

# MEDYCYNA.

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 przesyłką:

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

**TREŚĆ:** Kilka przypadków choroby przymiotowej. Podał Dr. BELKE. — Wykłady kliniczne. Podobieństwo zwłochnięć w stawach ramieniowym i udowym, oraz sposobów ich nastawiania. (Dokończenie). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Kwas salicyłowy przeciw niezłym dróg moczowych. Szezeliny szyi pęcherza moczowego u kobiet. Wyciąg szakłakowy.—Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Maja r. b. — Bibliografija. — Od Wydawcy.—Dodatek: Ustawa, sprawozdanie i lista imienna ofiarodawców funduszu imienia Dra T. CHALUBIŃSKIEGO.

## KILKA PRZYPADKÓW CHOROBY PRZYMIOTOWEJ.

Podał Dr. **Teofil Belke.**

I. Mężczyzna lat 30-u dobrze zbudowany, zawsze zdrow, który dotąd nie podlegał żadnym chorobom wenerycznym, przed 10 tygodniami (od daty przybycia do mnie) w kilka dni po spółkowaniu, dostrzegł na skórze prącia małe obtarcie; zasięgał w tym względzie porady lekarskiej, miejsce to zostało przypalone azotanem srebrowym, prócz tego używał do opatrunku jakiejś wody; obtarcie powiększyło się, stwardniało, stało się nieco bolącym. Gdy stan taki trwał niezmiennie przez kilka tygodni, chory został uprzedzony, iż z powodu występujących objawów przymiotu, trzeba będzie przejść do wiecierań ręciovych; w tym właśnie okresie choroby przybył do mnie dla zasięgnięcia mego zdania; szczegółowe badanie wykazało, iż na skórze prącia w miejscu gdzie ta ostatnia zasuwa się na żołądź, na dolnej więc powierzchni członka znajduje się owrzodzenie mocno zaczerwienione, wielkości monety dwu-kopiejkowej, pokryte grubym szarym strupem; przy ujęciu w dwa palce wyczuwało się stwardnienie mocno bolące i nieco krwawiące; gruczoły pachwinowe nie obrzmiały, na skórze i błonach śluzowych nie znalazłem żadnych objawów przymiotu; chociaż więc sama twardość, swą zbitością dawała nam pewne cechy twardości właściwej przymiotowi, to jednakże ze względu, iż była ona kilkakrotnie przyżegana, i że za naciskiem mocno bolała,—te więc okoliczności postronne, wraz z brakiem wszelkich ogólnych objawów przymiotu, naprowadzały na domysł, iż tutaj sprawa zapalna (z podrażnienia przyżeganiem) grała niepoślednią rolę; zdaniem więc mojem w danym przypadku należało się wstrzymać z przeprowadzeniem leczenia swoistego, tembardziej iż takowe z wielu względów byłoby przedwczesnem, a całe leczenie ograniczyłem do używania ogólnych ciepłych kąpieeli. Po kilku dniach twardość zmiękła, nie była tak bolesną przy naciskaniu, zapowiedziane wyrzuty na ciele nie poja-



wiły się, jednym słowem okazało się, iż stwardnienie było sztuczne, przyżeganiem zbyt silnem wywołane.

II. Mężczyzna lat 25 zaraził się w miesiącu Styczniu r. b.; najprzód wystąpiło nadżarcie przymiotowe (*excoriatio syphil.*) na członku, następnie obrzmienie obustronne niebolesne gruczołów pachwinowych, karkowych, łokciowych, plamy i grudki na całej powierzchni ogólnej powłoki ciała (*maculae et papulae*), zajęcie błony śluzowej gardła i przełyku i t. d. jednym słowem rozwinął się cały obraz przymiotu. Zwykle leczenie rtęciowe położyło kres tym przypadłościom, a chory zmuszony wyjechać pod koniec leczenia za granicę na 10 dni, za powrotem zwrócił mą uwagę, iż na skórze twarzy, mianowicie w miejscach porosłych włosami (na brodzie, wąsach i faworytach) powstają obficie krosty, które następnie twardnieją i tworzą grube strupki; w miejscach tych doświadczał chory nieznośnego swędzenia, radził się na owo cierpienie za granicą i dowiedział się, iż jest to nowy i groźny objaw choroby przymiotowej wymagający bezwłocznego i energicznego leczenia. Badając chorego znalazłem w powyżej wskazanych miejscach, pomiędzy gęsto zarosłymi włosami, obfitą wysypkę, w kształcie krost (*pustulae*) które były w jednych miejscach zupełnie dojrzałe, z płynną ropną zawartością, w innych dopiero się wytwarzały, tu i owdzie zaś pozasychały, tworząc grube, żółtawe, trudno dające się odrywać strupy, skóra w tych miejscach mocno gorąca, sprawiała uczucie dotkliwego palenia i swędzenia, wyrzuty były obfitsze w miejscach gdzie włosy gęściej porastają, więcej więc ich znaleźliśmy w danym przypadku na brodzie, aniżeli na wąsach i faworytach; prócz owej umiejscowionej sprawy na skórze twarzy, nie znalazłem żadnych nowych objawów chorobnych, któreby wskazywały o ponownem odczwaniu się przymiotu. W tym więc stanie rzeczy nie mogłem podzielić zapatrywania się na owe cierpienie, jako na nowy objaw przymiotu, a aczkolwiek ta ostatnia choroba jeszcze istnieje i potrzebuje dalszego leczenia, obecnie jednak wyrzuty na skórze twarzy nie mają z nią najmniejszego związku, jest to bowiem niemoc skóry, tak zwany liszajec (*impetigo*). Powierzchnowe dosyć zajęcie skóry, gęsto rozsiane krosty, strupy żółtawej barwy podobne do plastrów miodu, wreszcie brak wszelkiego udziału cierpienia samych cebulek włosowych, odróżniają dostatecznie liszajec (*impetigo*) od niesztowca (*ecthyma*) i pi g ó w k i b r o d y (*syccosis barbae*), dwóch cierpień skórnych również często w tych okolicach się pojawiających. Leczenie wyłącznie miejscowe, początkowo przeciwzapalne a następnie użycie maści przyspieszającej wchłonięcie stwardnień pozostałych po ustąpieniu krost i zalecenie golenia brody i faworytów przez dłuższy przeciąg czasu, aby usunąć drażnienie świeżo wygojonej skóry.

III. W miesiącu Maja roku zeszłego uczestniczyłem w naradzie lekarskiej, której przedmiotem było cierpienie przymiotowe u człowieka 38-letniego bardzo dobrze zbudowanego, dotąd zawsze zdrowego. W miesiącu Styczniu chory się zaraził, i natychmiast rozpoczął najracjonalniejsze leczenie; na początku Marca okazały się pierwsze objawy ogólne przymiotu, rozpoczęto wcierania szaruchy, które prowadzą się do chwili obecnej.



Badanie chorego wykazało: tętno pełne, twarde do 100 uderzeń na minutę, ciepłota ciała podniesiona; na powierzchni całej skóry gęsto rozsiane duże, wielkości od jednej do dwóch, trzech kopiejek miedzianych, głębokie, cechujące wrzody, z brzegami równo obciętemi, z grubym szarym nalotem, z obfitem wydzielaniem się gęstej ropy; najobficiej jednakże wykwitły te skórne wystąpiły na twarzy, obu policzkach, czole, brodzie, koło ucha lewego, w jednych miejscach znajdowały się duże krosty z zawartością ropną, w innych były odkryte wrzody, gdzieś widzimy te ostatnie pokryte grubym twardym strupem; na głowie pod włosami pełno krost i strupów. Gruczoły chłonne pachwinowe, karkowe, łokciowe, podżuchwowe mocno obrzmiałe, twarde, łatwo przesuwalne pod skórą i niebolesne w dotknięciu, prócz podżuchwowych; błona śluzowa ust, języka, podniebienia mocno zaczerwieniona, dziąsła blade, zwiśnięte, pokryte licznymi nadżarciami, łatwo krwawiącemi; na podniebieniu miękkim owrzodzenie wydzielające obficie ropę, język suchy pokryty białawym, gęstym śluzem, nadmierne pragnienie, wreszcie żadnych nie znajdujemy nieprawidłowości ze strony dróg pokarmowych; oddech szybki, powierzchowny 36 razy na minutę, w lewym boku kłócie, kaszel krótki, dźwięczny, płwocina nieco rdzawo zabarwiona, z lewej strony od tyłu stępienie sięgające grzebienia łopatkki, oddech i odgłos oskrzelowy, *bronchophonia*, bezsenność, bóle głowy wzmagające się szczególnie pod wieczór. Inne narządy nie przedstawiają nic godnego uwagi. Stan ten łatwy do rozpoznania przedstawiał ciekawy i rzadki przypadek przymiotu szybko nader się szerzącego, a który w obecnej chwili powikłany został zapaleniem lewego płuca. W tym razie nie pozostawało nic więcej, jak przedewszystkiem pamiętać o usunięciu sprawy zapalnej i po zejściu takowego przystąpić do dalszego leczenia swoistego. Na tem ograniczyła się moja bytność u chorego i dopiero w miesiącu Wrześniu pojawił się on u mnie, a przypominając się mej pamięci zarazem opowiedział dalszy przebieg choroby, z którego się dowiedziałem, że po przebytem zapaleniu płuc wziął jeszcze kilkanaście wycierań szaruchy, tak iż wszystkich było 52 (poczynając od skrupułu) następnie przebywał w kąpielach w Akwizgranie, gdzie zalecał mu lekarz kąpielowy nakadzania z kalomelu (*fumigationes*), kąpiele i posiłną dyjetę; jakoż rzeczywiście wygląd chorego się poprawił, wrzody dotąd istniejące zabliźniły się powoli, pozostawiając po sobie duże, sino-czerwonawej barwy blizny. Obecnie po powrocie do domu i użyciu kilku drachm jodku potasu, nabawił się silnego nieżyty nosa, z obfitą i nieco cuchnącą wydzieliną; zaniepokojony tym nieprzyjemnym objawem, zwrócił się o poradę do mnie. Przy badaniu znalazłem na skórze głowy grube, twarde strupy, w innych znów miejscach blizny sinawej barwy, gładkie, wklęsłe na policzkach, czole, brodzie, uszach, na piersiach, goleniach, znajdowały się podobne cechujące blizny, w niektórych miejscach blizny te nieco pękały, błona śluzowa nosa mocno obrzmiała, na przegrodzie nosowej u samego dołu, (w części chrząstkowatej nosa) widoczne dość spore owrzodzenie, wydzielina ropna śmierdząca, błona śluzowa podniebienia i tylnej jamy gardzieli mocno

zaczzerwieniona. Żadnych innych objawów, ani podmiotowych, ani przedmiotowych; jednakże pęknięcie blizn, owo owrzodzenie nosa, w przypadku tak gwałtownego i upartego szerzenia się przymiotu, wskazywały dotykalnie, iż choroba nie została jeszcze usunięta, iż jad przymiotu tkwi w ustroju, i dalej swe spustoszenia szerzy. Ze względu więc i na to, że w przymiotowych cierpieniach chrząstek, kości, błon surowicznych i t. d., nierównie skuteczniej działa jednocześnie podawanie rtęci z jodkiem potasu, przepisałem takowe leczenie, obok środków miejscowych ograniczających i usuwających sprawę chorobową w nosie. Przez kilka następnych tygodni, nie widziałem chorego, a po tym przeciągu czasu, znowu zawezwany dowiedziałem się, iż leczenia przeczemnie zaleconego jeszcze nie rozpoczął, lecz widzi teraz ze smutkiem, iż trzeba będzie do tego leczenia się zabrać, sprawa bowiem chorobowa postąpiła dalej, owrzodzenie sprowadziło przedziurawienie w przegrodzie nosowej; zgłębnik przechodzi wybornie z jednej na drugą stronę, blizny dawne poptwierzały się, nowe krosty występują w grupach po kilka na twarzy i piersiach, pękają i zlewając się tworzą z zasychającej ropy ciemno zielonawe strupy; na lewym obojczyku w dwóch trzecich utworzył się guz, w dotknięciu bolesny i twardy, bezsenność, bóle głowy, szum i niedosłyszenie w lewym uchu; inne czynności ustroju w stanie prawidłowym. Tak więc po tak długim i prawidłowym leczeniu mamy na nowo rozwinięcie się przymiotu, pod tą samą postacią *liszajca przymiotowego* z przyłączeniem się zacięcia okostni i gummatami; liszajec przymiotowy należy do najgorszych objawów ze względu na rokowanie, nie tylko sprowadza szkaradne i na zawsze pozostające blizny, lecz co jest ważniejsza zapowiada nadzwyczajne natężenie samej choroby, której postępy nieraz niepodobna jest sztuce lekarskiej powstrzymać. Chory nasz na nowo począł używać wecierań szaruchy, wraz z jednoczesnem użyciem jodku potasu; krosty pozasychały, nowe przestały się tworzyć, strupy poodpadały, wrzody się zablizniły, guz na obojczyku zmiękł i uległ wchłonięciu, w przegrodzie nosowej otwór zaciągnął się blizną, szum w uchu i głuchota ustąpiły, cała sprawa chorobowa przycichła. Czy jednakże na długo?—w tym względzie nie mogę nic stanowczego powiedzieć, niema obecnie żadnych objawów, które nakazywałyby dalsze leczenie, krytycznie jednakże rozpatrując cały przebieg, nie można z góry przewidzieć, czy do takowego nie wypadnie jeszcze powrócić.

(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.

Streścił E. Modrzejewski.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 21).

b) *Zwichnienie podpanewkowe (l. infraglenoidea).*

Tu zaliczamy zw. *pachowe (l. axillaris)* dla ramienia, i zw. *podpa-*



newkowe (*l. infraglenoidea*) oznaczane zwykle jako z. na guz kul-szoowy (*l. infracotyloidea*) dla uda.

Jako zwiechnienia na guz kulszowy (*l. infracotyloideae*) oznaczono niewielką liczbę zwiechnień, w których główka kości udowej uległa zwiechnieniu ku dołowi, na guz kulszowy, już to bardziej ku przodowi, już też ku tyłowi, tegoż guza. Udo przy tych zwiechnieniach ma być w znacznym stopniu obrócone na zewnątrz, lub też na wewnątrz.

Przy obróceniu uda na zewnątrz istnieje zarazem jego ustawienie odsiebne (*abductio*). Wspólnem jest jednak dla wszystkich tych zwiechnień wysoki stopień zgięcia. Doświadczenia na trupie wykazują, że przy zwiechnieniu główki kości udowej ku dołowi, w skutek napięcia więzu biodro-udowego musi nastąpić mocne zgięcie uda. Jeżeli zatem brakowało zgięcia w wyjątkowych przypadkach, jeżeli udo było wyprostowane, lub też jak w jednym przypadku, trudno było nawet dokonać zgięcia, to przypadki te musimy zaliczyć do nieprawidłowych, do zwiechnień w których górny obwód więzu torebkowego był rozerwany.

Przypominając te przypadki, można uważać zwiechnienie na guz kulszowy albo jako odmianę zwiechnienia zasłonowego (*l. obturatorii*), przy obrocie nogi na zewnątrz, i ustawieniu jej odsiebnem, lub też jako zw. kulszowe (*l. ischiadica*) przy obrocie uda na wewnątrz. Że przy tych zwiechnieniach główka kości udowej nie zsunie się do dziury owalnej (*for. ovale*) lub też do dziury kulszowej (*for. ischialicum*), można sobie tem objaśnić, że więz torebkowy jest rozdarty mniej ku przodowi, *resp.* od tyłu. Jest to możliwem jedynie, jeżeli do powstawania zwiechnienia nie przyczynia się wysoki stopień obrotu (*rotatio*), i rzeczywiście, większa część tych zwiechnień powstaje przy znacznem ustawieniu odsiebnem (*abductio*) zwiechniętej kończyny.

Nastawianie, w większości ogłoszonych przypadków, dokonywało się z łatwością, przez proste wyciąganie w danem ustawieniu, ustawienie zaś to istniało już w samym zwiechnieniu tj. mocnem zgięcie uda. W innych przypadkach potrzeba było przekształcić najpierw to zwiechnienie w jedną z postaci zwykłych, np. w zw. zasłonowe (*l. obturatoria*) aby dokonać nastawienia. Jako metodę nastawienia można zatem uważać mocne zgięcie uda, jeżeli takowe nie istnieje skutkiem zwiechnienia, wyciąganie, i nakoniec powiększenie istniejącego obrotu (*rotatio*) uda na zewnątrz. Jeżeli nastawienie mimo to nie uda się, lub też, jeżeli mamy do czynienia ze zwiechnieniem nieprawidłowem, należy połączyć wyciąganie (*extensio*) z przeciwwyciąganiem (*contraextensio*) tak jak to podaliśmy dla zwiechnienia zasłonowego.

Daleko większe ma znaczenie, już z powodu swej częstotliwości, zwiechn. pachowe (*l. avillaris*) ramienia.

Wiąz torebkowy przy tem zwiechnieniu, jak tego dowodzą badania pośmiertne, jest rozdarty w części dolnej, poczynając od dolnego brzegu m. podłopatkowego, aż do mięśni obłych (*mm. teres*). Jest on po większej części oderwany od główki kości ramieniowej. Główka ustawiona jest pod dolną powierzchnią łopatki, która to powierzchnia powstaje skutkiem wygięcia się ku tyłowi, w szerokości 2 ctm., bocznego zewnętrznego brzegu łopatki.

Powierzchnia ta, o której anatomowie, pobieżnie zwykle wzmiankują, jest dość szeroką, aby zapewnić główce dostateczne oparcie (*Unterlage*). Przy ruchach obrotowych główka obraca się na tej powierzchni, i przechodząc zaokrąglony grzebień, wznoszący się na tej powierzchni podpanewkowej (*facies subglenoidea*) w kierunku brzegu panewki, zeslizguje się małym ruchem, ku przodowi i ku tyłowi.



O różnicy istniejącej pomiędzy zw. pachowem i podkruczem najlepiej przekonać się można, dokonywając ruchy obrotowe zwichniętą kończyną. Tak przy zw. pachowem jak i podkruczem wiąz kruczo-ramienny jest mocno napięty, i stanowi główną przyczynę odsiebnego ustawienia kończyny, i umocowania główki w nieprawidłowem położeniu. Tylna tylko odnoga więzu jest przy zwichnieniu pachowem jeszcze więcej napięta, jak przy zw. podkruczem. Przeciwnie przy zw. podkruczem, punkt oparcia główki na brzegu panewkowym mniej jest oddalonym od punktu przyczepienia się więzu kruczoramiennego do ramienia (mianowicie od guzika większego kości ramieniowej).

Ponieważ przy obrocie ramienia na zewnątrz, chodzi głównie o zmniejszenie napięcia wspomnianego więzu, aby około nadanego punktu podpory dozwolić opisać dolnemu jego przyczepowi jak największy łuk, i w ten sposób przesunąć główkę kości ramieniowej z przedniej strony panewki na jej zewnętrzną stronę, to widocznem jest z powyższego, że przy nastawianiu zwichnienia pachowego ruch ten (obrót na zewnątrz) daleko mniejszą będzie miał skuteczność, gdyż wiąz kruczoramienny opisuje ostrokręgową powierzchnię o daleko mniejszej podstawie. Do tego przyłącza się jeszcze ta okoliczność, że już przy małym stopniu obrotu na zewnątrz zostaje napiętą nienaruszona przednia ściana więzu torebkowego i przy zgięciu ramienia wywiera przeciwnie na główkę kości ramieniowej podczas gdy przy zw. podkruczem, główka ma już wtedy otwartą drogę wejścia.

Wykazuje to dostatecznie, że inny musi być sposób nastawiania zwichnień pachowych, niż zwichnień podkruczowych, i dla tego ważnem jest dokładne rozpoznanie różnicowe tych dwóch zwichnień.

Już MALGAIGNE kładł największy nacisk na to, że przy zw. pachowem łokcie więcej odstaje od ciała (objaśniliśmy to powyżej, jako konieczne następstwo mocniejszego napięcia więzu kruczoramiennego). Głównie jednak potwierdza rozpoznanie wyczucie główki kości ramieniowej w dole pachowym, po wprowadzeniu ręki do dołu i od tyłu, do tegoż dołu pachowego; zwykle wyczuwamy większą część powierzchni stawowej główki. Prócz tego braknie przy zw. pachowem wypełnienia pod wyrostkiem kruczowym, tak cełującego dla zwichnienia podkruczowego. Miernie długości zwichniętej kończyny, jak również rodzaj obrotu (*rotatio*) zwichniętej kończyny, nie dają nam pewnych danych dla rozpoznania zw. pachowego.

Jeszcze na jedną okoliczność musimy tu zwrócić uwagę: tj., aby nie uważać bezwarunkowo każdego zwichnienia z podniesieniem kończyny w górę (*Luxatio erecta*), przy której to odmianie główka mocno wystaje w dole pachowym, jako zwichnienie pachowe. Silny ruch odsiebny, tak jak i zwykle uderzenie, może tak dobrze wywołać zw. pachowe, jak i podkrucze, i dopiero przy opuszczeniu ramienia można uczynić dokładne rozpoznanie. Widzieliśmy dwa zwichnienia, w których ramię było skierowane poziomo i do góry. Jedno z tych zwichnień po opuszczeniu ramienia zostało nastawione z łatwością przez ruch obrotowy, drugie nie mogło być nastawione ruchem obrotowym, i dopiero postępowanie poniżej podane odniosło pożądany skutek.

Najpewniejszy sposób nastawiania jest następujący:

- 1) Ruch odsiebny (podniesienie) ramienia, aby zwolnić naprężenie więzu kruczoramiennego.
- 2) Drugim ruchem jest wyciąganie podniesionego ramienia, lub też, co na jedno wychodzi, ucisk na główkę od dołu. Postępowaniem tem główka kości ramieniowej ma być przeprowadzoną po nad brzeg panewki, i dolno-tylna część więzu torebkowego—naprężoną.



3) Dokonywamy na koniec ruch obrotowy na zewnątrz, przy pomocy którego główka kości ramieniowej około naprężonego dolnego odcinka więzu torebkowego zostaje do panewki wkręconą. Opuszczamy następnie ramię ku dołowi. W kolejnym następstwie ruchów, nastawianie zw. pachowego podobnym jest do nastawiania zw. zasłonowego, tylko, że przy zw. pachowym dla zwolnienia, w płaszczyźnie pionowej leżącego więzu kruczo-ramieniowego, dokonywa się ruch odsiebny, przy zw. zasłonowym, dla zwolnienia w płaszczyźnie poziomej leżącego więzu biodrowo-udowego dokonywa się zgięcie.

W sześciu przypadkach zw. pachowego, przezemnie nastawianych, cztery razy udało się nastawienie, podanym powyżej sposobem. Raz tylko musiałem użyć chloroformu, i raz jeden nastawienia podług metody COOPER'A (umieszczenie pięty w dole pachowym, i wyciąganie).

c) Zw. zapanewkowe (*l. retroglenoidea*).

4) Zw. zapanewkowe dolne (*l. retroglenoidea inferior*).

Zw. podgrzebieniowe (*l. infraspinata*) dla ramienia.

Zw. kulszowe (*l. ischiadica*) dla uda.

Już MALGAIGNE, przeciwnie zdaniu COOPER'A, a następnie inni autorowie (TILLAUX, BIGELOW) udowodnili, że zw. kulszowego (*l. ischiadica*) odnośnie do zwichnienia biodrowego (*l. iliaca*) nie cechuje stosunek główki kości udowej do jej otoczenia kostnego t. j. do wycięcia kulszowego, lecz miejsce rozdarcia więzu torebkowego, stanowi cechę odróżniającą dla tego zwichnienia. Rozdarcie to ma miejsce w dolnym obwodzie więzu torebkowego.

Odnosnie do objawów tego zwichnienia, nadmieniamy tutaj, że głównie zgięcie, a także i obrót kończyny na wewnątrz (*Einwärtsrotation*) są wydatniejsze niż przy zw. biodrowem.

Wiąz biodrowy jest mocno napięty, zwłaszcza jego wewnętrzna odnoga. Najbardziej jednak przeszkadza posunięciu się główki kości udowej ku kości biodrowej, i zarazem warunkuje różnicę w sposobie nastawiania, nienaruszona tylna ścianka więzu torebkowego. Przy zw. biodrowem (*l. iliaca*) ścianka ta jest rozdarta, i główka występuje wprost ku tyłowi.

Przeciwnie przy zw. kulszowem, główka występuje początkowo w kierunku kości kulszowej, i posuwa się następnie w górę, po za nienaruszoną tylną ścianką więzu torebkowego tak wysoko, jak takowa na to pozwala. Z tego względu uważamy za słuszne, zachować dawną nazwę: zw. zasłonowe (*l. ischiadica*), jako mającą wartość praktyczną.

Sposób nastawiania tego rodzaju zwichnień kości udowej jest następujący:

1) Obrót uda na wewnątrz, dla zwolnienia więzu torebkowego, i dla odciągnięcia główki od tylnej powierzchni miednicy.

2) Zgięcie aż do kąta prostego. Zanadto silne zgięcie (*Hyperflexion*) jest niekorzystnym, powodując posunięcie się główki kości udowej zanadto ku przodowi, przez co można łatwo przekształcić zw. kulszowe w zw. zasłonowe.

3) Wyciąganie, aby wywołać napięcie więzu torebkowego, a zwłaszcza jego tylnego obwodu, który ma być użytym w następnym ruchu, i aby sprowadzić główkę na wysokość brzoju panewki.

4) Obrót na zewnątrz, który powoduje napięcie tylnego obwodu więzu torebkowego, i zarazem zewnętrznej odnogi więzu biodrowo-udowego. Główka kości udowej jest skutkiem tego pociągana ku przodowi i ku górze, do panewki.

Widzieliśmy jak prof. LUCKE nastawił tym sposobem, bez użycia chloro-



formu, dwa zwichnienia kulszowe, i sami nastawiliśmy z łatwością trzy także zwichnienia.

Zw. podgrzebieniowe (*l. infraspinata*) rzadko bardzo się zdarza, i w jego opisie musimy się trzymać doświadczeń dokonywanych na trupach. Według takowych, oraz stosownie do dwóch wypadków podanych przez MALGAIGNE'A, zwichnienie to powstaje skutkiem silnego zgięcia ramienia i uderzenia w łokieć skierowany ku przodowi, lub też mocnego wykręcenia ramienia na zewnątrz.

Porównyując to zwichnienie ze zwichnieniem podbarkowem, znajdujemy pomiędzy temi zwichnieniami takie same stosunki, jak między zw. kulszowem i udowem. Jeżeli mianowicie cała część tylna więzu torebkowego jest rozdarta, to główka kości ramieniowej może przyjąć różne położenia, i posunąć się jużto więcej ku wyrostkowi barkowemu, już też pod grzebię łopatki. Jeżeli zaś większa część tylna więzu torebkowego jest zachowana, i rozdarcie jest istotnie od dołu, to skutkiem tego, podobnie jak przy zw. kulszowem, uniemożliwionem jest postąpienie główki kości ramieniowej ku górze, i powstaje zw. podgrzebieniowe (*l. infraspinata*). Główka kości ramieniowej ustawioną jest w dole podgrzebieniowym, i obróconą ku osi ciała i ku tyłowi. Guzik mniejszy kości ramieniowej przylega mocno do brzegu panewki, do którego jest przycisnięty przez więz kruczo-ramieniowy, zwłaszcza przez jego tylną odnogę. Przednia ściana więzu torebkowego pokrywa panewkę. Oś kości ramieniowej zstępuje naprzód i ku dołowi.

Sposób nastawiania jest następujący:

1) Obrót ramienia na wewnątrz należy powiększyć, aby główkę kości ramieniowej, unieruchomioną napiętym więzem torebkowym (tylną odnogą więzu kruczoramiennego) przesunąć na bok, zupełnie podobnie jak przy zw. podkruczem, w którym dokonywamy z początku obrotu na zewnątrz.

2) Ruch odsiebny (*abductio*), takowy zwalnia więz kruczoramienny i czyni główkę ruchomą na jej punkcie podpory t. j. na tylnym brzegu panewki.

3) Przez wyciąganie naprężamy dolną ścianę więzu torebkowego.

4) Obrót na zewnątrz dokonywa nastawienia.

5) Zwichnienie zapanewkowe górne (*l. retroglenoidea sup.*).

Zw. udowe (*l. iliaca*) dla uda.

Zw. podbarkowe (*l. subacromialis*) dla ramienia.

Zwichnienie udowe uważane jest ogólnie, jako najczęściej się zdarzające. Do jego powstania przyczynia się głównie: mocny obrót kończyny na wewnątrz, częściej jednak uderzenie działające na górną część uda, przy ustawieniu nogi ksobnem (*adductio*) obrocie jej na wewnątrz, łatwiej zaś przy zgięciu.

Rozdarcie więzu torebkowego znajduje się od tyłu. Główka kości udowej albo występuje ponad ścięgnami mm. zasłonowych, lub też ścięgnę te, wraz ze ścięgnami innych mięśni obracających udo na zewnątrz, oraz znajdującą się pod nimi częścią więzu torebkowego, są przerwane. Przednia i dolna ściana więzu torebkowego, są nienaruszone. Obrót (*rotatio*) uda na zewnątrz możliwym jest jedynie przy użyciu znacznej siły, ulega przytem rozdarcie dolna ściana tegoż więzu torebkowego, przednia zaś ściana tegoż więzu jakoteż odnoga więzu biodro-udowego, zostają mocno napięte. Główka przy tym obrocie przeslizguje się po tylnym obwodzie panewki, i ustawia pomiędzy takową i kołecem biodrowym przednim górnym (*spina ant. sup. ili*) nieco na zewnątrz tego ostatniego, czyli powstaje zwichnienie pod kołec biodrowy (*l. supracotyloidea*), o którym poniżej powiemy.



Potrzeba zatem, tak przy zw. udowem jak i przy zw. zastłonowem oraz kulszowem, mieć się na ostrożności, aby przy nastawianiu uniknąć podobnych przekształceń z jednej postaci zwichnięcia w drugą.

Najlepszym sposobem nastawiania zw. udowego jest:

1) Silny obrót odsiebnie ustawionego uda na wewnątrz. Obrotem tym zwalniana się napięta część więzu torebkowego, i główka staje się przez to ruchomą na tylnej powierzchni miednicy.

2) Dość silne wyciąganie, skutkiem którego główka zsuwa się na brzeg panewki.

3) Zgięcie, które nigdy jednak nie powinno przechodzić po za kąt prosty.

Przez ruch obrotowy na wewnątrz i wyprostowanie uda, główka wstępuje do panewki.

Nastawiliśmy z łatwością, przy użyciu tego sposobu, dwa zwichnięcia udowe.

Zwichnienie podbarkowe (*l. subacromialis*) chociaż zdarza się rzadko, częściej jednak jak zw. podgrzebieniowe (*l. infraspinata*). Powstaje to zwichnienie przez silny obrót ramienia na wewnątrz, częściej jednak przez uderzenie w przednią okolicę ramienia. Główka w tem rodzaju zwichnienia jest daleko mniej oddaloną od panewki, jak przy zw. podgrzebieniowym, zewnętrzna odnoga więzu kruczoramiennego jest napiętą, szyjka anatomiczna kości ramieniowej spoczywa na brzegu panewki. Główka jest pokrytą już przez mięsień podgrzebieniowy (*m. infraspinatus*) już też występuje pomiędzy tym mięśniem i mięśniem obłym mniejszym (*m. teres minor*). MALGAIGNE znalazł dwa razy oderwanym przez ściągno *m. podłopatkowego* (*m. subscapularis*) guzik mniejszy (*tub. minus*) kości ramieniowej, podobnie jak przy zw. podkruczem, zostaje tak często oderwanym przez mięśnie obracające ramię na zewnątrz, guzik większy (*tub. majus*) teje kości.

Nastawienie tego zwichnięcia odbywa się podług następujących danych:

1. Silny obrót podniesionego ramienia na wewnątrz, dla zwolnienia nie naruszonych części więzu torebkowego, a zwłaszcza więzu kruczo-ramiennego.

2. Wyciąganie, obrót za zewnątrz, i opuszczenie ramienia.

d) Zwichnienie nadpanewkowe (*l. supraglenoidea*). Ponieważ staw ramieniowy pokryty jest od góry wyrostkiem barkowym, to zwichnienie główki kości ramieniowej ku górze może nastąpić jedynie przy jednoczesnem złamaniu wyrostka barkowego. Będziemy tu zatem rozpatrywać tylko zwichnienie główki kości udowej pod kolec biodrowy przedni górny (*luxatio supracotyloidea coxae*).

W Lipcu 1874 r. mieliśmy sposobność spostrzeżać typowe zwichnienie pod kolec biodrowy (*l. supracotyloidea*) u 49-cio letniej kobiety. Kończyna dolna była w zupełności wyprostowaną, obróconą na zewnątrz i o 3 ctm. skróconą. W okolicy krętarza wielkiego (*troch. major*), powyżej takowego i przed takowym, znajdowała się wydatna wypukłość. Główną kości udowej można było wyraźnie wyczuć na zewnątrz, pod kolcem biodrowym przednim górnym (*sp. ant. sup. ilii*). Przy zginaniu uda i obrocie na wewnątrz, powstawało zwichnienie biodrowe, z jego wybitnymi objawami zgięcia, obrotu na wewnątrz i t. d. Przy obrocie uda na zewnątrz i wyprostowaniu, łatwo można było sprowadzić znowu zwichnienie pod kolec biodrowy. Dopiero po zgięciu uda i bardzo silnym obrocie na wewnątrz, główka wstępowała do panewki.

BLASIVS 1) zebrał 23 przypadki tej postaci zwichnień kości udowej.

<sup>1)</sup> BLASIVS. *Ueber die traumatische Luxatio femoris supracotyloidea*. Lggbk. Archiv Bd. 16, S. 207.



Rozdarcie więzu torebkowego znajdowało się zawsze w części górnej tegoż więzu.

Zw. pod kolec biodrowy jest tylko odmianą (ROSER) zwichnienia biodrowego, gdyż chociaż objawy tych dwóch postaci zwichnień uda są zupełnie sobie przeciwne, to jednak przeszkody w nastawianiu są w obydwóch te same, i sposób nastawiania, tak dla zwichnienia pod kolec biodrowy jak i dla zwichnienia udowego, jest jednakowy.

BLASIUS poleca: umiarkowane zgięcie uda (z zachowaniem istniejącego obrotu uda na zewnątrz), ruch ksobny, wyciąganie i następnie obrót na wewnątrz. Główną przeszkodą przy nastawianiu tego zwichnienia jest więz biodro-udowy, przebiegający przed zwichniętą główką kości udowej, mocno napięty, zwłaszcza w swej zewnętrznej odnodze.

Wspomniemy tu jeszcze o jednej odmianie zwichnienia pod kolec biodrowy, która należy już do zwichnień nieprawidłowych, t. j. o zwichnieniu nadkolecowem (*l. supraspinosa*). Główna w zwichnieniu tem stoi nad kolcem biodrowym przednim dolnym, lub też przesunęła się przez takowy na wewnątrz. Odmiana ta stanowi przejście od zwichnienia pod kolec biodrowy do zwichnienia łonowego (*l. pubica*). Te dwie ostatnie postaci zwichnień pomimo jednakowego ustawienia zwichniętego członka,—odróżniają się jednak od siebie, gdyż przy zw. łonowem główkę kości udowej można wyczuć więcej na wewnątrz koleca biodrowego przedniego dolnego, przy zw. pod kolec biodrowy na zewnątrz od tegoż koleca.

Jeżeli teraz pomijając wszystkie inne cechy podobne, zestawimy porównawczo, ze stanowiska wyłącznie leczniczego, zwichnienia kości ramiennej i udowej, będziemy mogli ułożyć daleko prostszą tabliczkę (*Schema*) tych zwichnień, pozornie tylko odróżniającą się od tej, którąśmy powyżej podali. Ponieważ bowiem zw. nadpanewkowe i podpanewkowe, jako proste odmiany, można z podziału usunąć, a zw. pachowe (*l. axillaris*) i zw. zasłonowe (*l. obturatoria*) mają wspólny czynnik przeszkadzający postąpieniu główki w górę i przekształceniu się tych zwichnień w zwichnienie podkrucze (*l. subcoracoidea*) resp. w zw. biodrołonowe (*l. ilio-pubica*), czynnikiem zaś tym jest naprężona przednia część więzu torebkowego, możemy zatem trzymać się następującego uproszczonego podziału:

a) Zwichnienia ku przodowi	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha. \text{ Ku górze i ku przodowi} \\ \beta. \text{ Ku dołowi i ku przodowi} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 1) \text{ podkrucze (subcoracoidea).} \\ 2) \text{ biodrołonowe (ilio-pubica).} \\ 3) \text{ pachowe (axillaris).} \\ 4) \text{ zasłonowe (obturatoria).} \end{array} \right.$
b) Zwichnienia ku tyłowi	$\left\{ \begin{array}{l} \gamma. \text{ Ku dołowi i ku tyłowi} \\ \delta. \text{ Ku górze i ku tyłowi} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 5) \text{ podgrzebieniowe (infraspinata).} \\ 6) \text{ kulzowe (ischiadica).} \\ 7) \text{ podbarkowe (subacromialis).} \\ 8) \text{ udowe (iliaca).} \end{array} \right.$

$\alpha$ . Przy zwichnieniach ku górze i ku przodowi, najgłówniejszym i istotnym ruchem nastawniczym jest zgięcie (*flexio*). Przy zwichnieniu podkruczem, z powodu znacznego zбочenia główki kości ramiennej na wewnątrz, przed zgięciem musi być dokonany silny obrót na zewnątrz, przy zw. biodrołonowem, zużytkowujemy istniejące ustawienie odsiebne uda, lub też powiększamy takowe. Przy ciężkich lub zastarzałych zwichnieniach, ruch obrotowy na zewnątrz musi być poprzedzony silnem wyciągnięciem (*Hyperextensio*). Dopiero po zgięciu następuje obrót na wewnątrz i opuszczenie kończyny. Dla uda musi zawsze następować po ruchu, którego celem jest zwolnienie więzu torebkowego, wyciąganie, a to dlatego, że potrzeba więcej jak przy zwichnieniach ramienia, przeciwdziałać ciężkości członka.

$\beta$ . Przy zwichnieniach ku dołowi i ku przodowi, ruchem nastawniczym jest obrót na zewnątrz (*Auswärtsrotation*), który tak przy zw. zasło-



nowem jak i pachowem musi być poprzedzony znacznem zgięciem w połączeniu z wyciąganiem, *resp.* przy zw. pachowem, równoznacznem ze zgięciem ruchem odsiebnym. Przy zw. zasłonowem potrzebnym jest następnie silny obrót na zewnątrz, który przy zw. pachowem, z powodu ruchu odsiebnego, dokonywa się sam przez się. Kończymy nastawienie opuszczeniem kończyny i obrotem na wewnątrz. W ciężkich lub zastarzanych przypadkach, oprócz wyciągania zgiętej kończyny, trzeba zastosować przeciw-wyciąganie lub cisnienie na główkę od dołu. Przy zw. pachowem przez wprowadzenie pięty pod pachę, przy zw. zasłonowem, pętlą nałożoną skośnie przez górną część uda.

γ. Zwichnienia ku dołowi i ku tyłowi nastawiają się tak samo jak zwichnienia pod β, t. j. przez obrót na zewnątrz poprzedzony znacznem zgięciem *resp.* ruchem odsiebnym dla ramienia. Przy tej postaci zwichnień, chodzi jednak głównie o to, aby przed zgięciem nastąpił silny obrót na wewnątrz. Po zgięciu potrzebnem jest także wyciąganie. Przy zwichnieniach zastarzanych i nieprawidłowych, potrzeba powiększyć zgięcie, z niezbędnym dla takowego ruchem ksobnym (*adductio*). Skutkiem tego, odwrotnie tylko jak przy nastawianiu zwichnień α, główka zostaje przeprowadzoną przez brzeg panewki.

δ. Zwichnienia ku górze i ku tyłowi nastawiają się silnym obrotem na wewnątrz (*Einwärtsrotation*). Wystarcza następnie wyciąganie połączone ze zgięciem, i obrót na zewnątrz, aby dokonać nastawienia. Tylko jeżeli zw. udowe *resp.* podbarkowe, są zwichnieniami wtórnymi, jeżeli jest znaczne rozdarcie więzów torebkowego, lub zwichnienie jest zastarzałe, potrzeba zgięcie powiększyć i zarazem dokonać ruchu ksobnego (*adductio*) który tworzy się już sam przez się, przy mocniejszym zgięciu.

Z zestawienia tego wynika, że terażniejszy nasz sposób nastawiania zwichnień uda i ramienia, jest sposobem: elewacyjno-obrotowym (*Elevations—Rotationsmethode*). Dla zwolnienia napiętych części więzów torebkowego, używany już to podnoszenia (*Elevatio*) zwichniętej kończyny (zgięcia uda), dla zwolnienia więzów biodro-udowego,—ruchu odsiebnego ramienia dla zwolnienia więzów kręco-ramieniowego), już też obrotu (*Rotatio*) zwichniętej kończyny. Na co jednak dotąd mniej zwracano uwagę, a co również jest bardzo ważnem: używamy także podniesienia (*Elevatio*) i obrotu (*Rotatio*) dla napięcia pewnych części więzów torebkowego, które tym sposobem mają służyć jako stały punkt obrotu dla ruchów dźwigniowych i przez swe skrócenie się wciągać równomiernie główkę do panewki.

Wiele tu jednak zależy na tem, aby ruchy wywołujące naprężenie i zwolnienie więzów, były dość obszerne i odpowiednio następowały po sobie.

Najwłaściwszem będzie postępowaniem, jeżeli dla każdego zwichnienia, za punkt wyjścia naszych ruchów nastawniczych weźmiemy najwydatniejsze nieprawidłowe ustawienie zwichniętej kończyny, t. j. jeżeli przy zwichnieniach ku dołowi, zaczniemy od zgięcia (ruchu odsiebnego dla ramienia), przy zwichnieniach ku przodowi i ku tyłowi od obrotów na zewnątrz i na wewnątrz. Musimy tylko nadmienić tu jeszcze, że nie należy, tak jak się to często zdarza, po zgięciu dokonywać wyciągania, po obrocie na wewnątrz, obrót na zewnątrz skutecznie, lecz ruchy podnoszenia i obrotu winny kolejno być zmieniane.

Na zakończenie, opierając się na skuteczności sposobu elewacyjno-obrotowego, chcemy zaoponować, przeciw jakimkolwiek więcej energicznemu postępowaniu, przy nastawianiu zwichnień. Każdy ruch gwałtowny dokonany przy nastawianiu zwichniętej kończyny, jest niewłaściwym, ponieważ nie należy szarpać naprężonych części, lecz zwolnić takowe, lub też zużytkować ich naprężenie.



Także obszerne i lekkomyślne użycie chloroformu przy nastawianiu zwiechnień winno być ograniczonym, ponieważ można uniknąć naprężenia mięśni, a nieraz naprężenie to zużytkować. Fakt, że trudne do nastawienia zwiechnienia mogły być nastawione dopiero po użyciu chloroformu, przemawia jedynie za odrzuceniem sposobu użytego do nastawiania, a nie za przyjęciem chloroformu. Często bowiem możemy spostrzegać, że nawet przy użyciu chloroformu, dopiero zmiana sposobu dokonywa nastawienia.

Chloroform wskazanym jest tylko przy nastawianiu nieprawidłowych i zastarzałych zwiechnień.

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

Kwas salicylowy przeciw niezżytom dróg moczowych, połączonym z ammonijakalnym burzeniem moczu. Dr. P. FÜRBRINGER w *Berl. klin. Wochsft.* Nr. 19—1875 ogłasza szereg własnych spostrzeżeń, dokonanych w klinice prof. FRIEDREICH'A w Heidelbergu, nad działaniem kw. salicylowego w 4-eh różnych przypadkach niezżytu dróg moczowych. Do czynienia tego rodzaju spostrzeżeń skłoniło go najprzód twierdzenie KOLBE'GO, że kw. salicylowy już w bardzo małej ilości jest w stanie powstrzymać burzenie ługowe (fermentacją alkaliczną) moczu; po 2) własne autora spostrzeżenia wykazujące, iż mnóstwo poraszających się żywo bakteryj, znajdujących w osadzie moczu ługowo oddziaływającego, prawie natychmiast obumiera po dodaniu doń na szkiełku przedmiotowym pod drobnowidzem kropli wodnego roztworu kw. salicylowego; i nakoniec ta okoliczność, że kw. ten zadawany do wewnątrz po części jako taki przechodzi do moczu. Przytaczamy tu jeden z czterech powyżej wzmiankowanych przypadków, a mianowicie przypadek przewlekłego niezżytu pęcherza moczowego. Podług opowiadania chorego, już od lat 12 mocz wydzielany przez niego, pomimo używania środków balsamicznych, zawsze przedstawiał gęsty osad śluzowy, był brudno zabarwiony i wydzielał nader przykrą woń; które to własności w dzień przyjęcia chorego na klinikę mocz świeżo wydany rzeczywiście posiadał. Osad mocno ammonijakalnego moczu przedstawiał pod drobnowidzem ciała śluzowe i ropne, liczne kryształki fosforanów trójzasadowych i mnóstwo bakteryj, pewna część których zebrana była w błoniaste płatki nasiąknięte solami wapiennymi. Chory od dawna już, z powodu iż dobrowolnie mógł wypuszczać małą tylko ilość moczu, posługiwał się w tym celu własnym cewnikiem. Ze w tym razie przewlekłanie się cierpienia zależy nie tylko od zanieczyszczenia przez to narzędzie, dowodził brak przez długi czas wszelkiej poprawy pomimo wszystkich ostrożności zachowywanych przy zakładaniu cewnika (oczyszczanie narzędzia przy pomocy kw. karbolowego i t. p.) Po przybyciu na klinikę choremu dr. P. F. podał do wewnątrz kw. salicylowy w wodnym roztworze (w dawkach *pro die* od gr. 15 do pół drachmy). Szóstego dnia od początku tego leczenia mocz świeżo wypuszczony przedstawiał oddziaływanie obojętne, które jednakże wkrótce stawało się ługowem; osad i woń moczu nie uległy żadnej zmianie. Pomimo ciągłego podawania kw. salicylowego dr. F. wzmiankowane własności moczu spostrzegał i w ciągu następnych sześciu dni leczenia. Taka uporczywość w utrzymywaniu się tych zjawisk nasunęła F. podejrzenie, że niewyczerpanem źródłem burzenia moczu w pęcherzu jest prawdopodobnie nasiąknięty zaczynem śluz mocno do ściany pęcherza przylegający. Celem wydalenia tej wydzieliny niezżytowej z pęcherza przedsięwziął trzykrotnie jego przepłókanie (za pomocą cewnika o 2-eh cewkach) z początku wodą letnią, potem zaś wodnym roztworem  $\frac{1}{5}\%$  kw. salicylowego. Skutki stwierdziły słusność owych domniemań. W ciągu 3 dni przez cewnik odchodziły wielkie płatki śluzowe, złożone przeważnie ze śluzu, nabłonka i soli wapiennych z przymieszką nader wielkiej liczby bakteryj. Czwartego dnia takiego postępowania (przy ciągłym podawaniu do wewnątrz kw. salicylowego) mocz okazywał oddziaływanie kwaśne nawet po 12-to godzinnem staniu, nie wydzielał żadnej przykřej woni i tworzył nieznaczny lekki osad złożony z ciałek ropnych i nabłonek bez śladu bakteryj.



Rozważając skutki z użycia kwasu salicylowego we wszystkich czterech spostrzeżanych przez siebie przypadkach autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Że kw. salicylowy przy zadawaniu go do wewnątrz, w stosunkowo małych dawkach, jeżeli nie zachodzą żadne szczególne powikłania (jak to właśnie miało miejsce w przytoczonym powyżej przypadku), jest w stanie usuwać tak bodźce, jak wytwory amonijakalnego burzenia moczu wewnątrz ustroju zachodzącego; lecz przytem że 2) tenże sam środek nie posiada własności powstrzymywania sprawy nowotworzenia komórek ropnych zachodzącego na błonach śluzowych dróg moczowych.—(Zgadza się z tem wykazana przez autora skuteczność kw. salicylowego przy gorączkach gnilnych (septycznych) sztucznie na skutek zakażenia gnilnego u królików wywołanych, równie jak ujemne wyniki otrzymane z podawania go przy gorączkach czysto zapalnych).

Szczeliny szyi pęcherza moczowego u kobiet. Po raz pierwszy cierpienie to opisuje prof. SPIEGELBERG w *Berlin klin. Wochschr.* 1875—16. Autor w przypadku długotrwałych „skurezów pęcherza” dostrzegł tę chorobę po nagłym rozszerzeniu górnej części cewki moczowej, dokonaniem w celu rozpoznawczem. Pod względem objawów i leczenia autor zestawia to cierpienie ze szczeliną odbytu (*fissura ani*). Jak przy szczelinie odbytu przejście kału z powodu zetknięcia się jego z miejscami obnażonemi *resp.* z zakończeniami nerwów, sprawia z początku tylko umiarkowanego natężenia ból, który w krótkim czasie z przyczyny kurezowego ściągania zwieracza staje się nieznośnym i nawet po wydaleniu kału jeszcze trwa przez pewien czas (gdyż czynność zwieracza natychmiast nie ustępuje), tak też podobne objawy wywołane przez podobne przyczyny widzimy i przy szczelinie szyi pęcherza. Jednakże przy tem ostatniem cierpieniu napady bywają częstszymi, gdyż mała nawet ilość moczu w pęcherzu bardzo prędko się styka z częściami choremi i bardzo drażliwemi, gdy tymczasem kał dochodzi do zwieracza zewnętrznego odbytu w nierównie dłuższych odstępach czasu. Wchodzenie moczu do szyi pęcherza i części początkowej cewki wywołuje ściąganie włókien mięśniowych podległych woli, przykre napieranie na mocz, w wydaleniu kureze zwieracza a ztąd strumień moczu przerywany. Głównym środkiem przy szczelinie odbytu jest rozszerzanie tak na drodze krwawej, jakotcz bezkrwawej. Autor nie rozstrzyga stanowczo czy takie rozszerzanie samo przez się wystarcze przy leczeniu szczeliny szyi pęcherzowej. Przy szczelinie odbytu rozszerzanie uwalnia zwieracz od czynności w przeciągu jednego lub kilku dni i tym sposobem dozwala choremu miejscu pokryć się nabłonkiem. Przy szczelinie zaś szyjki pęcherza nie jest to możebnem z powodu ciągle nagromadzającego się moczu; z tem wszystkim jednakże rozciąganie i rozzerwanie warstwy włókien obrączkowych powinno usuwać ściągania kurezowe. Następne przyżeganie szczeliny także przyczynia się do wyleczenia. Co się tyczy innych środków, bądź miejscowych, bądź też wewnętrznych, to te w ogólności można także stosować; a nawet w niektórych przypadkach ze względu na towarzyszący temu cierpieniu nieżyt dróg moczowych bywają one niezbędne. Zapewne w wielu przypadkach, uważanych za nieżyt pęcherza lub cewki, albo też za proste nerwice, istotę cierpienia stanowi szczelina szyi pęcherzowej, szczególnie jednak to się da odnieść do t. z. skurezów bolesnych cewki. Autor bynajmniej przez to nie chce utrzymywać „by taki skurez nie mógł istnieć samodzielnie jako taki, lecz zwraca uwagę na to, że bezwątpienia w wielu przypadkach tego rodzaju skurezu jako cierpienie zasadnicze daje się wykryć szczelina pęcherzowa.”

*St. Kw.*

**Wyciąg szakłakowy** (*extr. cort. Bhamni frangulae*) zdaniem Dra OGLIVIE (*Med. Times and Gazette. 6 February 1875*) jest łagodnym i pewnym lekiem przeczyszczającym (*laxativum*), przyjemnego smaku, nie wywołuje nigdy nudności, kolek, ani odbijania, sprowadza średnie wypróżnienie (nigdy zupełnie wodniste) raz tylko po jednej dawce. O. używał tego przetworu głównie u dzieci, osób osłabionych, tudzież po operacjach oocznych i t. d. kiedy potrzebny był wolny stolec. Własności te wszakże posiada t y l k o s t a r a k o r a, przetwory zaś ze świeżej wywołują wymioty. *T. Ż—a.*



## KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Maju r. b. Choroby wysypkowe ostre zdarzały się dosyć rzadko, żadna nie przybrała rozmiarów epidemii; tak samo dla wiece i błonicowe zapalenie gardła w pojedynczych tylko przypadkach spostrzegano; krztusiec (koklusz) u dzieci często występował. Przypadki ostrego nieżytu żołądka i kiszek tak u dorosłych jak i u dzieci, zwłaszcza pomiędzy temi ostatnimi często się zdarzały. Choroby położowe dosyć liczne, przedstawiały przeważnie postacię miejscowych zapaleń. Wreszcie spostrzegano: zalewy mózgowe, krwotoki płucne i maciczne.

## Biblijografija.

Dr. Stefan ŚCIEPURA. Opyt antropologiczeskaha izsledowania makrokefaliczeskich czerepow najdiennyh w grobnicah Samtawrskaha kładbiszcza. Tyflis 1875 r. 1).

Rozprawa kranijologiczna przez polaka opracowana, będąc zjawiskiem dość rzadkiem w antropologii, nie może być obojętną dla zajmujących się tą umiejętnością; praca zaś obecna p. ŚCIEPURY, oprócz tego, z dwóch względów zasługuje na szczególną naszą uwagę. Raz dla tego, że opisane w niej czaszki pochodzą z Kaukazu i to z epoki bardzo starożytnej, bo z X—II wieku przed Chr., a powtóre dla tego że nam przynosi nową i dokładniejszą wiadomość o odkrytych tamże czaszkach t. j. makrocefalnych, których kształt osobliwszy i pochodzenie od dawna zajmują najznakomitszych kranijologów.

1) (*Red.*) Sprawozdanie o tej pracy otrzymaliśmy w skutek łaskawego pośrednictwa kolegi TALKO, wraz z listem doń pisany przez sprawozdawcę. List ten zawiera pewne szczegóły, których ogłoszenie za stosowne uważamy i dla tego list ten w całości tu przytaczamy:

„*Szan. i koch. kolego!* Spieszę najserdeczniej podziękować panu za przyslaną mi rozprawę p. ŚCIEPURY, która mi niepospolitą sprawiła przyjemność, raz jako znak łaskawej pamięci pańskiej o mnie, a powtóre jako rzecz prawdziwie zajmująca dla kranijologii. Rozprawa ta, rzeczywiście mająca niezaprzeczoną wartość dla mnie, była tem miłszą, że w jej autorze mam niespodzianą sposobność powitać współpracownika rodaka na polu kranijologii, na którem samotnie krzątam się od lat kilkunastu. Szczerze pragnąc zawiązać z p. ŚCIEPURĄ stały stosunek i korespondencyję naukową, upraszam kochanego pana o udzielenie mi jego dokładnego adresu (dr. med. Stefan ŚCIEPURA jest lekarzem wojskowym i stale mieszka w Tyflisie. *Odp. dra T.*) Chciałbym posłać mu parę rzeczy kranijologicznych opracowanych przezemnie, lecz nieznając istniejących u Was przepisów cenzurowych, nie wiem jak mam sobie w tej mierze postąpić.

Żadaną recenzję o rozprawie p. Ś. przy tem załączam. Czy odpowie życzeniu pańskiemu? tego nie jestem pewny. Mając na względzie że piszę to dla czytelników którzy się specjalnie kranijologią nie interesują, nie mogłem się rozszerzać nad wartość wewnętrzną tej pracy i ograniczyć się musiałem do wykazania jej wartości w stosunku do kwestyi antropologicznych Kaukazu i kwestyi o wielkogłowych (*makrocephalach*). Rozprawę naszego ŚCIEPURY uważam za bardzo zasługującą na to, aby ją we własnej sferze poznano. Z prawdziwą przyjemnością posłałbym ją do Towarz. antropolog. Paryzkiego, Londyńskiego, Berlińskiego, Wiedeńskiego, wraz z potrzebnymi objaśnieniami, gdyby p. ŚCIEPURA zechciał w tym celu obdarzyć mnie kilku egzemplarzami swej pracy. Jeszcze raz dziękuję najserdeczniej za tę wielką przyjemność, jakąś mi pan sprawił. Ścisłkam po przyjacielsku dłoń pańską,—zawsze serdecznie życzliwy i kochający J.... K. ....



Odkrycie w 1872 roku starożytnego cmentarzyska Gruzińskiego w Samtawro pod Mechetem w pobliżu Tyflisu, o którym pierwszą wiadomość podał p. SEIDLITZ w pismach Kaukaskich („I z w i e s t i j a K a w k a z. O t d i e ł a J. R. G e o g r a f. O b s z c z e s t w a” T. I.), a które następnie wyczerpująco opisał sam uczony badacz tegoż cmentarzyska p. Fr. BAYERN<sup>1)</sup>, należy, obok nekropolów Etruskich we Włoszech, do najważniejszych zdobyczy tegoczesnych w dziedzinie archeologii i antropologii przedhistorycznej.

Obok niezmiernie zajmującego i dokładnego obrazu samego cmentarzyska, klasyfikacji i budowy składających je grobów (akeldomów), oraz opisu znalezionych tam archeologicznych zabytków, p. BAYERN o znajdujących tamże szczątkach ludzkich podał tylko ogólną wiadomość, która się streszcza do tego: że ciała starożytnych Iberów znajdujące w akeldomach, grzebane były w położeniu siedzącym przeważnie, że wedle praktykowanych przez nich obrządków Sabeizmu składano tamże ofiary z ludzi, że wedle kształtnej długogłowej budowy czaszek jednych i drugich, należały one do tego samego szczepu, najprawdopodobniej Semickiego, że nakoniec niektóre ze znajdujących tam czaszek a głównie kobiece, ulegały w dzieciństwie sztucznemu przekształceniu, znanemu pod nazwą makrocefalii.

Temi to ostatnimi wyłącznie zajmuje się p. ŚCIEPURA w obecnej swojej pracy.

Nad temi czaszkami, oprócz rzeczonyj wzmianki p. BAYERN'A, zastanawiano się już w Tow. Antropolog. Paryzkim w r. 1873<sup>2)</sup> gdzie p. BROCA na dwóch czaszkach tego rodzaju, oraz na kilku fotografiach i rysunkach ofiarowanych przez p. ŚMIRNOW'A, wykazał zupełną tożsamość przekształcenia ze znanými makrocefalnymi z Krymu. Zastanawiając się wówczas obszerniej nad Cymryjskim pochodzeniem tych czaszek i nad wędrówką Cymrów do Europy, pod naciskiem Seytów, p. BROCA nie wdawał się w szczególnie opis tych czaszek.

Pożądane pod tym względem dopełnienie znajdujemy w obecnej pracy p. ŚCIEPURY. Po wstępnym przeglądzie rozmaitych wiadomości i rozpraw przedtem ogłaszanych o czaszkach makrocefalnych podaje on szczegółowy opis 6 czaszek tego rodzaju, pochodzących z cmentarzyska w Samtawro, w którym dokładnie objaśnia nam mechanizm ucisku ich opaskami w dzieciństwie dla nadania im wymaganego kształtu. Dla porównania zaś, dopełnia takowe opisanienowożytnych 2 czaszek tatarskich, 1 gezlińskiej i 1 imereyńskiej, znajdujących się w Kaukazkiem muzeum w Tyflisie. Do opisu tego dodana jest tablica porównawcza dokładnych wymiarów tych wszystkich czaszek, dokonanych według znanych wskazówek Tow. Antrop. Paryzkiego. Nakoniec opis ten dopełniają i objaśniają wyborne rysunki tychże czaszek oraz kopije dawniej opisanych, przez BAERA i FITZINGER'A makrocefalów Krymskich i Austryjackich. Przy końcu tejże rozprawy znajdujemy zdrowe uwagi i zdania autora odnoszące się do techniki kranijometrycznej, które w większej części podzielamy najzupełniej.

Szczerze tego żałując, że na tém miejscu nie wypada nam wdawać się w specjalne ocenienie cennej tej pracy naszego rodaka, poprzestać musimy na zaświadczeniu niezaprzeczonej wartości tej pracy, oraz na wynurzeniu jej autorowi szczerego życzenia, aby mu zatrudnienia jego lekarskiego zawodu nieprzeszkodziły oddać się tak pięknie rozpoczętym badaniom kranjologicznym, do których Kaukaz przedstawia mu pole bardzo obfite i wdzięczne, a dotąd prawie nieknięte. A mianowicie oczekujemy od niego z jednej strony dalszych studyjów nad starożytnymi czaszkami z cmentarzyska Samtawro i wyjaśnienia: Czy i czem się różnią czaszki pochodzące z Iberyjskich akeldomów od czaszek znajdujących w ceglanych grobowcach Greekich? Z drugiej zaś strony spodziewamy się że po zwalczeniu tych wielkich przeszkód w zebraniu pożądaných materyjalów, o jakich wspominał uczony badacz Kaukazu p. RADDE (*Verhandlungen d. Berliner Gesellschaft für Anthropologie. März 1872*), przystąpi p. ŚCIEPURA do dawno pożądaných badań nad czaszkami plemion nowożytnych Kaukazu.

1) „Ausgrabungen aus alten Grübern bei Mechet”. *Zeitschrift für Ethnologie* Jahr. 1872.

2) *Bulletins de la Soc. d'Anthropologie de Paris* T. VIII. (2 Serie) 1874.



Przytem wszakże ośmielamy się wyrazić mu nasze zdanie: że wskazówki przez Tow. Antrop. Paryzkie, przeznaczone głównie dla użytku podróżników do spisywania spostrzeżeń pobieżnych, nie uważamy za dostateczne do studyjów głębszych i ścislejszych; sądzimy też iż w tej mierze wypadnie wziąć sobie za wzór, między innymi specjalne prace kranjologiczne pp. BAERA i BOGDANOWA w Rosyji, DAVIS'A i THURNAM'A w Anglii, BROCA i HANNY we Francyi, NICOLUCCI i CALORI we Włoszech, ECKER'A, WEISBACH'A, HIS'A i VIRCHOW'A w Niemczech.

Co się zaś tyczy najłatwiejszego i najdokładniejszego wykonania rysunków czaszek, z własnego doświadczenia zalecić musimy metodę *Lucae*. I. K.

Kraków dnia 31 Maja 1875 r.

### Od Wydawcy.

Z powodu zbliżającego się końca pierwszego półroczu r. b., upraszamy pp. prenumeratorów, aby z nadesłaniem przedpłaty na następne półroczcie pośpieszyli. Łaskawe uwzględnienie tej prośby polecamy przedewszystkiem tym, którzy dotąd przedpłaty za bieżące półroczcie nie wnieśli, jak również wypisującym nasze czasopismo za pośrednictwem księgarni, które zwykle nie roczną a półroczną przedpłatę wnoszą;—w przeciwnym bowiem razie jednym i drugim dalszą wysyłkę „MEDYCYNĘ” od 1 Lipca r. b. wstrzymamy, aż do czasu odnowienia przedpłaty.

Pp. prenumeratorów, którzy nie mają zamiaru otrzymywać naszego czasopisma w następnym półroczu, prosimy o zawiadomienie o tem do 1 Lipca r. b., uwzględniając bowiem możliwe opóźnienie w przesyłce pieniędzy, wysyłać będziemy „MEDYCYNĘ” bez przerwy tym wszystkim, którzy nas o kredyt prosili i tym, którzy zawiadomienia takiego nie nadesła, a opłatę za pierwsze półroczcie bezpośrednio do Redakcyi wnieśli.

## PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany staraniem i nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ


D-ra J. Rogowicza,

Zeszyt I i II za rok bieżący wyszedł z druku i zawiera:

Od Redakcyi. 1. J. Dymnicki. Sprawozdanie XVII z chorób leczonych w Basku, podczas pory kąpielowej 1874 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. 2. N. Grehant i E. Modrzejewski. O rozkładzie śiał białkowych w próżni. 3. J. Talko. Materyjał do Teratologii. Potwory podwójne. 4. Czynnności Towarzystwa: Protokoły posiedzeń z d. 5 i 19 Stycznia. —3 i 16 Lutego,—2 i 16 Marca,—6 i 20 Kwietnia r. b. Ustawa nagrody konkursowej imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego. Sprawozdanie o powstaniu i stanie obecnym funduszu imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego. Lista imienna ofiarodawców tegoż funduszu. Regulamin, rozwijający Ustawę nagrody konkursowej imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego. Zadania konkursowe Towarzystwa.

**Cena Pamiętnika:** w Warszawie rocznie Rs. 4, półrocznie Rs. 2, na Prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesłaniem rocznie Rs. 5, półrocznie Rs. 2½. — Dla członków korespondentów Towarzystwa odstępuje się Pamiętnik po rs. 3 za rok cały z przesłaniem.

**Redakcyja** w Warszawie, ulica Marszałkowska, 45.

 Dzisiejszy Nr. z **Dodatkiem**, zawierającym: Ustawę, sprawozdanie i listę imienną ofiarodawców funduszu konkursowego imienia Dra Tytusa Chałubińskiego.