi, i zastosowałem opatrunek zwyczajny, naciskający; do wewnątrz przepisałem w tym dniu dwa proszki *extr. opii*, po  $\frac{1}{4}$  grana. Wieczorem tętno cokolwiek przyspieszone, chora spała, słaby krwotok w ranie.

Dnia 25, sen przerywany, tętno 125, stolca nie oddawała, mocz zaś swobodnie odpływał. Przepisałem: *Rp. Acidi muriat. gtt. xxv— $\bar{3}$  vj* wody, za napój. Co trzy godziny po  $\frac{1}{4}$  gr. makowca. Wieczorem tętno 120. Dnia 26, chora zupełnie nie spała, rana bardzo bolesna, lekki krwotok, tętno 100, 2 wypróżnienia stolcowe. Dnia 27, tętno 100, rana bolesna. Od tego dnia stan gorączkowy stopniowo się zmniejszał. Rana powolnie się oczyszczała i zablizniała. Dnia 15 grudnia chora się skarżyła na ból w lewéj łydce, która obrzmiała; a dnia 17 obrzmiały jéj gruczoły pachwinowe; wszystko to trwało zaledwo dni kilka i przy użyciu nacierań wyskokowych i ciepłych okładań znikło.

W styczniu pod jednym płatem powstała zatoka ropiasta, którą rozciąłem w dniu 8 t. m. Na usilne nalegania choréj i ciężarnéj jéj matki wypuściłem chorą z raną wielkości rubla, która się zablizniła w domu choréj pod opieką kolegi **D o m a ń s k i e g o**.

Przy operacyi przekonałem się, że miałem do czynienia z tłuszczakiem wielozrąkowym (*lip. multi-lobulare*); warstwy głębsze jego bardziéj obfitowały w tkankę łączną i naczynia, niż powierzchowne, ztąd głębsza część była zbitszą, twardszą. W głębi guza wśród masy tłuszczowéj znalazłem — jakem to wyżej powiedział, masę kostną, połączoną z kośćmi za pomocą substancyi chrzęstnéj. Owa masa kostna pomimo swojej nieforemności najwięcéj przypominała tylny łuk podpieracza (atlas). Na powierzchni wewnętrznej, obróconéj do wnętrza miednicy była poprzeczna beleczka, łącząca dwa punkta najwięcéj wystające. Tym sposobem powstał mały otworek. Do jednego wewnętrznego końca masy

przyczepiała się chrząstka. Sama kość była pokryta tkanką łączną. Największa jej długość wynosiła 3 cent., 4 mill., wysokość 2 cent.; wysuszona kość ważyła jeden skrupuł. Na przekroju kość była wewnątrz próżna.

Mikroskopijne badanie wykryło: a) że błona pokrywająca masę kostną i chrząstkowatą była złożona z dużych pęczków tkanki łącznej, najrozmaiciiej splecionych, zawierającej dużo włókienek elastycznych cienkich. Między temi wiązkami — leżały miejscami grupy komórek tłuszczowych i naczynia krwiste. W warstwie bezpośrednio pokrywającej masę kostną były rozsypane ciała ciemne, które za dodaniem kwasu solnego rozcieńczonego — nikły, wydalając kwas węglany. b) Sama masa kostna składała się z tkanki łącznej, zawierającej pręgi ciemne, równoległe, które również za dodaniem kwasu solnego rozcieńczonego znikaly wydzielając kwas węglany. Poczem pozostawało podścielisko złożone z tkanki łącznej, której włókna były daleko mniej wyraźne. c) Tkanka, łącząca masę kostną z kością ogonową — była to istna tkanka chrzęstna.

Skostnienie tłuszczaków, szczególnie rozlanych, jakim był po części i nasz, należy do dość rzadkich zjawisk. Osobiście, w ciągu przeszło dwudziesto-letniej praktyki chirurgicznej po raz pierwszy napotkałem podobny przypadek <sup>1)</sup>.

Co do obecności rozciętego i zagojonego *meliceris*? i owiej jamy pod skórą, o której wspomnieliśmy powyżej, to dla niedokładnego opowiadania chorój trudno stanowczo coś wyrzec. Znane są jednakże przypadki, gdzie rzeczywiście w skórze pokrywającej tłuszczak rozwijały się torbiele. Mogło więc to być i w naszym przypadku. Mogło się jednakże zdarzyć, że od leżenia na grzbiecie — od naciskania części najwięcej wystającej guza, ten ostatni zmiękł i część najwięcej wystająca po rozcięciu zagoiła się. Druga zaś część rozmięczona, sama się otworzyła, sformowała ową jamę i otwór prowadzący do niej. Virchow np. mówi, że podobne rozmięknienia łatwo mogą przyczynić się do pomyłki i nieodróżnienia ich od innych guzów torbielowatych, szczególnie łatwo można nie odróżnić od *meliceris*, torbieli skórzastych (*Dermoid Kystom* <sup>2)</sup>).

Nasz przypadek należy do rzadkich. Wilhelm Braune <sup>3)</sup> w swojej monografii podał do wiadomości o czterech podobnych wrodzonych tłuszczakach, znanych w nauce. Trzy razy spostrzegął go prof. Langenbeck, raz prof. Middendorpf. Oprócz piątego naszego przypadku, znany mi jest jeszcze 6 operowany przez Dra Kozłowskiego w szpitalu Ardońskim na Kaukazie, gdzie operujący, jakto podaje w swoim sprawozdaniu, również nie był w stanie dojść do granicy wewnętrznej guza (*lip. diffusum*) — która sięgała swoją szypułką do miednicy przez *foramen ischiadicum*. I ten ostatni przypadek był także spostrzegany u kobiety, ale skostnienia tam nie było.

---

<sup>1)</sup> Prof. Brodowski spostrzegł skostnienie w tłuszczaku rozlanym wnęki nerkowej (*lip. diffusum ossificum hyli renis*). „Rys anatom. patolog.,” str. 271.

<sup>2)</sup> Die Krankhaften Geschw. F. 1, str. 395.

<sup>3)</sup> Arch. f. Klinische chir. T. V. Bericht über die Leistungen, str. 298—308. W. Braune. Doppelbildungen u. angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegend, 1862.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### O złamaniach postrzałowych w stawach i ich leczeniu.

Przez B. Langenbeck'a.

Do ciężkich obrażeń należą rany postrzałowe stawów.

Okolo środka XVI-go wieku uważano rany postrzałowe stawów za bezwzględnie śmiertelne i Ambr. P a r é, ojciec francuzkiej chirurgii wojskowej, rokował śmierć królowi Nawarry dlatego, że przy oblężeniu Rouen 1562 r. w główkę k. ramieniowej postrzał otrzymał. Lecz już J. H e n n e n, jeden ze znakomitych chirurgów wojskowych angielskich, nie radzi żadnego zdruzgotanego stawu amputować na polu bitwy. W 50 lat po H e n n e n i e, zasada ta znacznie zachwianą została.

W najnowszych czasach leczenie ran postrzałowych stało się bardzo skomplikowanym, trudnym i włożyło na lekarza obowiązki, jakich dawniejsza chirurgia nie znała.

Przy złamaniach postrzałowych w stawach 3 metody leczenia mogą być stosowane: leczenie zachowawcze lub wyczekujące, wypiłowanie (*resectio*) zdruzgotanych części stawu i odjęcie kończyny (*amputatio*). Już na miejscu głównego opatrunku potrzeba zdecydować, która z tych 3ch metod w danym wypadku ma być stosowaną.

Gdy uznamy za właściwe zachować zdruzgotany staw, to trzeba go natychmiast za pomocą stosownych opatrunków unieruchomić. Bez tego każdy, choćby najkrótszy transport rannego często niweczy późniejsze usiłowania chirurga. Wstrząśnienia bowiem, wskutek przenoszenia wywołane, powodują wejście powietrza do próżni stawu, krwotoki i drażnienie tkanek przez odłamki kostne; wskutek tego występuje szybko wysięk, rozkład zgnily a nawet posocznica (*septicaemia*). Doświadczenia z ostatnich wojen wykazały, że przy zupełnym unieruchomieniu chorób kończyny przed każdym transportem, złamania postrzałowe kości w stawach leczą się jak proste złamania bez obrażenia zewnętrznego.

Gdy widzimy wskazania do odjęcia członka, wówczas, jeżeli można, odjęcie to powinno być dokonane przed upływem 12—24 godzin; przedsięwzięte zaś w okresie nasięku (*infiltratio*) i reakcyi zapalnej tkanek tak zwane odjęcie pośrednie (*amputatio intermediaire*), jak i odjęcie następcze (*secundaire*) w okresie ropienia, dostarczają wielki procent śmiertelności.

Mniej stanowczo twierdzi autor o czasie, właściwym do wypiłowania (*resectio*).

Na początku 1848 roku podczas pierwszej wojny szlezwickiej, wypiłowań stawów chirurgia wojenna nie znała; panował przeciwko nim nie mały przesąd i łatwo pojąć, dla czego i L a n g e n b e c k robił wypiłowania stawów, dopiero wtedy, gdy obfite ropienie podkopywało już życie rannego. Sześć wypiłowań główki k. ramieniowej i 3 stawu łokciowego dokonane przez niego w okresie ropienia, wszystkie miały szczęśliwy przebieg; ztąd oświadczył się za robieniem wypiłowań następczych (*resectio secundaria*). Lecz z jednej strony liczba tych przypadków jest za mała do wyrzeczenia stanowczego zdania, tembardziej, że towarzyszyły im bardzo sprzyjające warunki szpitalne w Szlezwigu; z drugiej znów strony S t r o m e y e r i E s m a r c h, robiąc podczas obu następnych wojen szlezwickich 1849, 1850 r., wypiłowania pierwotne (*resectio primaria*), wyrzekli pochlebne zdanie o téj ostatniej operacyi. W obu ostatnich wojnach w roku 1864 i 1866 robiono znów przedewszystkiem wypiłowania następcze.

Statystyka wypiłowań stawów nie przedstawia dotąd żadnego zasadniczego punktu dla rozwiązania tego pytania. Obecnie L. jest tego zdania, że przy złamaniach postrzałowych stawów: barkowego, łokciowego i stopy można przedsiębrać wypiłowania następcze, przy znacznych zaś zmiżdżeniach tychże stawów i złamaniu postrzałowym główki k. udowej, a w części i w st. kolanowym, wskazanem jest wczesne wypiłowanie.

Lecz także i sama technika téj operacyi zasługuje na uwzględnienie. Obecnie radzą tylko wykonywać wypiłowania podkostne t. j. otaczające staw, mięśnie i ścięgna



nie przecinać, jak to się dzisiaj jeszcze nieraz zdarza, lecz je w związku z włóknistymi otoczkami stawu i okostną utrzymać. W tym celu należy wniknąć do stawu przez proste cięcie podłużne, który to kierunek cięcia przyjęliśmy dla wszystkich stawów. Wypielowania podokostne tę korzyść przedstawiają, że mniej ranią i czynią możliwem przywrócenie najzupełniejsze ruchów stawu.

Wybór jednej z 3ch owych metod leczenia jest również różny, stosownie do rozmaitych stawów.

Rany postrzałowe s t a w u b a r k o w e g o wymagają we wszystkich przypadkach wypielowania, gdzie tylko rana draży do stawu. Operacja ta jest mniej niebezpieczną jak wyluszczenie (*exarticulatio*) w st. barkowym, lub leczenie wyczekujące, bo przy niem mamy możność utrzymania członka przy zupełnem jego użyciu. W ostatniej wojnie prusko-austryackiej w Czechach, granice tego wypielowania jeszcze dalej postawiono, gdyż w 3ch przypadkach zdruzgotania st. barkowego z rozerwaniem przez granat pokrywających części miękkich, członki zachowane zostały z przywróceniem im wszelkich możliwych ruchów. Rany podobne według dotychczasowego poglądu wymagałyby natychmiastowego odjęcia kończyny w stawie barkowym.

Rany postrzałowe s t. ł o k c i o w e g o wymagają tegoż samego leczenia co i staw barkowy; w rzadkich bardzo razach zmuszeni jesteśmy do niebezpiecznego odjęcia ramienia. Przy znacznem zmiażdżeniu stawu, jakie sprowadzają dzisiejsze postrzały, oddalenie bardzo wielkiej części stawu, może się okazać niezbędnem. Sądono dawniej, że wydalenie stawu większe nad 3 cale nie powinno być przedsiębrane, a tylko w miejsce niego amputacya; tymczasem w obu ostatnich wojnach wydalano 5—6 cali stawu łokciowego, a jednak w większej liczbie wypadków tworzył się staw zawiasowy, nawet wtedy, gdy okostna zachowana nie była; w innych znów wypadkach udało się autorowi przez stosowne przyrządy (*stützende Maschinen*) wynagrodzić niedostateczną moc stawu i przywrócić tym sposobem zupełne używanie kończyny.

Wcale inaczej się rzeczy mają z ranami postrzałowemi obu wielkich stawów kończyny dolnej.

Obfitość cz. miękkich otaczających s t. b i o d r o w y stoi na przeszkodzie nie tylko rozpoznaniu pewnemu lecz i zachowawczemu leczeniu przy jego ranieniu. O złamaniach postrzałowych tego stawu można jeszcze i teraz to powiedzieć, co Ambr. P a r é powiedział o złamaniach główki k. ramieniowej, t. j. że one są prawie bezwzględnie obrażeniami śmiertelnymi.

W większej liczbie przypadków rany st. biodrowego same sobie zostawione, prowadzą już w pierwszych dniach do posocznicy (*septicaemia*). Dla tego to L a r r e y z wielkiego materiału podczas wojny napoleońskiej żadnego nam wypadku poranienia tego stawu nie podał, i dlatego także dawne wojenno-chirurgiczne dzieła albo wcale o ranach podobnych nie wspominają, albo zawierają wypadki z śmiertelnym ich przebiegiem. B a u d e n s z wojny w Algeryi również podaje, że żadnego wyleczenia ze złamania postrzałowego główki k. udowej nie widział. W pierwszej wojnie szlezwickiej 1848 r., z 6 rannych tego rodzaju 1 tylko pozostał przy życiu po odjęciu w stawie biodrowym; w dwóch następnych 1849 i 1850 roku wojnach, 5ciu rannych w główkę k. udowej umarło (S t r o m e y e r, E s m a r c h, H a r a l d S c h w a r z), a ostatnia wojna szlezwicka 1864 r. dostarczyła jedno wyleczenie obrażenia st. biodrowego. Nakoniec podczas wojny prusko-austryackiej 1866 r. wypielowanie główki k. udowej zachowało życie jednemu rannemu.

Czy w ostatniej wojnie amerykańskiej było wyleczenie złamania postrzałowego główki k. udowej bez operacyi, trudno na pewno dzisiaj wypowiedzieć; wiemy tylko tyle, że z 146 wypadków będących w szpitalach Stanów Zjednoczonych, od września do grudnia 1862 roku na 1 stycznia 1863 roku już około 56 umarło <sup>1)</sup>. W sprawozdaniu z 1865 r. <sup>2)</sup>, znajdu-

<sup>1)</sup> Consolidated Statement of Gunshot wounds, Circular Nr. 9, Washington 1863 r. 8. pag. 4.

<sup>2)</sup> Circular Nr. 6, Novbr. 1865 r. 4. p. 31.

jemy 68 złamań postrzałowych w st. biodrowym pewniej stwierdzonych, które leczone zachowawczo wszystkie były śmiertelne. W ostatniem sprawozdaniu <sup>1)</sup> są zamieszczone wypadki złamań główki k. udowej na zewnątrz torebki stawowej, rozszczepienia brzegów panewki i zwichnienia dobrowolne główki, żadnego jednak złamania postrzałowego główki k. udowej na znacznej jej rozległości, nie ma.

Tak odjęcie w stawie biodrowym jak i wypiłowanie główki k. udowej dostarczyły do dzisiaj tak smutnych rezultatów, że łatwo pojąć dla czego w ostatniej wojnie, obie te operacye tylko wyjątkowo przedsiębrano.

Z pomiędzy 161 odjęć w st. biodrowym, dokonanych z powodu ran postrzałowych tegoż, które od roku 1793—1864 są znane, znajdujemy 141 śmierci, 16 pewniej stwierdzonych wyleczeń, 3 wątpliwe przypadki. Z wojny amerykańskiej mamy 105 odjęć w st. biodrowym, z których 14 wyzdrowień, 88 śmierci, 3 wątpliwe.

Nie o wiele jest lepszą do dziś dnia statystyka wypiłowań stawu biodrowego. Z 12 operacyj tego rodzaju, które do roku 1855 były z powodu ran postrzałowych dokonane, jeden tylko operowany przez O'Leary podczas krymskiej wojny wyzdrowiał. Z 31 wypiłowań st. biodrowego podczas wojny amerykańskiej, znajdują się tylko 3 pewniej stwierdzone wyleczenia. Nakoniec z 4 wypiłowań, które w Czechach 1866 r. i po potyczce pod Langensalza (Stromeyer) zrobiono, jeden przypadek operowany przez Schönhorn'a wyleczono z zupełną możliwością używania kończyny.

Z 49 wypiłowań stawu biodrowego znanych od r. 1829 i dokonanych z powodu ran postrzałowych, zostało więc tylko 5 wyleczonych.

Nie chce L. wykluczać ran st. biodrowego od wyczekującego leczenia, owszem przeciwnie spodziewa się, że ono coraz więcej zyska uznania, protestuje on energicznie również przeciwko temu, że na podstawie dzisiejszej statystyki, wyluszczenie i wypiłowanie stawu biodrowego chciano wyłączyć z dziedziny chirurgii.

W Ameryce szczególniej, panuje przekonanie pomiędzy lekarzami, że natychmiastowe odjęcia w st. biodrowym należy odrzucić, a tylko wtórne i zupełnie opóźnione mogą być chociaż rzadko wykonywane. Bezpośredni wycieńczający wpływ téj operacyi, uważanym jest za nieunikniony, któremu każdy prawie operowany ulega. Rzeczywiście z 42 amerykańskich operowanych, 21 uległo śmierci przez bezpośrednie wycieńczenie.

Z 11 operowanych przez L., tak w wojnie jak i pokoju przed odkryciem środków znieczulających jak i przy ich zastosowaniu, nie było ani jednej śmierci przez bezpośrednie wyczerpanie sił ale z chloroformu (amerykańska statystyka niewątpliwie przedstawia 2 przypadki śmierci z chloroformu), albo z silnej utraty krwi.

Pomiędzy wielkimi odejmowaniami, wyluszczenie ze st. biodrowego pozwala się wykonać jak najszybciej według zasad i z małą utratą krwi, a każdy chirurg jest w stanie nabyć potrzebną do tego biegłość.

Z 11 wyluszczeń jakie L. wykonał, 3 w praktyce prywatnej, z których 2 wyzdrowienia, a 8 z powodu ran postrzałowych, z tych żyje jeden. Lepszy więc jest rezultat gdy z powodu organicznej choroby wyluszczenie jest przedsiębrane aniżeli z postrzału. Taki wniosek jest niesłuszny. Z 8in ze złamaniami postrzałowemi, 1 operowany umarł w 4 tygodnie na niezależną od operacyi chorobę, 1 wskutek znacznego krwotoku; oba były wtórnymi wyluszczeniami; 25 pozostałych przypadków, 3 były wyluszczeniami pośrednimi (*intermediaire*) jako ultimum remedium, z których w jednym spotkano już dreszcze zwiastujące ropnicę.

Rany więc postrzałowe stawu biodrowego wymagają w przyszłości ścisłych poszukiwań.

<sup>1)</sup> Circular Nr. 7, Washington 4. p. 74, 75.

Gdy mamy oprócz rany stawu biodrowego rozległe zmiżdżenie kości miednicy, wtedy podtrzymanie życia choremu jest szczególnym zadaniem lekarza. Niektóre z obrażeń st. biodrowego wymagają wczesnego wyluszczenia uda. Operacya ta we właściwym czasie i z przecznością przedsięwzięta, daje najmniej tak dobre rezultata, jak wysoka amputacya uda. Tę ostatnią uważa L. nawet za niebezpieczniejszą, bo wykonanie jęj wymaga dłuższego czasu i większej utraty krwi jak przy wyluszczeniu. Z 4ch wysokich amputacyj uda (tuż pod krętarzem wielkim) które L. wykonał z powodu postrzału, były 3 śmiertelne.

W i l l i a m G r o s s z wojny amerykańskiej podaje 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności przy wyluszczeniu w stawie biodrowym, H o f f zaś przy wysokiej amputacyi uda w tęjże wojnie podaje 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności.

Te z ran postrzałowych st. biodrowego, które nie są skomplikowane rozległymi zmiżdżeniami części miękkich, kwalifikują się według zdania autora do natychmiastowego wypilowania. Ale gdy czas sprzyjający tęj operacyi już minął, wtedy oczekiwać trzeba ropienia, i wypilować po upływie dni 14. Jeżeli wypilowanie główki k. udowej wykonane było według zasad anatomicznych, wtedy rana jest mała, co zasługuje na największą uwagę.

Dawniej używał L. sposobu podanego przez A n t. W i g h t'a, teraz zaś następującego: chory leży na udzie zdrowym i boku odpowiednim, udo chore zgięte pod kątem 45<sup>0</sup>; prowadzi się cięcie proste od środka krętarza w kierunku osi uda na 5'' długie i nieco ku tyłowi, poczem przedłuża się je aż do kolca biodrowego górnego tylnego; rozsunawszy brzegi cięcia, zachowując związek m.m. pośladkowych z powięzią udową i okostną, wnika się przez dno cięcia do torebki stawowej, którą również podłużnie rozciąć należy. Torebkę i mięśnie do tylnęj i przednięj powierzchni krętarza przylegające oddziela L. z okostną, robi ruch ksobny (*adductio*) udem, wprowadza nóż prosty i wązki od zewnątrz i tyłu do stawu, przecina wiąz okrągły (*lig. teres*) i główka staje się wolną; unikając oddzielenia okostnej od reszty krętarza przepilowuje teraz szyjkę za pomocą piłki nożykowej (*stielsäge*). Metoda ta najmniej rani, i daje swobodny odpływ ropy.

Wielka liczba obrażeń st. biodrowego wymaga zachowawczego lub wyczekującego leczenia; wtedy trzeba natychmiast unieruchomić w wielkich przyrządach B o n n e t'a, sięgających aż do pachy, dać wewnątrz żelazo i zrobić nacięcia wczesnie, aby uprzeczyć i zmniejszyć zgubne nacieczenia części miękkich; odłamki zaś kostne wyjąć należy.

Którakolwiek z metod tych przedsięwziętą zostanie, w każdym razie pamiętać należy, aby rannego w st. biodrowym nie wystawiać na długie transporta.

Nierównie lepszy jest rezultat przy ranach postrzałowych s t a w u k o l a n o w e g o. Łatwy dostęp i cienkość części miękkich otaczających pozwalają dobrze rozpoznać obrażenie i unieruchomić, warunki tak potrzebne zachowawczęj chirurgii, która tu najpiękniejsze wydaje rezultata.

Rany tego stawu uważają do dziś dnia za tak niebezpieczne, że wyleczenie tychże zowią nieprzewidzianym wypadkiem. L a r r e y żąda tu natychmiastowęj amputacyi uda, G u t h r i e nie widział wyleczenia ze złamania postrzałowego w tym stawie. Wszystkie rany postrzałowe drążące do stawu kolanowego nadwerężające końce stawowe kości, wymagały natychmiastowęj amputacyi uda (*Esmarch*), a odwłoka amputacyi dozwoloną była tylko przy prostych obrażeniach postrzałowych torebki lub kości na zewnątrz tęj ostatnięj (*Stromeyer*). Amerykańscy chirurdzy również oświadczyli się za wczesną amputacyą powyżęj kłykców udowych (*E. Andrews*), bo robiąc tę operacyę mieli 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności, lecząc zaś zachowawczo 68<sup>0</sup>/<sub>0</sub> śmiertelności. Tęgoż zdania jest i *Stromeyer* według swych spostrzeżeń po potyczce przy Langensalza; zapewnia on, że żadnego wyleczenia obrażonego stawu nie widział.

Świeża rana postrzałowa st. kolanowego przedstawia bardzo mało wydatne objawy; chory nie zgadza się na wczesną amputacyę, a przystaje na następczą, która znów złych rezultatów dostarcza. Wypilowanie zaś stawu w tych razach jest jeszcze mniej pomyślnym,

i wątpi autor, czy znajdzie kiedy podczas wojny obszerne zastosowanie. To spowodowało, że większą liczbę przypadków poddano zachowawczemu leczeniu. Znajdował się w klinice królewskiej ranny, któremu strzał szrótowy oba kłykcie lewego uda od siebie oddzielił, oraz rzepekę i dolny koniec uda zdruzgotał, a jednak po wydaleniu licznych odłamków kostnych nastąpiło wyleczenie ze znaczném skróceniem kończyny. Podobnych przypadków w literaturze możnaby jeszcze szereg wykazać; lekarz więc nigdy nie powinien wątpić o życiu chorego, chociaż ten amputacyi odmówi.

Przy złamaniach postrzałowych st. kolanowego bez znacznych pęknięć, zachowawcze leczenie może wydać jak najlepsze rezultata. W 1867 roku do kliniki przyjęto 2 świeżo po zranieniu wypadki postrzałowe tego stawu, oba wyleczone z pewnym ruchem w stawie. Ztąd niesłusznie czynią zarzut lekarzom, czynnym po krwawej utarczce w Czechach, że za bardzo daleko zaszli w usiłowaniach o utrzymanie postrzelonych członków; piękne rezultata z téj metody leczenia osiągnięte stanowczo zarzut ten odpierają, z 18stu bowiem złamań postrzałowych st. kolanowego, 14 wyleczono. W 4ch śmiertelnych przypadkach, 1 umarł z błonicy (*angina diphtheritica*), 1 z powodu posocznicy, a 2 u których zrobiono późno wypiłowanie st. kolanowego, na ropnicę.

Natychmiastowej amputacyi, albo jeśli ta jest odmówioną, wypiłowania wymagają te wypadki, przy których końce stawowe są zdruzgotane na liczne kawałki, części miękkie na znacznej przestrzeni poszarpane, lub téż, gdzie znaczne krwotoki z tętnicy lub żyły podkolanowej mają miejsce. Wszystkie inne wymagają leczenia wyczekującego.

S t r o m e y e r sądzi, że w wielu razach bywają mniemane rany postrzałowe stawu kolan. tylko raną obwodową, lecz tego w przypadkach L. nie było, zresztą według L a r r e y'a są to nadzwyczaj rzadkie wypadki. Gdy mamy otwory ze stron wprost sobie przeciwnych, to trudno przypuścić obieg kuli na około stawu, bo kątownate wyrostki kłykciów i brzegi rzepek tego nie dopuszczają. A bywały przypadki, że niewątpliwie drażąca rana do stawu, po wyleczeniu uważaną była za obwodową. Brak wypływu mazi (*synovia*) nie jest dostatecznym dowodem, bo otwory mogą być zatkałe strzępami i skrzepami krwi, ztąd przy ropieniu wskutek rozklejenia otworów i maź ukazać się może. Uważam za niemożliwe, ażeby kula przestrzeliwszy st. kolanowy od przodu ku tyłowi nie nadwreżyła kości; zawsze bowiem powstaje przynajmniej mniej lub więcej głęboka rynienka na kłykciach, którą w 2ch wyleczonych przypadkach wyczuć mogłem.

Gdy zamierzamy leczyć ranę st. kolanowego zachowawczo, nie należy śledzić jęj ani sondą ani palcem, ani wywierać nacisku, wykonywać ruchów żwawych kończyną w czasie okresu reakcyi. W przeciwnym razie, świeże zaklejenia które zamykają jamę stawową od kanału postrzałowego, mogą być wskutek téj manipulacyi rozerwane, a skutkiem bezpośrednim tego będzie ostre zapalenie stawu zwykle septyczne, prowadzące do amputacyi i śmierci.

W większej liczbie przypadków może lekarz wnioskować o ranie stawu z kierunku kanału postrzałowego; o zmiążdżeniu zaś końców stawowych przez dotykanie i ze zmienionego kształtu; a chociażby błąd popełnił i przyjął obrażenie stawu, to ztąd żadna szkoda dla chorego nie wyniknie.

Należy zatém zraniony st. kolanowy u n i e r u c h o m i ć od chwili zranienia aż do zupełnego wyleczenia, co już L a r r e y wyraźnie sformułował. Spokój stawu osiąga się najzupełniej przez natychmiastowe nałożenie opatrunku gipsowego, którego żadne inne nie zastępują. Przed nałożeniem opatrunku, należy końce stawowe jak najdokładniej sprowadzić na właściwe miejsca, i zasłonić wyniosłości kostne od ucisku za pomocą bandaża flanelowego lub waty. Tak może być ranny przewieziony na właściwe miejsce, unikając wycięcia okienek przed ukończeniem transportu, a tylko oznaczamy miejsca w których mają być wycięte. Transport dobrze jest odbywać koleją żelazną i przewozić takich rannych do miejsc odległych od pola bitwy aby ich nie wystawiać na wyziewy z przepełnienia szpitali i z pola bitwy.

W pierwszych dwóch dniach zaleca się okłady lodowe na przyrząd gipsowy, a to w celu zatamowania i zabezpieczenia od krwotoków. W ostatniej wojnie unikano długiego stosowania tak znacznego zimna, bo ono wcale nie przynosiło korzyści w 1864 roku, a L. stosuje pęcherze z lodem tylko w celu uśmierzania bólu i krwotoków włosowatych, z wyborynym skutkiem. Długo stosowany lód nie tylko nie zapobiega sposoczeniu wylewów krwawych i wydzieliny rany, ale zaciska naczynia tak potrzebne do odżywiania. Po upływie 3—4 dni zmienia się opatrunek z szarpi zmaczanéj w roztworze nadmanganianu potażu (*kali hypermanganicum*), kw. karbolowym lub chlorku wapnia, a w miejsce niego kładzie autor szarpię okienkowatą.

Gdy się rozwinię zapalenie, należy zastosować miejscowe upusty tak często, jak tego okaże się potrzeba. Jeżeli to będzie zapalenie ropne, co zwykle ma miejsce, wtenczas potrzeba zrobić małe przeciw-otwory, aby wydzielinie dać swobodny odpływ; szerokie cięcia (*Petit*) nie przynoszą pożytku.

O ile wiadomo następujące wypiłowania st. kolanowego z powodu ran postrzałowych były przedsiębrane :

przed rokiem 1864 . . . . .	7,	wyleczeń 2,	śmierci 5,
podczas wojny szlezwickiej 1864 r. . . . .	4,	„ 1,	„ 3,
podczas wojny amerykańskiej . . . . .	11,	„ 2,	„ 9,
podczas wojny austriacko-pruskiej . . . . .	2,	„ —,	„ 2.
R a z e m . . . . .	24,	wyleczeń 5,	śmierci 19.

Czy wypiłowanie stawu kolanowego i amputacja uda w takich wypadkach kwalifikują się do wyrzucenia z dziedziny chirurgii wojennej — przyszłość i doświadczenie pokaże, gdyż warunki, w jakich wszystkie dotąd były robione, były najniekorzystniejsze. Autor sądzi, że wczesne wypiłowania pomienionego stawu pomysłniej wypadną, co byłoby o tyle korzystniejszém, że i późne amputacje uda nie lepsze okazują wyniki. Z 1664 amputacyj uda dokonanych podczas krymskiej wojny, 1541 umarło (92 0/0 śmiertelności); z 23 amputacyj uda zrobionych w szpitalu Flensburgskim, 4 tylko zakończyło wyzdrowienie, a wykonane skutkiem ran stawu kolanowego, wszystkie zakończyły się śmiercią (*O c h w a d t*).

Rany postrzałowe s t a w u g o l e n i o - s t o p o w e g o zaliczane zawsze były do najcięższych obrażeń stawowych; *H e n n e n* stawia je na równi z ranami kolanowemi, a *T h o m s o n* radzi natychmiastową amputację goleni, większość oświadcza się za amputacjami *S y m e'a* lub *P i r o g o w'a*. *S t r o m e y e r* stanowi tu wyjątek, chce leczyć wyczekująco. W wojnie amerykańskiej w ł a ś c i w y c h wypiłowań tego stawu nie robiono.

Z 11 wypiłowań przez autora dokonanych, 9 wyzdrowiało, 2 umarło; — wszystkie były późne. Uleczeni 9 odbywać mogli nawet ruchy zawiasowe; operacja ta więc w przyszłości znaleźć powinna rozległe zastosowanie i okazać się lepszą od wypilywań stawu barkowego i łokciowego.

Po wykonaniu operacji, autor natychmiast unieruchomił za pomocą przyrządu gipsowego. Odjęcie goleni na przyszłość tylko w takich razach winno być zastosowane, gdzie obok złamania postrzałowego stawu stopowego znajdujemy zmiażdżenie części miękkich na znacznej przestrzeni, a szczególniej naczyń i nerwów. W przypadkach zaś, gdzie jest wskazaném wypiłowanie, czekać należy ropienia; ciężkie postrzały, skutkiem których dotychczas goleń amputowano, poddać trzeba wczesnemu wypiłowaniu. Leczenie wyczekujące może mieć zastosowanie przy pojedynczych złamaniach postrzałowych kostek i kości skokowej, tudzież przy postrzałach rynienkowatych.

Co do leczenia po całkowitej rezeceji stawu, autor radzi nałożyć natychmiast opatrunek gipsowy i ten od czasu do czasu zmieniać; przez to niekiedy i skrócenia kończyny uniknąć można; tóż samo robić należy i przy wyczekującym leczeniu, bo tylko tym spo-

sobem odłamki zdruzgotanego stawu dadzą się we właściwém położeniu utrzymać. Gdy nastąpi zupełne wyleczenie, to można przyrząd gipsowy najprzód zamienić łubkami bocznymi, a potem but łubkowy nałożyć.

W końcu autor cytuje niektóre wypalki wyleczenia za pomocą metody wyczekującej.

### Kilka uwag nad stosunkiem krwioplucia (*haemoptoe*) do suchot płucnych.

Przez F. Niemeyer'a.

Streścił Józef Nowak.

Przed trzema laty powiedział Niemeyer: „Żadne pojęcie w całej patologii nie wymagało tak nagłego reformy, jak pojęcie o suchotach płucnych.“ Na tém polu kliniczna medycyna została znakomicie przez anatomię patologiczną prześcignięta. Wyrażenie „gruźlica płuc“ jest jeszcze zawsze najwięcej używaném orzeczeniem „suchot płucnych“ stosownie do pojęć Laennec'a a niebezpieczne twierdzenia jego teorii, że „suchoty płucne są chorobą konstytucjonalną, że one ani z ostrego lub chronicznego zapalenia płuc, ani w skutek krwotoku płucnego ani z zaniedbanego nieżytu rozwinąć się nie mogą“ — jeszcze wówczas (przed trzema laty) miały wielkie znaczenie i wywarły szkodliwy wpływ na zapobieganie i leczenie suchot. Od trzech lat zaszła zupełna zmiana w powyższych pojęciach. Zwrot ten zawdzięczamy przedewszystkiem wykładom Niemeyer'a, a następnie późniejszym pracom Hoffmann'a, Waldenburg'a i innym, na które dopiero dzisiaj klinicyści w skutek wybornych prac Virchow'a i Buhl'a uwagę swą zwrócili. Zdanie, że „największém niebezpieczeństwem dla suchotników jest to, że stają się gruźliczymi,“ które przed kilku laty jeszcze za paradoks uważano, musi być obecnie prawie ogólnie uznaném.

Lecz kiedy pojęcie, że zaniedbany nieżyt o obfitej w komórki wydzielinie i produkta nieżykowego zapalenia płuc, mogą dać powód do suchot płucnych prawie ogólnie dzisiaj zostało przyjętém — to zupełnie przeciwnego doznało losu pojęcie o związku krwotoku płucnego z suchotami. Powątpiewanie i nieznanomość jeszcze dotąd tego związku przypisuje N. głównie przeczącym zdaniom Traube'go. Dr. Frantzel mianowicie ogłosił (1867) jeden przypadek z kliniki Traube'go, gdzie pewien mężczyzna w skutek cierpienia silną gorączką rozpoczętego po 13-tu dniach umarł; cierpieniu temu w kilka dni po zachorowaniu towarzyszyło silne i bezustanne krwioplucie, zgęszczenie mięszu płuca lewego i trzeszczenie, oddech jednak oskrzelowy nigdzie wysłuchany być nie mógł. Badanie pośmiertne oprócz kilku dawniejszych stwardniałych ognisk z jamkami o gładkich ścianach wypełnionemi serowatą zawartością wykryło jeszcze zrazowate nacieczenia (*lobuläre Infiltrationen*) płuca lewego. Kilka miejsc wielkości od soczewicy do ziarna grochu uległo już przemianie serowatej, nigdzie jednak oskrzela nie zawierały ani świeżych ani dawnych skrzepów krwi.

Tu więc bez wątpienia krwotok nie był przyczyną, lecz skutkiem zapalenia płuc i Niemeyer przyznaje słuszność temu twierdzeniu, czyniąc wzmiankę o podobnych wypadkach tak na wykładach jak i w swoim dziele. Lecz Traube nie zgadza się z nim w tém, że tego rodzaju przypadki, w których krwioplucie jest objawem zapalenia płuc, zdarzają się często. W zasadzie jednak jest tak, jak Hippokrates uczył, że krwioplucie pociąga za sobą suchoty i że krwioplucie sprowadzając suchoty pojawia się w skutek dalszego przebiegu procesu, który uważają za gruźlicę lub gruźlicze zapalenie płuc (*pneumonia tuberculosa*).

Wypadki (rzadkie) zapalenia płuc, połączone z obfitymi krwotokami włosowatymi, zdają się być dla tego tak niebezpiecznymi, że nacieczenia, do których one prowadzą, z trudnością mogą być rozmiękczone i wessane a więc częściej ulegają przemianie serowatej.

Traube twierdzi, że oprócz takich krwią plujących, którzy nagle, w napadzie, życie kończą (przez zaduszenie), u innych, nigdy w oskrzelach skrzepy krwi znalezionemi nie zostaną. Niemeyer może tylko potwierdzić zdanie Traube'go, gdyż nie widział on nigdy skrzepów w oskrzelach, a tylko spotykał je w pęcherzykach w skutek spłynięcia krwi z góry *respective* krwi aspiracyjnej, i to uważa on za podstawę dla suchot płucnych.

Z oskrzeli krew łatwo wyrzuconą zostaje, w pęcherzykach zaś przeciwnie, pozostając drażni niekiedy aż do wywołania kaszlu. Przeciwno zarzutowi, jaki tu może być uczyniony, że w żaden sposób krew z oskrzeli do pęcherzyków spłynąć nie może, przytacza N. zdania „wszystkich doświadczonych anatomo-patologów“ a w szczególności Foerster'a.

Przeciwno następnej uwadze Traube'go, że po większej części w początkach krwioplucia niedostaje objawów gorączkowych i innych oznak zapalnego cierpienia płuc, lecz że to jednak niema żadnego znaczenia, gdyż krwotoki do najskuteczniejszych przeciwgorączkowych środków należą, a więc gorączka jako objaw zapalenia płuc znakomicie przez przeciwgorączkowe działanie krwotoku zmniejszoną być może, — nadmienienia N. co następuje:

Najprzód nikomu nie przyszło do głowy, zdarzające się u młodych osób, które potem krwią plują, krwotoki z nosa wyprowadzać od gruźlicy lub właściwej postaci zapalenia błony śluzowej nosa; a ponieważ w obu razach — przy krwawieniu z nosa i płuciu krwi — żadne inne objawy chorobowe nie istnieją, nie należy więc tak jednemu jak i drugiemu krwotokowi nadawać różnego znaczenia.

Powtórę zapytuje Niemeyer, jak Traube wyjaśni te przypadki, w których po obfitym krwiopluciu (nawet kilkakrotném) nic więcej nie następuje, jak tylko przemijające osłabienie, po którym chorzy wracają do zdrowia i dochodzą do późnej starości. N. pojmuje je w ten sposób, że krew wcale nie pozostaje w pęcherzykach — a więc niema żadnego powodu do wystąpienia serowatego zapalenia płuc.

Po trzecie, przytacza N. przypadki krwotoku płucnego traumatycznego pochodzenia, po którym często rozwijają się suchoty.

Niemeyer nie zgadza się na zupełne uznanie wygłoszonego przez Laennec'a zdania, „że suchoty płucne nigdy w skutek krwotoku oskrzelowego rozwijać się nie mogą.“

Nakoniec przedstawia Niemeyer stosunek włosowatych, oskrzelowych i płucnych krwotoków do suchot płucnych w następujący sposób:

1. Nie wszystkie osoby, które ulegają włosowatym, oskrzelowym lub płucnym krwotokom, są albo będą suchotnikami.

2. Nie rzadko po włosowatych, oskrzelowych lub płucnych krwotokach występują suchoty, jakkolwiek niema genetycznego związku pomiędzy krwotokami a cierpieniami tkanki płucnej, które w ogóle są punktem wyjścia suchot. Indywidua usposobione do tych krwotoków, posiadają również skłonność do wzmiankowanych procesów zapalnych.

3. Włosowate, oskrzelowe lub płucne krwotoki nie rzadko zdarzają się u osób, których płuca ani gruźkami ani ogniskami zapalnymi nie są dotknięte, wówczas stanowią one pierwszą przyczynę suchot, a to w ten sposób, że pozostała w pęcherzykach krew i produkta zapalenia, które przez nią wywołaném zostało, ulegają przemianie serowatej.

4. Krwotoki oskrzelowe i płucne nie rzadko przyspieszają przebieg już istniejących suchot płucnych.

5. W niektórych rzadkich przypadkach krwioplucie nie jest przyczyną, lecz skutkiem procesów zapalnych, które w swoim dalszym przebiegu prowadzą do suchot. Takie przypadki są łatwe do rozpoznania, ponieważ zwykle mocna gorączka i inne zapalne objawy ukazaniu się krwotoku towarzyszą lub go poprzedzają.

6. Pozostająca w pęcherzykach i wraz z zapalnym nacieczeniem serowaciejąca krew, często daje powód do wybuchu gruźłek prosówkowych.

(Berl. klin. Wochenschrift, VI, 17).

## Wiadomości bieżące.

— **Nowy środek do opatrunku ran.** Petroleum miesza się z gliceryną w równych częściach i przykłada się na brodawkującą powierzchnię ran lub wrzodów. Zalety téj mieszaniny są: zapobiega zakażeniu ran, zmniejsza ropienie, nie sprawia zadrażnienia, a zatem i nie wywołuje bólu.

— **Śmiertelność w Warszawie.** W końcu r. 1869 było mieszkańców 254561, z tych mężczyzn 120,306, kobiet 134255; urodziło się w ciągu roku dzieci 11341, a mianowicie dzieci płci męskiej 5792, żeńskiej 5549; zmarło 12279 osób, 6476 mężczyzn, 5803 kobiet, a zatem procent śmiertelności w stosunku 1 na 1000, wynosi 48,3, a mianowicie 53,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mężczyzn, a 43,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kobiet; w stosunku zaś do liczby mieszkańców miasta wynosi 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, to jest mężczyzn 18, kobiet 23. Dwie głównie choroby przyczyniły się do tak znacznej śmiertelności, a mianowicie tyfus i suchoty płucne.

— **Prostytucya w Warszawie.** W roku 1869 było domów schadzek 25, domów publicznych 14, razem 39; kobiet w domach publicznych 154, w domach schadzek 333, kobiet podległych rewizji obowiązkowej 471, razem kobiet 958. W ciągu roku 1869 wciągnięto do kontroli publicznych i tolerowanych kobiet 399; wypisano z niej 364. W areszcie policyjnym lekarze policyi odbyli rewizję na 10,437 osobach, mianowicie na 6,716 mężczyznach i 3,721 kobietach; w kancelaryi lekarsko-policyjnego oddziału — na 6,207 osobach, jako to: na 94 mężczyznach i 6,113 kobietach; w cyrkulach policyi wykonawczej — na 1,187 osobach, to jest: na 70 mężczyznach i 1,180 kobietach. Z liczby wymienionych osób odesłano do szpitala Śgo Łazarza na kuracyę osób 851, z tych mężczyzn 153, kobiet 698. Odesłano również do tegoż szpitala kobiet publicznych 297, tolerowanych 280, razem 577.

— W tych czasach w Zurichu broniła rozprawy celem uzyskania stopnia Dra med. panna **Morgan** z Londynu, w obec liczego audytoryum. Przewodniczył téj uroczystości Prof. **Dr. Rose**.

— Wydziałów lekarskich we Francyi jest 3, mianowicie: w Paryżu, Montpellier i w Strasburgu. W pierwszym wykłada 52 profesorów, w drugim 35, w trzecim 28. Wydział Paryzki od r. 1798 — 1867 wydał 17,190 dyplomów doktorskich.

— † W dniu 20 b. m. umarł na tyfus ś. p. **Dr. Seweryn Broniewski**, nauczyciel Szkoły felczerów i lek. ord. w szp. Star. w Warszawie, w 33 roku życia.

— † W dniu 7 b. m. zmarł nagle **Dr. v. Vivenot**, professor klimatologii w Wiedniu, autor szacownego dzieła „o działaniu ściśnionego powietrza.“

— **Wezwanie Bióra informacyjnego o nędzy wyjątkowej do pp. lekarzy miasta Warszawy.** Bióro informacyjne o nędzy wyjątkowej przy wyszukiwaniu nędzy prawdziwej bardzo często spotyka się ze stałą jej towarzyszką — z chorobą, której rodzaj wymaga nieraz rychłej pomocy lekarskiej w mieszkaniu biédnego. Bióro informacyjne podawało już w pismach tutejszych wezwanie swoje do pp. lekarzy, aby ci, którzy bezinteresownie zechcą nieść pomoc nieszczęśliwym na wskazanie bióra, zechcieli się na to zdeklarować piśmiennie, przesyłając adres swój do bióra (ulica Jasna, Nr. 4); sądząc jednak, że ogłoszenie takowe uszło uwagi większej części lekarzy (bo dotąd bowiem trzej tylko zapisali się), ponawia zatem swe wezwanie w nadziei, że ciało lekarskie, tak chętnie zawsze śpieszące z pomocą w każdej niedoli, przyjąć zechce udział i w sprawie miłosierdzia publicznego bezpośrednio ich powołania dotyczącej.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Dr. Girsztowt**.

---

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. — Дозволено Цензурою.

---