

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5		na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	2 kop. 50				i w Cesarstwie	półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25				z przosyiką:	„	„

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

**TREŚĆ:** Kołtun ze stanowiska histologii i poszukiwań doświadczalnych, (Ciąg dalszy) — Wykłady kliniczne. Podobieństwo zwłochi w stawach ramieniowym i udowym, oraz sposób ich nastawiania. Przez prof. Th. Kochner'a. Streścił Dr. E. Modrzejowski. — Odcinek. Korrespondencyja z Mnichowa. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Przyczynki do rozpoznawania włókniaków macicy. Częściowe wywrócenie pęcherza moczowego. Wstrzykiwanie ciepłej wody w jamę otrzewną przeciw ostremu jej zapaleniu. Przyrośnięcie odciętego paznokciowego członka palca. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Płonica w Anglii. — Biblijografia. — Ogłoszenia.

## KOŁTUN ZE STANOWISKA HISTOLOGII I POSZUKIWAŃ DOŚWIADCZALNYCH.

(Przyczynek do fizjologii włosów).

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 4, 7, 8 i 15).

Ponieważ fakt rozszczepiania się włosów w stosunku do wyjaśnienia sprawy kołtunowej jest rzeczą ważną, przeto do pracy naszej dołączyliśmy dokładne rysunki z natury, przedstawiające wszelkie typy rozszczepień, które tutaj opisem zastąpić będziemy się starali. Do tego celu użyliśmy naumyślnie włosów niekołtunowych, aby tem dotykalniej wykazać, że rozszczepianie włosów bynajmniej nie stanowi wyłącznej cechy dla kołtuna, lecz że ono jest wspólne dla wszelkich włosów dawno nie przystrzyganych. Co więcej, — rzec mogę, iż włosy niekołtunowe przedstawiają daleko większą różnorodność w kształtach rozszczepień, gdy włosy kołtunowe są przeważnie porozszczepiane na przebiegu, to jest w różnych miejscach swej długości. W ogóle jako prawidło uważać można, iż im włos jest grubszym, tem więcej przedstawia warunków, które go do rozszczepiania usposabiają. Widzieliśmy, iż obecność rdzenia we włosach grubych jest owym warunkiem usposabiającym. HIRTŁ robi uwagę, że włosy czarne często są porozszczepiane na końcach. Wszelako określenie to nie jest zupełnie ścisłym, albowiem włosy te nie dla tego często lub częściej jak inne ulegają rozszczepieniu że są czarne, lecz dla tego, że właśnie włosy czarne są w największej liczbie przypadków grubsze od wszelkich innych. Dostrzeżone przezemnie typy rozszczepień są następujące:

1<sup>o</sup> Rozszczepienie dwudzielne czyli widelkowate (typ dychotomiczny), niezmiernie jest częste, i daje się dostrzegać na włosach głowy u kobiet, bez względu na grubość lub barwę włosów. Nie zdarzyło mi się dotąd spotkać ani jednej kobiety, której włosy tego typu rozszczepieniaby nie

przedstawiały. Jeżeli samo rozszczępienie nie jest wyraźnie wykształcone to końce dawno niestrzyżonych włosów przedstawiają często pewne zgrubienia na końcach, które z największą łatwością (przy naśladowaniu ruchów jakie pędzelkiem pocieranym o jaki przedmiot wykonywany) na dwie, czasem na trzy części się rozpadają. Że tak widełkowato rozdwojony włos przez sam środek pęka, dowodzi najprzód jednaka grubość odszczepów, jak również i to że włos taki rozdrzeć można na znacznej nieraz przestrzeni, czyli przepołowić go w ten sposób, że oba odszczepy dalej trzymać się będą i prawie swej grubości nie zmieniają. Udaje się to tylko z włosami grubszyimi t. j. rdzeniem opatrzonymi. We włosach cieńszych zwykle jeden z odszczepów przy takim przepołowieniu (włosa) się oddziela. Oprócz tego zauważyłem, iż odszczepy włosów cieńszych (blond i wszelkich jasnych) mają kształt linii prostych tak że nam głoskę Y przypominają, podczas gdy we włosach grubych (czarnych) odszczepy te przybierają kształt łukowaty.

2<sup>o</sup> Rozszczępienie trójdzielne, to jest składające się z trzech odnóg wcale nie należy do rzadkich. Spotykamy je bardzo często również na końcach włosów u kobiet, i brodach u mężczyzn. Wymiary grubości odnóg są równe albo prawie równe. Otrzymujemy je także często jeżeli zgrubiałym końcem włosa jak pędzelkiem pociągamy. To samo można powiedzieć i o 3-im typie rozszczępień to jest o poczwórnem rozszczępieniu końców włosowych (na brodach u mężczyzn), a wtedy zwykle jedna lub dwie odnogi są cieńsze od dwóch pozostałych, co dowodzi iż typ ten powstaje z dwóch poprzednich, to jest przez nowe rozszczępienie się już istniejących odnóg. Czwarty dalej—dostrzegamy rozszczępienie zupełnie do pędzelka podobne, z wielu odnóg złożone, które zauważyłem tylko na bardzo dawno nieprzystrzyganej brodzie. Pomiędzy wymienionymi typami mogą być rozmaite odmiany i urozmaïcenia, wszelako wszystkie w czterech powyższych pomieścić się dadzą. Że przyczyny mechaniczne jakimi są tarcie się włosów jednych o drugie lub o odzież, grają tu ważną rolę, jak to i PINCUS twierdzi, jest rzeczą jasną; widzieliśmy bowiem że dowolnie na końcach włosowych rozszczępienie wywołać możemy, przyspieszając to co prędzej czy później bez naszego udziału nastąpiło.

Drugą grupę stanowią rozszczępienia, jakie na przebiegu włosów dostrzegamy. Niejednokrotnie udaje się odnaleźć w brodzie włos, który na swym przebiegu przedstawia pewne zgrubienie, prócz którego nie więcej gofem okiem nie dostrzegamy. Obraz się zmienia, gdy włos taki badamy za pomocą drognowidza. Wywarłszy na wyrób tak zgrubiałego włosa pewne ciśnienie za pomocą szkiełka nakrywkowego, dostrzegamy jedną a czasem dwie szczeliny mniej więcej osi włosa odpowiadające; co nas przekonywa, że wspomniane zgrubienie włosa nie od czego innego a od rozszczępienia pochodzi. Tego rodzaju rozszczępy stale we włosach kołtunowych napotykamy. Jeżeli końce odcinka tak zgrubiałego włosa zbliżymy do siebie podług jego osi, to jest naśladowując kierunek wedle którego rozciągnięta gummielastyka do pierwotnego stanu wraca, to się i go-

fem okiem przekonamy, że miejsce odpowiadające zgrubieniu jest rozszczepione, albowiem rozszczepy owe się rozłączą, i włos taki okaże się jakby z kilku części złożonym. Zdarza się nieraz, iż pomimo wrzecionowatego zgrubienia, jakby rozdęcia włosa, ani za pomocą drobnowidza, ani też sposobem dopiero co podanym rozszczepienia wykryć nie można; ale wtedy dostrzegamy przy drobnowidzowem badaniu, że w tem miejscu, w którym włos zdaje się być grubszym, znajduje się bez porównania więcej podłużnych odstępów powietrzem napełnionych, jak w innych odcinkach tegoż samego włosa. PINCUS w swych licznych pracach pierwszy zwrócił uwagę że owo zgrubienie (*Auftreibung*) włosa, polega na zwiększonej ilości rzeczonych przerw powietrzem napełnionych. Jest to właśnie miejsce do pęknięcia czyli rozszczepienia się usposobione, i zbywa mu tylko na mechanicznych powodach, aby takowe przyszło do skutku.

Tak na wstępie opisane rozszczepianie się jak i dopiero wspomniane wrzecionowate zgrubienia włosów, wprowadziły w błąd niektórych autorów, którym się zdawało że jedne i drugie są następstwem silnego przepełnienia włosa płynami odżywczymi lub chorobnymi i że te właśnie płyny tak silnie włos rozpierają, że aż pęknięcia lub też wrzecionowatego zgrubienia, jakoby rezechania włosów stają się przyczyną. Wykazaliśmy wyżej iż podobne przypuszczenia, wprost przeciwne rzeczywistości, wypowiedzieć mogli tylko ci, którzy żadnych badań doświadczalnych z włosami nie przedsiębrali, i którzy nie znali roli jaką rdzeń włosowy odgrywa. Dziś drobnowidz natychmiast bezzasadność podobnych twierdzeń wykazuje. Z dawnych autorów BONFIGLIUS (1712), a z nowszych pr. ANDREJEW (1874) wygłosił zdanie, że: pękanie i rozszczepianie włosów jest następstwem nadmiernego wchodzenia we włosy płynów odżywczych i potu, to jest wdrażania tychże płynów do wnętrza włosów, za pomocą rdzenia!

Smutne złudzenie, dla rozwiania którego dosyć jest choć jeden raz widzieć włos pod drobnowidzem, i poznać jego budowę nie z opisu, lecz z natury, lub też zwrócić uwagę na fakta, które każdy stwierdzić może. Mimochodem więc tu powiemy, że gdyby nawet kto mógł wykazać, że w jakimkolwiek włosie krąży choć jeden atom płynu, i że ten atom wędrując po rdzeniu włosowym (naturalnie, gdyby rdzeń włosowy był przewodem czyli kanałem) a następnie przedostając się przez ściany ze środka włosów na ich powierzchnię występuje, a potem włosy te pomiędzy sobą w kołtun skleja, to jakże wyjaśnić powstanie kołtuna z włosów, które nie tylko przewodu (bo takowego nikt jeszcze nie wykazał) lecz nawet rdzenia nie posiadają? Dzieci do lat 5 mają włosy bezrdzenne (widzieliśmy wyżej dla czego); włosy ich przedstawiają pełne walce rogowe, we wnętrzu których o krążeniu jakiegokolwiek płynu nawet i mowy być nie może, a jednak dzieci te mają kołtuny. Na głowie dorosłego człowieka czy to mającego kołtun czy nie, nie znajdziemy ani jednego włosa któryby przez całą swoją długość wykształcony rdzeń posiadał; takie tam liczne napotykamy przerwy, że już chociażby z tego jedyne go powodu płyny tam krążyć nie mogą, a jednak ludzie ci mają kołtuny. Na

głowie jedne tylko włosy siwe i to bardzo rzadko mają rdzeń dobrze wykształcony, jednakże w liczbie stu wypadków, nie widziałem ani jednego siwego kołtuna. Tylko włosy brody z powodu swej grubości mają rdzeń dobrze wykształcony, co by naprowadzało na myśl że w nim płyny krążące mogą; lecz oto sami wyznawcy kołtuna twierdzą, że na brodzie albo kołtuna nie bywa, albo też jest bardzo rzadki. Jakżeż wytłumaczyć te rażące sprzeczności? Właśnie tam gdzie mają płyny krążące i włosy zlepiać, tam jakby naumyślnie wcale rdzenia włosowego nie ma; a przeciwnie, tam gdzie on jest dobrze wykształcony, tam znowu kołtuna niema. *Une doctrine croule quand elle est en désaccord avec les faits.*

Trzeci rodzaj rozszczepień jest czysto sztuczny, albo właściwiej mówiąc przypadkowy i polega na odłamaniu się istniejących odszczepów. Spotyka on się bez porównania rzadziej jak wszelkie inne, a wspominamy o nim dla tego, że stał się powodem licznych sporów i poszukiwań ze strony wielu badaczy i to w niedawnych czasach, a to z następującego powodu: jeżeli jedna z odnóg rozszczepionego włosa się odłamie (co razy kilka dostrzegalem), wtedy włos oczywiście przedstawia się na końcu znacznie cieńszym. Nietylko drobnowidz lecz nawet i lupa pokazuje ślad wyraźnego odłamania włosa w tem miejscu, w którym się jego prawidłowa grubość rozpoczyna. Jeżeli następnie się zdarzy, że tak ścięty koniec się rozszczepi a jeden z tych odszczepów się odłamie, natenczas włos przedstawia nam trzy stopniowo zmniejszające się wymiary grubości, co nam rozciągniętą perspektywę połową przypomina. To właśnie było przyczyną błędnego przypuszczenia ENGEL'A <sup>1)</sup> który usiłował dowieść, że włosy mogą rosnać na końcach, czyli chciał ni mniej ni więcej jak obalić dotychczasową anatomiję i fizyologiję włosów. Wszelako, HENLE <sup>2)</sup>, FOERSTER <sup>3)</sup> i SPIESS <sup>4)</sup> wykazali całą bezzasadność tego dziwnego przypuszczenia, bardzo prostym doświadczeniem a mianowicie: na takim włosie zrobili znaczek i zmierzili odległość czyli długość włosa od skóry do znaczka, i od znaczka do końca włosa, a po upływie pewnego czasu okazało się że tylko odległość między skórą a znaczkiem, uległa powiększeniu, podczas gdy część włosa zawarta między znaczkiem a końcem (włosa) żadnej nie uległa zmianie. HOFFMANN <sup>5)</sup> nie znając oczywiście spostrzeżeń trzech wymienionych badaczy, wystrzelił jak *Deus ex machina* z podobnem jak ENGEL' zdaniem, lecz na to już nikt nie zwrócił nawet i uwagi. Od tego czasu żaden

<sup>1)</sup> *Ueber das Wachsen abgeschnittener Haare. Sitzungsberichte der K. K. Acad. Wissenschaften. Math. Naturwiss. Class. Bd. XIX. Hft. 2 p. 240 r. 1856.*

<sup>2)</sup> Rozbiór artykułu ENGEL'A przez HENLE'GO w *Henle's und Meissner's Bericht über die Forts. d. An. u. Phys. im Jahre 1856. 3 Reihe. Bd. I pag. 61.*

<sup>3)</sup> *Ueber das Wachsen abgeschnittener Haare.* Rozbiór pracy ENGEL'A w *Virchow's. Arch. f. Path. Anat. u. Phys. Bd. XII Hft 6. p. 569.*

<sup>4)</sup> *Das Verhalten der Centraltheile des Haares im physiologischen und Path. Zustande. Zift. f. rat. Med. von HENLE u. PFEUFER. 3 Reihe, V Bd. pag. 1—27.*

<sup>5)</sup> *Einiges über Haare in gerichtärztlicher Beziehung. Prag. Vierteljahrsschft IV. p. 67—83.*

z badaczy nie utrzymuje, aby włosy na końcach, tak jak rośliny rosnać mogły, gdyż już ARYSTOTELESOWI aż nadto było wiadomem, że włos od strony skóry ku górze się wydobywa i że koniec włosa stanowi część najstarszą, bo ten wielki badacz mówi <sup>1)</sup>: „*Pili praecisi ab incisura non augetur sed inferius a radice exeunt, atque ita evadunt longiores.*” (c. d. n.)

## WYKŁADY KLINICZNE.

Podobieństwo zwichnień w stawach ramieniowym i udowym, oraz sposobów ich nastawiania. (*Die Analogien von Schulter—und Hüftgelenk—Luxationen und ihrer Repositionsmethoden.*)

Przez prof. TH. KOCHER'A w Bernie <sup>2)</sup>

Streścił E. Modrzejewski.

Nastawianie tak zwanych „ciężkich” zwichnień połączone bywa nieraz z użyciem najrozmaitszych sposobów, w których obroty, dokonywane dla nastawienia zwichniętej kończyny, w działaniu swoim wprost są sobie przeciwne. Jaki jest powód, że przy tak często się zdarzających zwichnieniach ramienia i uda, nie mamy dotychczas stanowczych sposobów dla nastawienia, a probujemy tej lub owej metody? Zkąd pochodzi, że BIGELOW <sup>3)</sup> w wybornej swej pracy, dla nastawienia zwichnienia zasłonego (*l. obturatoria*) kości udowej zaleca ni mniej ni więcej jak 10 metod, z których każda, stosownie do okoliczności, ma prowadzić do celu?

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przeszkody spotykane przy nastawianiu zwichnień daleko są prostsze, niż sposoby używane dla ich pokonania.

W przeciwieństwie też ze zdaniem wygłaszanem w podręcznikach: „że spór o pierwszeństwo różnych sposobów nastawiania zwichnień, nigdy nie zostanie rozstrzygnięty na korzyść jednego, ośmielamy się utrzymywać, iż w przyszłości, dla każdej postaci zwichnienia jeden tylko sposób nastawiania przyjętym zostanie.

Aby ten cel osiągnąć, nie należy się trzymać wyłącznie tak zwanej „fizjologicznej” metody nastawiania zwichnień, polegającej jak wiadomo na wprowadzeniu stawowego końca zwichniętej kości, tą samą drogą, którą takowy przebył przy zwichnieniu.

Jest to zatem terapija oparta na przyczynowym (etiologicznym) momencie. Sami już jednak zwolennicy tego postępowania przyznają, że bardzo często nie wiemy w jaki sposób następuje zwichnienie, na trupach zaś możemy tylko niektóre rodzaje zwichnień bezpośrednio naśladować, dla dokonania innych musimy przedtem robić przecięcia więzów torebkowego, otaczającego staw, a niektórych zwichnień nie możemy zupełnie wywołać w ten sposób, jak się one dokonywają za życia np. zwichnienia ramienia, przez uderzenie w zewnętrzną stronę ramienia. Braknie nam także na trupie ważnego czynnika t. j. napięcia mięśni.

Możemy pozyskać daleko pewniejsze podstawy dla leczenia zwichnień, jeżeli pomijając względ przyczynowy, weźmiemy jedynie pod uwagę ana-

<sup>1)</sup> *Aristoteles latinè interpretibus variis edidit Ac. Reg. Borussica Berolini A. 1831.*

<sup>2)</sup> *Volkmann'a Sammlung klin. Vort. N. 83.*

<sup>3)</sup> *Henry J. BIGELOW übersetzt von POCHHAMER. Berlin 1873. Mechanismus der Luxationen etc. im Hüftgelenk.*

tomiczne stosunki. Dla częścię się zdarzających zwichnień, mamy dosyć wyrobów anatomicznych, abysmy podobne zwichnienia na trupie w jakikolwiek sposób dokonać mogli, i stosownie do tego mechanizm nastawienia przez doświadczenie i spostrzeżenia kliniczne ugruntowali. Gdyby nie ogólna dziś niechęć przeciwko wprowadzaniu nowych nazw, sądzilibysmy, że zamiast fizjologicznej, „anatomiczna” metoda nastawiania zwichnień powinna być uprawiana.

BIGELOW w pracy swej powyżej przytoczonej dowiódł: że czynnikiem głównie wpływającym na ustawienie uda i zarazem najważniejszą przeskodą przy nastawianiu jego zwichnień, jest więz biodro udowy, (*lig. ileo-femorale*) tak zwany więz Y.

Wiąz ten przy zwichnieniach tak rzadko ulega rozerwaniu, że słusznie odróżnia B. jako nieprawidłowe, zwichnienia kości udowej połączone z rozerwaniem tego więzu od zwichnień prawidłowych, t. j. bez jego rozerwania. Rozróżnienie to jest ważnem pod względem praktycznym, gdyż przy nieprawidłowych zwichnieniach sposób obrotowy (*Rotationsmethode*), który przy prawidłowych pierwsze zajmuje miejsce, nie może być użytym do nastawiania, ponieważ takowy głównie zależy od nienukształności pewnych części narządu więzowego.

Wiąz Y poczyna się na kości biodrowej w odległości  $1\frac{1}{2}$  ctm. od kolca biodrowego przedniego i dolnego (*spina ant. inf. ilei*) i za pomocą dwóch rozchodzących się odnog przyczepia się na szerokości  $7\frac{1}{2}$  ctm. do linii międzykrętarzowej przedniej (*linea intertrochanterica anterior*).

Ramię wspólne Y znajdujemy często bardzo krótkim, gdyż rozdział na dwie odnogi poczyna się już blisko przyczepu. Wiąz ten przechodzi bez ostrych granic w więz torebkowy. Jedna odnoga więzu biodro-udowego ogranicza zbytni ruch wyprostny uda (*extensio*), druga ruch obrotowy (*rotatio*) na zewnątrz. Wiąz ten jest tak silny, iż podług BIGELOW'A może unieść 250—750 funt.

Podaliśmy dla tego szczegółowy opis tego więzu, że staw ramieniowy posiada więz zupełnie podobny, który nie doznał jeszcze należytego ocenienia, chociaż odgrywa równie ważną rolę, jak i więz biodro-udowy.

Mamy tu na myśli więz kruczo-ramieniowy (*lig. coraco-brachiale*), który można również uważać jako więz Y. Poczyna się on przy osadzie wyrostka kruczego, bezpośrednio przed przyczepem ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia (*m. biceps brachii*), i rozdziela się na dwie odnogi. Jedna z nich górna i tylna, biegnie ku guzikowi większemu (*tub. majus*) kości ramieniowej i przeplatając się ze ścięgnem mięśnia nadgrzebieniowego, przyczepia się częściowo do guzika większego kości ramieniowej, pozostała zaś jego część łączy się z więzem torebkowym stawu ramieniowego, zstępując aż do jego dolnego przyczepu.

Odnoga ta jest słabszą i służy do ograniczenia zbyt silnych ruchów obrotowych (*rotatio*) ramienia na wewnątrz. Ma ona znaczenie przy zwichnieniach kości ramieniowej ku tyłowi (*lux. retroglenoideae*). Przednia odnoga (co do początku swego zarazem dolna) przedstawia więz ścięgnisty, który poczynając się wspólnie z tylną odnogą, biegnie następnie do guzika mniejszego (*tub. minus*) kości ramieniowej, aby się w większej swej części tam przyczepić, pozostała zaś mniejsza część jego włókien, łącząc się z więzem torebkowym, zstępuje ku dołowi. Odnoga ta przednia więzu kruczo-ramieniowego ogranicza ruch obrotowy ramienia na zewnątrz i zgięcie ramienia (t. j. podniesienie ramienia w płaszczyźnie pionowej).

Tak jak w urządzeniu więzów stawu ramieniowego i biodrowego znajdujemy ważne pod względem praktycznym podobieństwo, można jeszcze w tych dwóch stawach wykazać inne cechy podobne, o których wzmian-

ka wyjaśni nam i ułatwi zrozumienie różnych postaci zwichnienia tych stawów i sposobów ich nastawiania.

Panewkę stawu ramieniowego tworzą tylko dwie kości: kość krucza (*os coracoidea*—ΛΕΒΥ), stanowiąca małą powierzchnię górną stawu i łopatka. W skład panewki stawu biodrowego, oprócz kości łonowej i biodrowej podobnych do wymienionych kości tworzących staw ramieniowy, wchodzi jeszcze kość kulszowa.

Skutkiem tej różnicy w budowie stawów ramieniowego i biodrowego, spotykamy w tych dwóch stawach pewne odmiany zwichnień. W stawie ramieniowym zwichnienie główki kości ramieniowej ku przodowi i na dół może nastąpić dowolnie odległe od panewki, gdy przeciwnie zwichnieniu główki kości udowej w tym kierunku stawia przeszkodę utworzona przez kość kulszową (*os ischii*) rama kostna. Na odwrót skutkiem daszku utworzonego przez wyrostek barkowy i więz barko-kruczy (*lig. acromio-coracoideum*) kość ramieniowa nie może uleść zwichnieniu ku górze, oraz ku górze i przodowi, gdy tymczasem zdarza się to z kością udową.

Zwichnienie więc ku dołowi i ku przodowi możliwym jest tylko dla kości ramieniowej, zwichnienie ku górze oraz ku górze i przodowi tylko dla kości udowej.

Odpowiednio do tego można ułożyć następującą tablicę (*Schema*) zwichnień.

	Ramię	Udo
a) Zwichnienia przedpanewkowe ( <i>praeglenoidea</i> )	1) Zw. przedpanew. górne ( <i>L. p. superior</i> ) braknie <sup>1)</sup> .	Biodrołonowe ( <i>ileo—pubica</i> ).
	2) Zwich. przedpanewk. dolne—podkrucze ( <i>L. p. inferior</i> == <i>subcoracoidea</i> ).	Zasłonowe ( <i>obturatoria</i> ).
b) Zwich. podpanewkowe ( <i>infra-glenoidea</i> )	3) Zwichnienie pachowe ( <i>axillaris</i> ).	na guz kulszowy ( <i>infra-cotyloidea</i> )
c) Zwich. zapanewkowe ( <i>retro-glenoidea</i> )	4) Zw. zapan. dolne — podgrzebieniowe ( <i>L. r. inferior</i> == <i>infraspinata</i> ).	kulszowe ( <i>ischiadica</i> ).
	5) Zw. zapan. górne podbarkowe ( <i>L. r. superior</i> : <i>subacromialis</i> ).	biodrowe ( <i>iliaca</i> ).
d) Zwich. nadpanewkowe ( <i>supra-glenoidea</i> )	6) — — — — — braknie	pod kołec biodrowy ( <i>supracotyloidea</i> ).

Wszystkie te postacie zwichnień mają sobie właściwe położenie (*Stellungen*), spowodowane utrzymaniem się w całości mocniejszych części więzuzi torebkowego, więzuzi biodro-udowego na udzie, więzuzi kruczo-ramieniowego (*lig. coraco-brachiale*) na ramieniu. Dla tych więc postaci zwichnień jest stały mechanizm, stała, że tak powiemy, formuła nastawiania, która się da zastosować do każdego pojedynczego przypadku. Skoro tylko w danym zwichnieniu występują zbożenia objawów, takowe spowodowane są jedynie przez rozzerwanie powyżej wspomnianych więzuzi wzmacniających, lub zalegają od innych powikłań. Do takich nieprawidłowych zwichnień należy np. zwichnienie podobojczykowe (*luxatio infraclavicularis*) dla ramienia, i zwichnienie kroczone (*l. perinealis*) dla uda.

Chcemy w dalszym ciągu wykazać podobieństwo pojedynczych zwichnień ramienia i uda, pomijając, jako dobrze znane, przyczyny takowych, i opierając lecznicze wskazówki tych zwichnień, jedynie na danych patologiczno-anatomicznych.

a) Zwichnienie kości ramien. ku przodowi (*luxatio praeglenoidea*).

1. Zw. przedpanewkowe górne, czyli biodro-łonowe (*luxatio praeglenoidea superior sive ileo-pubica*),—nie masz podobnej postaci dla ramienia.

<sup>1)</sup> Jedyńy przypadek zwichnienia kości ramieniowej nadkruczego (*l. supracoracoidea*), podany przez MALGAIGNE'A, można zdaje się pominąć, ponieważ zwichnienie było spostrzegane po 2½ miesiącach, i przedtem już było poddawane licznym próbom nastawiania.

W zwichnieniu tem, stósownie do tego gdzie się zatrzymuje główka kości udowej, można odróżnić 3 odmiany: Zwichnienie łonowe (*l. pubica*) zatrzymanie się główki na kości łonowej; zwich. nadłonowe (*l. suprapubica*) nad kością łonową; zwich. podkolecowe (*l. subspinosa* BIGELOW) gdy główka idzie ku górze i na zewnątrz, aż pod kołec kości biodrowej przedni dolny (*sp. ilei ant. inf.*)

Przy wszystkich jednak tych odmianach anatomiczne zmiany są jednakowe, a zatem i przeszkoda przy nastawianiu ta sama, t. j. więz torebkowy jest rozdarty z przodu, więz biodro-udowy (*lig. ileo-femorale*) mocno napięty ponad szyjką anatomiczną kości udowej.

Autor miał sposobność badać pośmiertnie zwichnienie kości udowej biodro-łonowe (*l. ileopubica*) u chorego, który skutkiem wkręcenia się nogi w koło wodne, zmarł wkrótce po wypadku. Zmiany znalezione przy pośmiertnem badaniu zwłok były: główkę kości udowej można było wyczuć na kości łonowej, skóra nad nią nienaruszona, noga skrócona i wykrecona na zewnątrz. Mięsień biodro-udowy przechodził wyprężony ponad szyjką anatomiczną kości udowej, naczynia były na wewnętrznej stronie główki, nieco w górę umiesione, więz obły wisiał na główce i był oderwany blisko swego przyczepu do panewki, więz torebkowy był w przedniej swej połowie, tuż przy szyjce kości udowej oderwany i opadał na panewkę w postaci płata. Brzeg chrząstkowy panewki był w całości zachowany.

Chociaż BIGELOW do nastawiania tych zwichnień podaje aż 6 sposobów, to jednak wykazują tak przypadki w literaturze podane, jakoteż badania pośmiertne i doświadczenia na trupach, że wybór w nich nie jest zbyt wielki. W naszym przypadku, wszelki ruch obrotowy (*rotatio*) zwichniętą kończyną, jako naprężający nierozzerwane części więzu torebkowego, okazał się szkodliwym, tylko wyciąganie (*extensio*) wyprostowanej kończyny, a następnie jej zgięcie, przy jednoczesnym ucisku na główkę kości udowej, powodowało natychmiastowe nastawienie.

Przy doświadczeniach na trupach, obrót (*rotatio*) na wewnątrz, w ostatnich chwilach nastawiania, okazał się bardzo korzystnym.

Stosownie do tego, zwykłe postępowanie przy nastawianiu zwichnienia kości udowej biodro-łonowego, jest następujące:

1) Wyciąganie w odpowiednim ustawieniu kończyny (t. j. w wyprostowaniu (*extensio*) i obrocie jej na zewnątrz). Celem wyciągania jest przeprowadzenie główki kości udowej przez brzeg miedniczy. Tylko w niektórych przypadkach potrzebnem będzie, dla osiągnięcia pożądanego skutku, wykonać jednocześnie ruch dźwigniowy, powiększając wyprostowanie, i ruch obrotowy kończyny na zewnątrz, także nieznaczny ruch odsiebnu (*abductio*). Przy wszystkich tych ruchach utworzoną zostaje z kości udowej podwójna dźwignia, której dłuższem ramieniem będzie trzon, krótszem szyjka anatomiczna i główka kości udowej, punktem zaś podpory część krętarzowa, unieruchomiana przez nienaruszone części więzu torebkowego.

2) Ucisk ręką na główkę kości udowej, aby przeszkodzić nowemu jej posunięciu się ku górze, przy mającem nastąpić zgięciu kończyny, które to zgięcie zwolni naprężenie więzu biodro-udowego. Ucisk ten który już MALGAINÉ podał jako bardzo ważny, może już sam przez się, w połączeniu, ze zgięciem, spowodować nastawienie tego rodzaju zwichnień.

3) Zgięcie, aby spowodować zwolnienie więzu biodro-udowego, jest niezbędnym warunkiem delikatnego nastawiania. Zgięcie to nie potrzebuje być w wysokim stopniu, ani nawet dosięgać kąta prostego, gdyż wtedy tylna część więzu torebkowego zanadto zostaje naprężoną.

4) Jeżeli do nastawienia ucisk na główkę kości udowej nie wystarcza, można wtedy dokonać ruchu obrotowego na wewnątrz. Główka ko-

ści udowej zostaje przez ruch ten skręconą (*gedreht*) około napiętego tylnego odcinka więzu torebkowego.

Nie jest to zatem zupełnie nastawianie fizjologiczne, które tu polecamy, gdyż zwichnienie następuje skutkiem silnego wyprostowania kończyny i ruchu jej obrotowego na zewnątrz.

2. Zwich. przedpanewkowe dolne (*luxatio praeglenoidea inferior*).

Z. zasłonowe (*l. obturatoria*)—dla uda.

Z. podkrucze (*l. subcoracoidea*) dla ramienia.

W obydwóch tych zwichnieniach więz torebkowy jest przerwany w swym przednim dolnym obwodzie, w obydwóch górna część więzu torebkowego i odpowiedni więz są mocno napięte, i warunkują nieprawidłowe ustawienie zwichniętego członka. Nakoniec co do przyczyn, takowe są jednakowe tak dla tych zwichnień ramienia jak i uda, t. j. powstają najłatwiej gdy członek jest bezczynny (*Ruhestellung*). Nie możemy zgodzić się ze zdaniem HUETER'A, który utrzymuje że zwichnienia ramienia najczęstsze są skutkiem silnego ruchu odsiebnego (*hyperabductio*), ani także z BIGELOWEM, podług którego zgięcie i ruch odsiebny powodują zwykle zwichnienie kości udowej zasłonowe. Chociaż spostrzegaliśmy tylko trzy przypadki zwichnienia zasłonowego, skłonni jednak jesteśmy przyjąć, że takowe powoduje uderzenie z zewnątrz, lub upadek na odpowiednią stronę ciała. W większości przypadków istniał mniej lub więcej znaczny ruch odsiebny. Również znaleźliśmy, że zwykle zwichnienia kości ramienowej powstawały skutkiem uderzenia w zewnętrzna okolicę ramienia.

W 18 przypadkach zwichnienia podkruczego (*l. subcoracoidea*) i pachowego (*l. axillaris*), któreśmy spostrzegali od czasu ogłoszenia drukiem ostatniej naszej pracy o zwichnieniach ramienia, 15 razy powodem zwichnienia było uderzenie bezpośrednio w ramię, tylko 5 razy był ruch odsiebny, niezawsze silny (*hyperabductio*), z uderzeniem lub bez takowego. Zasluguje to na uwagę, gdyż fizjologiczny sposób nastawiania zwichnienia ramienia głównie opiera się na tem, że zwichnienie przychodzi do skutku przez silny ruch odsiebny (*hyperabductio*).

Posmiertne badania zwichnień zasłonowych w małej tylko ilości przypadków były dotychczas dokonywane, dlatego musimy sztucznie na trupach wywoływać te zwichnienia, uwzględniając zarazem zmiany znalezione u zmarłych ze zwichnieniami zasłonowymi.

Zmiany napotymane przy zwichnieniach zasłonowych są: dolna część więzu torebkowego bywa rozdarta, mała jego tylko część przednia w całości się zachowuje.

Wiąz biodrowy jest mocno napięty, i jest powodem położenia odsiebnego i zgięcia uda. Tylna część więzu torebkowego nie jest napięta, co się zaś z przedniej pozostało, przedstawia się napięciem nad szyjką anatomiczną uda i przeszkadza posunięciu się takowej ku górze.

Aby przeszkody te pokonać, pierwszym warunkiem jest 1) zgięcie uda, które z powodu przerwania dolnej części więzu torebkowego może być większem jak przy nastawianiu zwichnienia łonowego, i musi też być większem z powodu znacznieszego napięcia więzu biodro-udowego. Zgięcie zatem tworzyć ma kąt prosty, i potrzeba przytem utrzymywać kończynę w odsiebnem położeniu i obrocie na zewnątrz. Przy zgięciu uda żadna część więzu torebkowego nie jest naprężoną; ponieważ jednak potrzebnem jest naprężenie tylnego odcinka więzu torebkowego, aby dokonać obrotu około oznaczonego punktu, należy zatem; 2) dokonać wyciąganie uda, które daje nam żądane naprężenie więzu. Jeżeli teraz dość silnie obracać będziemy udo na zewnątrz, to skręcająca, i przez to ulegająca skróceniu, tylna część więzu torebkowego wraz

z naprężającą się zewnętrzną odnogą więzu biodrowego, pociągają główkę kości udowej w górę i ku tyłowi, do panewki. Nastawienie zatem następuje 3) przez silny obrót (*rotatio*) na zewnątrz.

Zwich. kruczowe (*l. perinealis*), jako odmiana zwichnienia zasłonowego, nastawia się podług tych samych wskazówek. Że w tem zwichnieniu rozdarcie więzu torebkowego jest daleko większe, wykazuje to przypadek badany po śmierci przez BIGELOW'A, w którym zewnętrzna odnoga więzu biodro-łonowego (*lig. ileofemorale*) była oderwana.

Im więcej nieprawidłowem jest zwichnienie, w znaczeniu powyżej podane, tem trudniej będzie nastawić sposobem obrotowym, tem częściej potrzeba będzie użyć chloroformu, aby zwolnić naprężenie mięśni, i tem bardziej będą wskazane lekkie wyciągania (*extensio*) w unieruchomionej dolnej, i silne przeciw-wyciągania (*contraextensio*) w górnej części uda, podług starej metody A. COOPER'A.

Główka przytem wstępuje do panewki tą samą drogą, którą przebyła po wystąpieniu z takowej. Zastarzałe zwichnienia także zaliczamy do nieprawidłowych. W jednym przypadku zwichnienia zasłonowego, które istniało już 4 tygodnie, i opierało się wszelkim sposobom nastawiania, udało mi się nastawić to zwichnienie, zastosowawszy wyciąganie za pomocą pętli sprężystej (elastycznej), nałożonej skośnie na górną część uda.

Badania pośmiertne zwichnienia podkruczego (*l. subcoracoidea*) ramienia były często dokonywane.

Wiąz torebkowy przy zwichnieniu podkruczem bywa przerywany w swym przednio-dolnym obwodzie, i przerywanie to rozciąga się aż do mięśnia podłopatkowego, którego dolne pęczki są naderwane. Zwykle wiąz torebkowy jest oderwany od główki kości ramieniowej i wisi na panewce. Im dalej pod wyrostek kruczy posunięta jest główka kości ramieniowej, tem częściej, przez mocne ścięgnię mięśni nad i podgrzebieniowego, znajdziemy oderwanym guzik większy (*tub. majus*) kości ramieniowej. Nie upoważnia to jednak do odróżnienia 2-ech rodzajów zwichnień: podkruczego (*l. subcoracoidea*) i wewnątrzkruczego (*intracoracoidea*), na które MALGAIGNE tak wielki kładzie nacisk. Przeszkoda w nastawianiu, i zarazem sposób jej usunięcia pozostają jednakże w obydwóch tych odmianach.

Przednia mianowicie odnoga więzu kruczo-ramieniowego (*lig. coracobrachiale*) tworzy mocno napięty sznurek pomiędzy górnym obwodem panewki i guzikiem mniejszym. Sznurek ten albo bywał uważany za ścięgnię mięśnia dwugłowego, lub też napięcie górnego odcinka więzu torebkowego kładziono na karb ścięgnię mięśnia nadgrzebieniowego (*m. supraspinatus*), które w tem miejscu przylega.

MALGAIGNE jako przyczynę unieruchomienia kości ramieniowej przy zwichnieniach podkruczych uważa wklonowanie się przedniego brzegu panewki w rowki kości ramieniowej, wklonowanie to następuje jednak głównie skutkiem mocnego napięcia wspomnianego więzu.

Tylko przy jednej odmianie zwichnienia podkruczego, t. j. przy zwichnieniu podobojczykowem, następuje przerywanie więzu kruczo-ramieniowego, i właśnie ta odmiana, podobnie jak i zwichnienie uda na krocze, zalicza się do nieprawidłowych.

Przy zwichnieniach podkruczych ustawienie główki kości ramieniowej odróżnia się znacznie od ustawienia główki kości udowej, przy podobnych zwichnieniach uda (z. zasłonowe), gdyż z powodu braku w okolicy ramienia kości podobnej do kości kulszowej (*os ischii*), główka kości ramieniowej daleko więcej się oddala od panewki, jak to ma miejsce z główką kości udowej. Okoliczność ta musi być brana na uwagę przy nastawianiu.

Przy nastawianiu tych zwichnień pierwszym ruchem nastawniczym

jest obrót (*rotatio* ramienia na zewnątrz—*Auswärtsrotation*), co dokonywa się jednocześnie z przyciśnięciem ramienia do klatki piersiowej. Przekonywamy się wtedy, że wypuklenie okolicy ramienia przybiera kształt prawidłowy. Skutkiem tego obrotu główka kości ramieniowej bywa wykrecona około swego punktu podpory, znajdującego się na przednim brzegu panewki, i umieruchomionego skutkiem napięcia więzów kruczo-ramieniowego, oraz około osi pionowej, przez ten punkt przechodzącej.

Chociaż ruch ten jest warunkiem *sine qua non* dla dalszych ruchów, sam przez się jednak nie dokona nastawienia, ponieważ więz kruczo-ramieniowy nie zostaje przez to zwolniony. Zwolnienie to następuje skutkiem zgięcia (podniesienia ramienia w płaszczyźnie pionowej), które korzystnie jest połączyć z małym ruchem odsiebnym (*abductio*), ponieważ przez takowy zwolnienie więzów bywa jeszcze dokładniejszem.

Przy zgięciu tem napina się nierozzerwany tylny-dolny odcinek więzów torebkowego, i przez utworzony w ten sposób punkt obrotu (*Drehpunkt*) zapobiega się obsunięciu ku dołowi główki kości ramieniowej, która zostaje do panewki wtłoczona.

Potrzeba teraz tylko nadać ramieniu zwykłe jego położenie t. j. wykonać obrót na wewnątrz i wyprostowanie (opuszczenie) ramienia, a nastawienie będzie skończonem.

Z 13-u przypadków zwichnięć podkrucznych ramienia 11 przy użyciu podanego przez nas sposobu, zostało nastawionych z łatwością. Tylko w 2 przypadkach nie mogliśmy dokonać nastawienia za pomocą obrotu i zgięcia (*Rotations-Flexion*) i musieliśmy użyć ruchu odsiebnego; zawsze nastawialiśmy bez użycia chloroformu. Także w zastarzałych przypadkach zwichnięć, po 11—19 tygodniach, w których inne sposoby okazały się bezskutecznymi, sposób obrotu i zgięcia dokonywał nastawienia. W przypadkach tych jedna tylko odmiana przy nastawieniu okazała się potrzebną: t. j. zamiast z początku samego przyciskać łokieć do piersi, należy go posunąć wtył, a następnie o ile możności ku osi ciała (*medianwärts*).

Polecamy także tę zmianę sposobu nastawiania i dla nieprawidłowych zwichnięć, w których nastąpiły obszerne rozerwania więzów torebkowego (także w. kruczo-ramieniowego). Skoro bowiem główka kości ramieniowej nie jest mocno wklinowaną w przedni obwód panewki, to przy obrocie samym główka wykonywałaby ruchy bez stałego punktu podpory. Potrzeba jej zatem nadać punkt podpory, około którego byłaby zmuszona wykonać ruch dźwigniowy. Takim punktem podpory jest dolny brzeg łopatki, który nie może usunąć się ku tyłowi. Zanim poznałem tę odmianę (modyfikację) sposobu nastawiania zwichnięć nieprawidłowych, zdarzył mi się przypadek zwichnięcia podobojczykowego (*l. infraclavicularis*) spowodowany przez upadnięcie z wozu na wyprostowaną kończynę. Stan przedłużonej osi kości ramieniowej kończyła się widoczną i wyczuwalną wypukłością w połowie obojczyka. Ręka wprowadzona w dół pachowy przechodziła pomiędzy klatką piersiową i kością ramieniową, aż do brzegu stawowego główki kości ramieniowej. Koniec i brzeg zewnętrzny wyrostka kruczego można było wyczuć pod naprężonymi pęczkami mięśnia naramiennego (*m. deltoides*). Próbowano bezskutecznie różnych sposobów nastawiania, dopiero wyciąganiem, przy wstawieniu pięty pod pachę (COOPER), oraz obrotem ramienia na zewnątrz zwichnięcie zostało nastawionem.

(d. n.)

## ODCINIEK.

## Korrespondencyja Medycyny.

Mnichów, 5 Maja 1875 r.

Zwracano powszechnie uwagę, że mniejsze uniwersytety, a niemieckie szczególnie, przedstawiają większą nierównie łatwość uczenia się niż wielkie wszechnice, gdzie ścisk słuchaczy ogromny, przygniata wszelką osobliwość i do profesora dotrzeć się nie pozwala. Tak jest w istocie; porównawszy uniwersytet Berliński z Würzburgskim lub Heidelbergskim, z uniwersytetem w Erlangen lub w Mnichowie, dojdziemy do przekonania, że mniejszym daleko kosztem zdobywa się to samo, lub o wiele więcej w ostatnich niż w Berlinie, a nie dopiero w Wiedniu. Smutna bo też to wszechnica pod każdym względem: naukowym i społecznym. Prawda, że świecą tam pierwszorzędne naukowe gwiazdy; ale obok tych gwiazd ileż bardzo miernych osobistości, które umieją jedno ze wszystkiego najlepiej: „drogo sprzedawać lichy towar swej naukowości” i trzeba wyznać, że ten dar umieją doskonale w uczniów swych przelewać. Pociuszającym jest jednak, że gdzieindziej jest o wiele lepiej; w Berlinie już inaczej i naukę i uczących się traktują, a jeszcze lepiej rzeczy stoją w mniejszych uniwersytetach niemieckich. Ostatnimi czasy zaszyły zmiany w uniwersytetach bawarskich: prof. ZIEMSEN znany elektroterapeuta, a obecnie kierujący wydawnictwem słynnego dzieła „*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*,” przeniesiony został z Erlangen do Mnichowa. Prof. ZIEMSEN posiada wielką miłość u swych słuchaczy, znam kilku uczniów i kilku lekarzy, którzy za swym profesorem podążyli do Mnichowa i dalej pod jego okiem pracują. Wykład jego bardzo łatwy, przypomina wykłady ś. p. OPPOLZER'A, obszerne przy łóżku chorego traktuje terapię i to nie tylko środkami farmaceutycznymi, ale dotyka działania wód leczniczych i miejsc klimatycznych; to niezmiernie urozmaica wykład i dopełnia wykładu teoretycznego o działaniu wód leczniczych, który w godzinach południowych osobiście prowadzi. Przeniesienie jego nastąpiło dopiero w Październiku r. z., a ogromne zajęcie z powodu wydawnictwa wspomnianego dzieła (którego tom I wyczerpany zupełnie, posiada już drugi nakład), i strata czasu wynikała z przyczyny jego choroby, wpłynęły nieco ujemnie na wykłady elektroterapii; nie są one tak świetne jak w Erlangen i materiału mniej klinika w tym względzie posiada; w każdym razie wiele się jeszcze nauczyć można, a jest nadzieja, że na rok przyszły o wiele lepiej to wszystko urządzone zostanie. Oprócz wykładów samego profesora, chcący się obeznać z różnymi przyrządami elektroterapeutycznymi, mogą zwiędzać gabinet fizyczny szkoły politechnicznej, niezmiernie bogato zaopatrzonej w różne przyrządy elektro-lecznicze, a do tego gabinetu ułatwia im wstęp Dr. BEEZ, asystent prof. ZIEMSEN'A, a syn dyrektora szkoły politechnicznej; ojciec zaś BEEZ znany jest w nauce z powodu wynalezienia kilku przyrządów, a szczególnie z przyrządu modyfikacji stosu LECLANCHE'A.

Podaję te wszystkie szczegóły, bo się mogą przydać nie jednemu z kolegów, ale oprócz tego pragnę zwrócić uwagę na inny przedmiot, który dla naszego kraju lekarzy wielce powinien być zajmującym, i na uniwersytet Mnichowski zwrócić ich uwagę.

Wiadomo wszystkim, że w tej wszechnicy wykłada higienę prywatną i społeczną (publiczną) słynny prof. PETHENKOFER, ale mało zapewne rozpowszechnioną jest wiadomość, że w Instytucie fizyologicznym prof. PETHENKOFER jest udział praktyczne ćwiczenia dla higieny społecznej.

W pracowni tej pracujący ćwiczą się pod okiem profesora w sposobach badania jakościowego, a szczególnie ilościowego: wody do picia, powietrza mieszkań, szkół, szpitali, teatrów, więzień i innych gmachów publicznych, badają różne sposoby przewietrzania, odwietrzania (*desinfectio*) i t. p.; jednym słowem, pracownia ta kształci tak zwanych fizyków, t. j. lekarzy miejskich i powiatowych.

Obecnie jest miejsce pięć; wszystkie zajęte, dwa w przyszłym zimowym półroczu będą wakujące; niedługo jednak, może już w 1876 r. pracownia urządzona zostanie na obszerniejszą skalę i 15 pracujących będzie się mogło pomieścić.

Wiadomość o podobnej szkole, o ile mi wiadomo, pierwszej w Europie, może nie będzie obojętną kolegom, zważywszy mianowicie na smutny stan higieny społecznej w naszym kraju; dodać do tego należy, że Mnichów, choć ma wszystkie przymioty wielkiego miasta, nie posiada dotychczas wspólnej im wszystkim wady: drożyzny, — jest stosunkowo miastem bardzo taniem.

Dr. Dobieszewski.

### KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Przyczynę do rozpoznawania włókniaków macicy (*fibromata uteri*). Dr. PETER na posiedzeniu paryskiego towarzystwa lekarskiego (*Gaz. des Hôp.* 23 Fevrier, 1875) przedstawił kobietę czterdziestoletnią, która będąc w czwartym miesiącu ciąży, zaczęła doznawać boleści w łądźwiach i brzuchu, wkrótce zaś wystąpiły obfite białe upławy (*fluor albus*) z początku bezwonne, następnie mocno cuchnące. Przy badaniu Dr. P. znalazł w pochwie wystający guz wielkości strusiego jaja, który także wywoływał do bólów porodowych podobne boleści. Dla uniknięcia poronienia w ciągu 21 dni podawano enemy z chlorału i makowca, tymczasem guz zmiażdżył, a wypływ miał woń nadzwyczajnie nieprzyjemną, następnie wszakże odszedł płód sam przez się a przytem splaszczony, nader rozmiękczone guz. Później odeszły jeszcze dwa guzy. Z powodu tego przypadku, który był typowym Dr. P. następujące wypowiada myśli: 1) że obfity złowonny odpływ, obok wspomnianych boleści u kobiet ciężarnych, powinien wzbudzać podejrzenie o istnieniu w macicy włókniaka; 2) że dla tego, żeby nowotwór zmiażdżył należy wszelkich środków używać dla powstrzymania porodu; 3) że złowonność odpływu wskazuje macerację; 4) że jeżeli życie matki nie jest wystawione na niebezpieczeństwo, to należy jak najdłużej wycekiwać.

(*Allg. Wien. med. Zeity.* Nr. 10—1875).

### Częściowe wywrócenie pęcherza (*eversio vesicae*) u 40-letniej kobiety.

Rzadki ten przypadek może jedyny w literaturze, spostrzegany przez G. THOMSON'A i YATES'A (*The Lancet* Nr. 2 z r. b.) dotyczył kobiety, która w ciągu 24 godzin miała kurcze pęcherza i boleści wzmagające się przy każdym wydalaniu moczu. Przy badaniu chorej Dr. TH. w rozszerzonej cewce moczowej spostrzegł twardą, wielkości orzecha laskowego wyniosłość, barwy sino-czerwonej, którą z początku poczytując za polip cewki moczowej, miał zamiar wyciąć, — po powtórnym jednak zbadaniu za pomocą palca przekonał się, że wyniosłość tę stanowiła wypadnięta błona śluzowa pęcherza; po odprowadzeniu jej ostre zapalenie pęcherza przy odpowiednim leczeniu całkowicie ustąpiło, a chora w kilka dni zupełnie wyzdrowiała.

Wstrzykiwanie ciepłej wody do jamy otrzewnej przeciw ostremu jej zapaleniu (*peritonitis acuta*). Autor proponujący powyższe postępowanie (*Ref. w „Revue Méd. de l'Est”*—w Marcu r. b.) wychodzi z tej zasady: że skoro w zapaleniu otrzewnej po owariotomii występującej, ropę i krew, nagromadzającą się w jamie otrzewnej, można usuwać za pomocą bądź przestrzykiwań, bądź zakładania drenów, to dla czegoż się obawiamy stosować samo postępowanie przy zapaleniu otrzewnej z innej przyczyny powstałem? Że możnaby po postawieniu pewnego rozpoznania (zapalenia otrzewnej) zrobić przekłóćcie ściany brzusznej i następnie zastrzyknąć jak najwięcej ciepłej wody, dla wywołania tym sposobem sztucznej puchliny jamy brzusznej (*ascites*); ilość zastrzykiwanej wody powinna być miarkowaną to-

warzyszącymi objawami, stanem ogólnym chorego i t. d. Postępowaniem takim autor chce przerwać gorączkę towarzyszącą zapaleniu otrzewni, opierając się na tem, że przy poczynającym się zapaleniu płucni kiedy wysięku jeszcze mało, gorączka zawsze bywa znaczniejszą, i że się zmniejsza, a nieraz zupełnie znika z powiększeniem się wysięku.

Przyrośnięcie odciętego paznokciowego członka palca. Dr. Josef KELEN opisuje w „*Pester méd. chir. Presse*” (z 30 Marca r. b.) następujący przypadek: mechanikowi ustawiającemu maszynę do krajania tytoniu, też ostatnia ucięła część ostatniego członka palcowego; K. przybywszy w godzinę po zaszłym wypadku i przekonawszy się, że odcięte części tak miękkie jak i kostne były zupełnie równe (nie porożywane ani zmiażdżone), oczyścił takowe i dokładnie przystosowawszy jedną do drugiej, nałożył lepkie plasterki, a następnie opaskę okrężną na cały palec. Następných dwóch dni miało miejsce nieznaczne krwawienie; po zdjęciu opaski dr. K. przekonał się, że przyprawiona część palca ani barwą, ani odpornością (*turgor*), ani wreszcie ciepłotą nie różniła się od pozostałych członków, czyli, że przyprawiony kawałek przyrósł. Opatrunek następných dni polegał na smarowaniu klejną (*collodium*) i nakładaniu lepkich plasterków; czwartego dnia wystąpiło nieznaczne ropienie, które przez 14 dni trwało; przy ostatniem opatrywaniu pokazało się, że tylko  $\frac{1}{3}$  część rany nie zagoiła się doraźnie (*per primam*), i że zagojenia zupełnego oczekiwać należy „*per secundam intentionem*”.

(*Allg. Wien. med. Zeitg. Nr. 15—1875.*) T. Ż—a.

## Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Płonica w Anglii. Tak zatytułował Dr. de VALCOURT swój artykuł, który tu podajemy w streszczeniu: „*British medical Journal*” donosi, iż w Szkocji w roku 1873 choroby wysypkowe dały 27% ogólnej śmiertelności, z czego na samą płonicę przypada 90%. Według MURCHISON'A w przeciągu 24 lat (1838—1861) w Anglii umarło na płonicę 375,009 osób, z których na sam Londyn przypada 53,663, co stanowi 13%—14% śmiertelności ogólnej. Choroba ta, jak widzimy z następującej tabliczki, pod względem zejścia cięższą jest od wszelkiej innej choroby wysypkowej:

Śmiertelność w 24 latach.

	w Londynie:	w Anglii:
Na płonicę umarło . . . . .	53,663;	375,009;
„ durzycę „ . . . . .	50,751;	403,193;
„ odrę „ . . . . .	31,595;	181,868;
„ ospę „ . . . . .	21,369;	125,352.

Płonica niekiedy przyjmuje rozmiary epidemii. W miarę jak pod wpływem szczepienia zmniejsza się szerzenie ospy, płonica przeciwnie, od kilku lat przedstawia dążność do większego rozszerzania się. W 1838 r. w Anglii na płonicę umarło 5,802, na ospę zaś 16,268; powoli stosunek pomiędzy temi dwiema chorobami staje się odwrotnym. Dzieci mianowicie między 2 a 5 rokiem życia są skłonniejsze do zachorowania na płonicę, niż dorośli; odwrotnie dzieje się z durzycą i ospą. Na 100,000 dzieci w Anglii umiera na płonicę rocznie 419. Śmiertelność jest największą od Września do Listopada. Jednakowo częstą i ciężką bywa ta choroba u bogatych, jak i u biednych. Z pomiędzy wszystkich krajów najpospoliciej zdarza się płonica w Wielkiej Brytanii. Co do stopnia zaraźliwości, to podług Dra GEE płonica w Anglii zajmuje środek pomiędzy odrą i krztuscem, przewyższa durzycę, a o wiele błonicę. Pierwiastek zaraźliwy może istnieć w odzieży i rozwijać się nawet po roku (WATSON). W London fever Hospital celem zapobieżenia rozprzestrzenianiu się pierwiastka zaraźliwego, poddają odzież chorych działaniu wysokiej ciepłoty. Dr. D. EASTON (*Glasgow medical Journal—1870*) dzieli postacie złośliwe płonicy w sposób następujący: 1) Gwałtowne wystąpienie objawów chorobnych; śmierć następuje tak szybko, iż wysypka rzadko ma dosyć czasu na swoje wystąpienie, niekiedy wymioty i biegunka, częścicj objawy mózgowy; upadek sił, jak przy cholercze. 2) Przekrwienie mózgu, ból głowy, wymioty; język i gardziel zaczerwienione, bezwład mięśni twarzy i niekiedy kończyn; wysypka nieprawidłowa i ciemna; senność,

majaczenie, śmierć. 3) Język suchy, czerniawy, wysypka krwotoczna, ciepłota ciała mocno podniesiona, krwotoki nosowe. 4) Gruczoły chłonne szyjowe obrzmiałe, podobnie jak migdałki, języczek i łuki podniebienne, zabarwienie błony śluzowej tych utworów brunatne, sama błona śluzowa przedstawia owrzodzenia pokryte nalotem blicnicowym; wysypka na skórze w postaci plam zlewających się ze sobą barwy z początku czerwonej, później coraz ciemniejszej, ciepłota ciała pierwszego dnia podniesiona, w dniach następnych stopniowo się obniża. Owrzodzenia pokazują się i na policzkach. Przełykanie staje się niemożliwym; niepokój, śmierć 3-go—6-go dnia. 5) Objawy ze strony gardzieli podobnie jak w poprzedniej postaci, lecz pojawiają się dopiero 6-go lub 7-go dnia. Postać ta w początku napozór łagodna, następnie staje się bardzo groźną. W ogólności, im objawy później występują tem są złejsze. 6) W ciągu pierwszych 5-ciu dni wszystkie objawy są małego natężenia; potem dopiero przylęcza się błonica. Dr. S. FENWICH w swej pracy („The morbid states of the stomach and duodenum and their relation to the diseases of other organs.” London. 1868) utrzymuje, że złuszczenie nabłonka błony śluzowej żołądka i kiszki przy płonicy jest objawem tak stałym, jak łuszczenie naskórka, i że wydalenie pierwiastku chorobowego odbywa się na pierwszej lub na tej ostatniej drodze. (*Gaz. médicale* 1875—8). *St. Ku.*

## Biblijografia.

BYRNE. *Clinical Notes on Electric Cautey in Uterine Surgery.* New-York. 1874. Cena rs. 2. Spostrzeżenia nad stosowaniem galwanokautyki w gynecologii.

CANTY. *Diseases of the Skin.* Londyn. 1874. Cena rs. 3 kop. 75. Wykład dermatologii w formie listów.

COLES. *Manuel de prothése ou mecanique dentaire.* Tłumaczenie z angielskiego. Z rysunkami. Paryż. 1874. Cena rs. 2.

HAMMONT. *Insantiy in its Relations to Crime.* New-York. 1874. Cena rs. 1 kop. 50.

MANDSLEY. *Responsability in Mental Diseases.* Londyn. 1874. Cena rs. 1 kop. 50.

MICHAEL, CORFIELD and WANKLYN. *A manual of public Health.* Jest to podręcznik dla urzędników policyjnych i dla lekarzy rządowych i gminnych. London. 1874. Cena rs. 3 kop. 60.

GUY W. A. *Public Health.* Jest to popularny wykład nauki o zdrowiu. Pierwsza część obejmuje historję rozmaitych epidemij jakie panowały w Anglii. Druga część zajmuje się kwestyją wojny pod względem higieny publicznej Londyn. 1874. Cena rs. 2 kop. 25.

HUSBAND.—*The Students Hand—book of Forensic Medicine and Medical Police.* London. 1874. rs. 2 kop. 20.

HAMILTON. *Lectures on Syphilitic Osteitis and Periostitis.* Londyn. 1874. Cena rs. 2.

EASSIE. *Sanitary Arrangements for Dwellings.* London. 1874. Cena rs. 1 kop. 65. Podręcznik dla urzędników lekarskich przy ocenianiu stosunków higienicznych w mieszkaniach i budowlach.

BENNET. *Recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire.* Paris. 1874. Cena rs. 1 kop. 20. Rys lecznictwa suchot płucnych obejmujący krytyczny pogląd na leczenie klimatyczne, higieniczne, na środki lekarskie i t. d.

GUÉNEAU de MUSSY. *Clinique medicale.* Paris. 1874. Tom I-y. Cena rs. 3 kop. 60.

LEUFFEN. *Das preussische Regulativ für die gerichtlichen Leichen Untersuchungen—Cöln* 1874. rs. 1. Prawdziwy skarb dla zdających egzamina lekarskie rządowe i dla lekarzy sądowych.

Handbuch d. speciellen pathologie und Therapie. Wydawnictwo prof. ZIEMSEN'A. Tom 2-gi obejmuje ostre choroby zakaźne, opracowane przez LIEBERMEISTER'A, LEBERT'A, HAENISCH'A, HEUBNER'A, i ORTEL'A. Leipzig. 1874. rs. 5.

Tom 3-ci obejmuje przewlekłe choroby zakaźne opracowane przez BÄUMLER'A, HELLER'A i BOLINGER'A. — 50 Drzeworytów. Lipsk. 1874. rs. 4. kop. 20.

## O g ł o s z e n i a.

### Dr. DOBIESZEWSKI

zawiadamia Szanownych Kolegów, że na czas pory kąpielowej w r. b. **przybył do Marienbadu** i zamieszkał w **Villa-Schönbrunn** na parterze. Dodaje przytem, iż w swem mieszkaniu **leczy elektrycznością**: tak prądem stałym jak i przerywanym.

Za leczenie elektrycznością płaci się osobno po 2 rs. (3 zhr.) za posiedzenie.

**Dr. Lubowski**, lekarz zdrojowy w Ciechocinku, przybył na czas pory kąpielowej do **Ciechocinka** i zamieszkał w domu Müllera.

Mam zaszczyt podać niniejszem do wiadomości Szanownych Kolegów moich, że i w roku bieżącym podczas sezonu kuracyjnego w **Reichenhall** zajmować się będę praktyką lekarską.

### Dr. Józef Bergson.

w Reichenhall, Villa-Maximiliansbad.

### Od Wydawcy.

Prenumeratom „MEDYCYN” z r. 1873 i 1874, którym pojedyncze N-ra zaginęły, możemy takowe dostarczyć za opłatą kop. 15 za każdy N-er; prosimy o nadesłanie żądań najdalej do d. 1-go Czerwca r. b., po tem bowiem terminie już tylko całe tomy z r. 1873 i 1874 nabywać będzie można po rs. 4 za tom 1 całoroczny zbroszurowany, który obecnie dla nowych prenumeratów za tę cenę odstępujemy. Ktoby posiadał zbywające egzemplarze pierwszych 7-u N-rów z r. b. raczy nam takowe zwrócić; przyjmujemy takowe po cenie kop. 15 za egzemplarz.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. **K. Benni**.

Wydawca, Dr. **J. Rogowicz**.

Дозволено Цензурою. Варшана 4 (16) Мая 1875 г. — в Друк. J. Jaworskiego, Krak.-Przedm. N. 415.  
Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).

Wysęła wody mineralne na prowincyję po cenach możliwie umiarkowanych. Składy wód mineralnych znajdując się w większej liczbie aptek Warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincji i w Cesarstwie. Zakład mój rozporządza 8-ma tysiącami syfonów paryskich, maszyną parową i licznemi aparatami najnowszej budowy, a pojmując rozzną konkurencyję, zasadzam ją na ciągłym postępie i jak najokładniejszym wyrobie. Wody minej talne w butelkach i syfonach, oraz syropy do wód gazowych, znajdując się zawsze na składzie.

**W. Karpiński.**

GLÓWNY ZAKŁAD WYROBU WÓD MINERALNYCH  
w SYFONACH I BUTELKACH  
MAGISTRA FARMACJI KARPINSKIEGO w WARSZAWIE N<sup>o</sup> 937