

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

TREŚĆ: Studya kliniczne nad leczeniem suchot płucnych. Podał Dr. A. Sokołowski, z Goerbersdorfu. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. O leczeniu zapobiegawczem grzybowatego z opalenia stawów, ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłego zapalenia szpiku kostnego i jego leczenia za pomocą nakłóć ogniowych. Przez prof. Kochner'a. Streścił Dr. E. Modrzejewski. — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenie z dnia 19 Września r. b. Towarzystwo lekarzy lubelskich. Posiedzenie z d. 28 Czerwca i doroczne z d. 4 Lipca r. b. — List otwarty prof. Blumenstoka z Krakowa. — Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Wrześniu r. b. — Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi. — Ogłoszenia.

STUDYJA KLINICZNE NAD LECZENIEM SUCHOT PŁUCNYCH.

Podał Dr. Alfred Sokołowski, Lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 14, 15, 17, 28, 29, 30, 38, 39 i 40).

Rozbierając bliżej powyższe przypadki przekonałem się, że właśnie u osób, które przedstawiały *par excellence* skłonność do krwotoków i krwioplucia, te ostatnie zupełnie nie wystąpiły w ciągu leczenia natryskowego. Jako przykład posłużyć mogą następujące spostrzeżenia:

(Księgi Nr. 7). P. F. kupiec z Petersburga, lat 19 mający. Pochodzi z rodziców zupełnie zdrowych. Do Października 1874 r. zdrów zupełnie; w rzeczonym miesiącu bez widocznej przyczyny wystąpił u niego krwotok płucny bardzo silnego natężenia, potem gorączka dochodząca do 41° C. W ciągu miesiąca chory doznał kilkunastu ponowień krwotoków płucnych, tracąc za każdym razem znaczną ilość krwi. Od końca Listopada gorączka ustąpiła, pozostał kaszel, silne osłabienie, od czasu zaś do czasu występowało mniejszego lub większego natężenia krwioplucie. Z wiosną stan ogólny zaczął się poprawiać do tego stopnia, że chory z końcem Marca 1875 roku przybył do Goerbersdorfu. Wówczas znaleźliśmy stan bezgorączkowy, odżywianie i siły niezłe, kaszel nieznaczny, trawienie prawidłowe. W płucach za pomocą fizykalnego badania wykryliśmy objawy znacznego świeżego zgęszczenia w prawym szczycie, bez widocznych objawów zniszczenia tkanki; pojemność płuc 1900 c. sz. Chory pod wpływem powietrzno-dyjetetycznego leczenia zaczął się szybko poprawiać co do stanu miejscowego a jeszcze bardziej co do ogólnego, tak, że w końcu Kwietnia zaleczone mu zostały zimne natryski, których chory używał aż do chwili wyjazdu t. j. do 16 Września, i w ciągu całego tego przeciągu

czasu nie pokazało się ani śladu krwi. Chory wyjechał prawie zupełnie uleczoney, mając zamiar osiedlić się na stałe w Krymie.

(Księgi Nr. 68). Pan P. Inżynier z Berlina 25 lat mający. Matka chorego zmarła na suchoty płucne; w dziesiątym roku życia wystąpiło u chorego pierwsze krwiopłucie i od tego czasu powtarzało się rokrocznie po kilkakroć w różnych ilościach. Od dwóch lat zaczęły występować obfitsze krwiopłucia a następnie krwotoki silne; w Lutym 1875 miał miesiąc bardzo znaczny krwotok, poczem zjawiała się silna gorączka kilkanaście dni trwająca. Z wiosną nastąpiła poprawa stopniowa, chociaż od czasu do czasu występowały krwiopłucia w różnej ilości. Na początku Czerwca 1875 przybył chory do Goebersdorfu, i wtedy znaleźliśmy stan bezgorączkowy, siły dobre, stan ogólny niezły, kaszel mały, trawienie w porządku, od dziesięciu dni krew się nie pokazywała. W płucach znaleźliśmy zgęszczenie prawego szczytu do 3-go zebra dochodzące, z bardzo nielicznymi suchymi pojedynczemi rżężeniami. Chory w kilka dni po przybyciu miał zalecone zimne natryski, których używał do końca Października. Badałem chorego przed wyjazdem, i znalazłem w prawym szczycie płucnym tylko nieznaczne stępienie obok wydechu wzmocnionego. Stan ogólny nie przedstawiał nic do życzenia. Chory więc ze znaczną poprawą wyjechał, a w ciągu pięciomiesięcznego leczenia, zapomocą zimnych natrysków, ani razu nawet ślady krwi się nię pokazały. Podobnych przypadków mógłbym więcej przytoczyć; sądzę jednak, że dwa powyższe są najlepszym dowodem o ile zimne natryski przy daleko nawet posuniętem usposobieniu do krwawień płucnych, bynajmniej nie są przeciw wskazanemi.

Jak to już wyżej wspomniałem, raz tylko jeden w ciągu ośmiu miesięcy spostrzegalem krwiopłucie bezpośrednio po udzielonym natrysku ¹⁾ Nastąpiło ono u chorego P. z Gotha (przypadek wyżej opisany pod rubryką zejść śmiertelnych), krwiopłucie było nieznaczne, chory pomimo że natryski przerwane były, w kilka dni potem doznał mocnego krwotoku i umarł następnie przy objawach szybko postępującego wyniszczenia. Sądzę więc, że jeżeli zważymy, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z suchotami daleko posuniętymi przy znacznem usposobieniu do krwiopłucia, i że krwiopłucie to było bardzo nieznacznem; to przypadek powyższy należy uważać po prostu jako wyjątkowy, bo polegający na przypadkowym zbiegu krwiopłucia z zimnemi natryskami i że pomimo rzeczzonego pojedynczego przypadku jestem w zupełnem prawie wypowiedzieć stanowczo, że zimne natryski u osób przedstawiających usposobienie do krwiopłucia, wbrew teoretycznym poglądom bynajmniej takowego nie wywołują.

Zachodzi obecnie pytanie: o ile krwiopłucie istnieje

¹⁾ Przecięciowo dziennie udzielałem do 25 natrysków—w ciągu więc ośmiu miesięcy około 6000.

jące w danej chwili jest przeciw wskazaniem do użycia zimnego natrysku? Pod tym względem, opierając się na moich własnych wielokrotnych spostrzeżeniach, jestem w prawie wyrzec stanowczo: że jeżeli u danego osobnika, używającego od pewnego czasu zimnych natrysków, wystąpi nieznaczne krwiopłucie, w postaci żyłek lub mocniejszego zabarwienia płwociny (co zazwyczaj ma miejsce rano po obudzeniu się), w takim razie objaw podobny bynajmniej nie jest przeciw wskazaniem do użycia w owym dniu zimnego natrysku. Przeciwnie, wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, że krwiopłucie po zastosowaniu natrysku ustępuje zupełnie, ¹⁾ a chorzy nieraz tygodnie całe są zupełnie swobodni od tego w wysokim stopniu ich niepokojącego objawu ²⁾. Tym sposobem zimny natrysk niejako przerywa w zupełności nieznaczne krwiopłucie. Niesłychanie ważny fakt ten sądzę, że można sobie w następujący objaśnić sposób: w wielu przypadkach suchot płucnych, krwiopłucie występuje z objawami przemawiającymi za tem, że jest ono wynikiem przekrwienia zastojowego (biernego) w płucach, *resp.* zależącego od słabej czynności serca; tutaj należą krwiopłucia występujące zazwyczaj rano po przebudzenie, podczas gdy ciepłota ciała znajduje się poniżej normy, a tętno jest bardzo małym i rzadkiem. Słaba czynność serca przy istniejącej wątkości naczyń jest bezwątpienia przyczyną że wówczas przychodzą do skutku owe wyżej wspomniane krwiopłucia.

Naturalnie z chwilą wystąpienia krwi, a z nią powstałego psychicznego silnego wrażenia, tętno natychmiast się przyspieszy, twarz zaczerwieni a jeśli wówczas lekarz badać będzie chorego, to napewno krwiopłucie to przypisze czynnemu przekrwieniu (napływowemu) płuc, i starać się będzie je zwalczyć środkami uspakajającymi lub upustami krwi, które jednakże najczęściej pozostają bez skutku, a nawet przeciwnie sprawiają jeszcze większe ogólne osłabienie chorego.

¹⁾ W zimie i lecie 1873—4 będąc w Goerbersdorfie sam jako chory poddany byłem leczeniu natryskowemu. W ciągu sześciomiesięcznego takiego leczenia kilkakrotnie występowały u mnie nieznaczne krwiopłucia zazwyczaj rano; za każdym jednak razem brałem zimny natrysk i we wszystkich tych razach krwiopłucie nie tylko że w ciągu tego dnia więcej nie wystąpiło, lecz nawet tygodnie całe nie pokazywało się.

²⁾ Żaden objaw ani powikłanie suchot płucnych nie sprawia tak przygnębiającego wpływu na chorych jak nawet nieznaczne krwiopłucie; ani gorączka dochodząca do wysokich stopni nasilenia ani dreszcze i t. p. groźne objawy nie wywołują takiego upadku w moralnym stanie chorych. Widziałem chorych którzy w skutek kilka dni trwającego nieznacznego krwiopłucia tracili do dziesięciu funtów na wadze; inni przy ujrzeniu śladów krwi w płwocinie mdleli lub wpadali w rodzaj melancholii. Wszystko to pochodzi z nieuzasadnionego niczem zdania panującego do dziś dnia między publiką lekarską i nielekarską o szczególnie groźnym znaczeniu krwiopłucia w przebiegu suchot płucnych. Jestto tylko w części słusznem, krwotoki bowiem ściśle je rozbiurając przedstawia nam tylko pewne postacie rzeczywiście groźne. Przy wszystkich postaciach leczenie przychyczne powinno być na pierwszym planie, jest ono w stanie więcej uczynić niż wszelkie mikstury najbardziej *lege artis* przepisywane. (W przyszłości mam zamiar czytelnikom **MEDYCZNY** podać szczegółową pracę o krwotoku i krwiopłuciu w przebiegu suchot płucnych).

Jeśli zaś przeciwnie przy objawach podobnego zastojowego krwiopłucia zastosujemy zimny natrysk, jeśli za pośrednictwem jego przez ogólne wstrząśnienie układu nerwowego wywołamy nie tylko przyspieszoną czynność serca, lecz jednocześnie przez działanie natrysku na nerwy naczynioruchowe nadamy nastrój (*tonus*) życiowy wätłym i osłabionym naczyniom krwionośnym płuc; wówczas wypełnimy w zupełności wskazanie lecznicze, a pomyślny skutek przekona nas najdokładniej o ile nasze teorytyczne rozumowanie było racjonalnem. Podobne zastojowe krwiopłucia wielokrotnie spostrzegałem u bardzo wielu chorych, szczegółowo zaś zbadałem je na sobie samym; wówczas z innych zresztą powodów spostrzegając kilkakrotnie dziennie swoje tętno, pewnego wieczoru zdziwiony byłem znalazłszy je niezwykle niskiem bo coś około 60 uderzeń na minutę (zwykle bywało około 80), na drugi dzień rano tętno było również 60 i małe, a gdy jednocześnie przy pierwszym splunięciu pokazała się krew, w pięć minut potem tętno podskoczyło na 90. Po tem pierwszym spostrzeżeniu, wielokrotnie stwierdzałem u siebie to zjawisko, tak, że nawet niezwykle spadnięcie tętna wieczorne, było dla mnie nicomylnym znakiem na drugi dzień nastąpić mającego krwiopłucia.

Że przypuszczenie moje o przyrodzie tego rodzaju krwiopłucia jest słusznem, mam jeszcze jeden dowód w tej okoliczności, że chorym, u których występują tego rodzaju krwiopłucia, a którzy zimnych natrysków nie używają, zalecam zazwyczaj natychmiast po nastąpieniu krwiopłucia spory kieliszek mocnego wina i następnie $\frac{1}{2}$ godziną wolną przechadzkę. Pobudzenie czynności serca, jakie za sobą pociągają te dwa zalecenia zawsze są uwieńczone pomyślnym skutkiem t. j. ustąpieniem krwiopłucia. Wszystkie wyżej przytłoczone fakta wskazują najwyraźniej, że zimny natrysk sam przez się bynajmniej krwiopłucia ani krwotoku nie wywołuje, a nawet nie raz przy istniejącem nieznaaczem krwiopłuciu takowe usuwa. Oprócz jednakże tych danych mam jedno spostrzeżenie dowodzące, że nawet przy istniejącem większem krwiopłuciu zimne natryski bynajmniej nie są szkodliwemi. Spostrzeżenie to jako w swoim rodzaju bardzo ciekawe, przytaczam tu pokrótce:

(Księgi Nr. 19). P. R. lat 22 mający, kupiec z Grodna, przybył do zakładu 19 Maja 1875. W rodzinie chorego istnieje w wysokim stopniu usposobienie do suchot płucnych (matka oraz kilkoro rodzeństwa zmarli na toż cierpienie). Chory do Marca 1875 był zupełnie zdrowym, wówczas jak chory opowiada, po silnem zaziębieniu, wystąpił kaszel suchy, silna gorączka, poty nocne i ogólne osłabienie; w Kwietniu pokazywało się wielokrotnie obfite krwiopłucie. Z końcem Kwietnia objawy gorączkowe zaczęły się zmniejszać, na początku Maja przybył do zakładu i wówczas stan był następującym: chory lekko gorączkował tętno 120, wieczorne nasilenia gorączki dochodziły do 38,5° C. Siły bardzo słabe, odżywianie złe, kaszel nieznaaczny, od czasu do czasu pokazywała się plwocina krwawa. Waga ciała 58 kilogramów.

Klatka piersiowa słabo rozwinięta; w okolicy nadgrzebieniowej prawej stopienienie odgłosu opukowego, tamże wydech lekko oskrzelowy, słaby odgłos oskrzelowy, a przy kaszlu słychać w głębi nieliczne ale wyraźnie dźwięczne (*klingende*) rżenia. Wreszcie płuc oddech pęcherzykowy zaostrozony. Choremu zaleciliśmy powietrzno-dyjetyczne leczenie (mało ruchu, dużo mleka, zimne okłady na piersi wieczorem). W ciągu sześciotygodniowego pobytu chory w mowie będący poprawiał się ciągle stopniowo, objawy gorączkowe ustąpiły zupełnie, toż samo poty nocne; siły wzmożyły się, na wadze przybyło 13 ft.; pomimo to jednakże krwioplucie od czasu do czasu głównie rano występowało jak dawniej w większej lub mniejszej ilości; — ponieważ czysto powietrzne leczenie na przebieg krwiopłucia żadnego wpływu nie wywarło (co mocno niepokoiło chorego) zalecałem więc mu różnorodnie środki sławione w farmakologijach przeciw krwiopluciu, a więc ergotinę, kwasy mineralne, naparstnicę, półtoroehlorek żelaza, octan ołowiu i t. p. i t. p. Napróżno jednakże, stan ogólny i miejscowy poprawiał się widocznie, a krwioplucie pozostawało *in statu quo*. Ponieważ u chorego w mowie będącego od czasu do czasu występowało również nieznaczne nasilenie bicia serca, stosowałem więc lodowe okłady na okolicę serca, naparstnicę i t. p. wszystko jednakże daremnie: bicie serca zmniejszyło się, a krwioplucie występowało codziennie.

Widząc więc bezskuteczność mojego lecznictwa przeciw owemu upartemu chorobowemu objawowi, postanowiłem (pomimo że większe krwioplucie uważam za przeciwwskazanie) zastosować w danym przypadku z wszelką możliwą ostrożnością zimne natryski, poczynając od 3 sekund. Otóż chory natryski znosił nadszpodziewanie dobrze, ani bicie serca ani brak tehu przy ich użyciu nie; występowały jednakże na krwioplucie nie wywarły one żadnego wpływu: podobnie jak przedtem, występowało ono w większych lub mniejszych ilościach, głównie rano po przebudzeniu się.

Zimne natryski używał chory w ciągu przeszło dwóch miesięcy t. j. do chwili wyjazdu; wówczas badając go, znalazłem u prawego szczytu tylko nieco wydłużony wydech, nieznaczne stopienienie odgłosu opukowego; stan ogólny nie przedstawiał nic do życzenia, przybyło w ogóle na wadze 8 kil czyli 16 ft. Krwioplucie pozostało *in statu quo*.

Chory z porady jednego z professorów niemieckich udał się na zimę do Meranu; w czasie mojej bytności tamże w końcu Grudnia r. z. widziałem oraz badałem bliżej owego chorego. Otóż stan ogólny i miejscowy pozostał ten sam t. j. zupełnie dobry, jak to miało miejsce przy wyjeździe z Goerbersdorfu, krwioplucie zaś podobnie jak w Goerbersdorfie występowało z tą samą co przedtem prawidłowością. Pomimo różnorodnych domysłów, na które wpadałem, z przypadku powyższego do dzisiaj jasnej sprawy zdać sobie nie mogę.

(d. n.)

WYKŁADY KLINICZNE.

O leczeniu zapobiegawczem grzybowatego zapalenia stawów ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłego zapalenia szpiku kostnego i jego leczenia zapomożą nakłóć ogniowych ¹⁾.

Przez prof. Th. KOCHER'A z Bern'u.

Streścił E. Modrzejewski.

W leczeniu grzybowatego zapalenia stawów mamy do wyboru dwie drogi: albo wyczekującą — przy pozostawieniu przebiegu choroby samemu sobie i usuwaniu tylko zewnętrznych szkodliwości, któreby na przebieg ten niekorzystnie wpływać mogły, lub też wychodząc z zasady, że lepiej jest poświęcić cząstkę niż cały ustrój, dokonać wypilowania stawu.

Pierwszy sposób postępowania opiera się na zasadach podanych przez BONNET'A. Postęp w tym kierunku dokonany przez VOLKMANN'A, który wykazał, że przez unieruchomienie stawu i utrzymanie go tym sposobem w spokoju, nie usuwamy przez to zewnętrznych szkodliwości, lecz że niezbędnem jest jeszcze rozciąganie stawu (*distraction*) dla zniesienia szkodliwego wpływu działania mięśni, innemi słowy — że potrzeba się starać nietylko o unieruchomienie stawu, lecz zapobiegać także jego z a m k n i e c i u (*Schluss*), aby części składowe stawu uległe zapaleniu uchronić od szkodliwego wpływu. Dalszy postęp w tymże kierunku datuje od TAYLOR'A, który zapomożą odpowiedniego przyrządu, zapewniając stawowi spokój i rozciąganie, nie pozbawia chorego powietrza i ruchu, tych tak ważnych czynników dla zdrowia. Pomimo jednak wszystkich udoskonaleń tego sposobu leczenia, nie podlega wątpliwości, że takowy w wielu przypadkach nie wystarcza. Sam BONNET powrócił później do żegadeł i środków żrących, a w nowszych czasach nie brak obrońców wczesnego wypilowywania stawu przy długotrwałem grzybowatym jego zapaleniu.

Jak nieprzyjemne wrażenie pozostawiają te przypadki, w których rokowano dobrze, leczenie przedsięwzięte w samych początkowych okresach choroby, przeprowadzono takowe wzorowo, nawet samo cierpienie stawu było na wyleczeniu, a mimo to chorzy zmarli skutkiem następnych przeobrażeń serowatych w narządach, ostrego gruźliczowego zapalenia osłon mózgowych, mączkowego zwyrodnienia narządów i t. p.

Byłoby niezmierniej wagi, gdybyśmy naprzód znać mogli te przypadki, w których cierpienie miejscowe jest wskazówką dla leczenia, i gdyby można było oddzielić je od tych, w których cierpienie stawu jest tylko pierwotnem siedliskiem niebezpiecznej dla całego ustroju szkodliwości jak np. rak. Można by na tej samej zasadzie co przy nowotworach uważać niektóre odmiany grzybowatego zapalenia stawów, jako złośliwe w przeciwstawieniu z łagodnemi. W takich przypadkach mogłaby być mowa tylko o natychmiastowem i doszczętnem zniszczeniu *resp.* oddaleniu chorobliwie zmienionego ogniska. Na nieszczęście mało mamy dotychczas danych dla wprowadzenia podobnego podziału. Ważnem jest bez wątpienia, jeżeli wczesnie wystąpi następowe obrzęknięcie gruczołów chłonnych i takie przypadki należy zawsze uważać za podejrzanę. Ważnem jest również czy cierpienie stawu wystąpiło bez żadnej lub też dostatecznej szkodliwości zewne-

¹⁾ Zur Prophylaxis der fungösen Gelenkentzündung mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Osteomyelitis und ihrer Behandlung mittelst Ignipunctur. VOLKMANN'S Samml. Klin. Vortr. Nr. 102.

trzej, zwłaszcza te przypadki są podejrzane co do swej gruźliczej przyrody, w których bez przyczyny sprawa chorobowa szybko się dokonywa, w których np. przyłącza się wysięk nie ulegający zmianie (*stationär*).

Głównie jednakże autor zwraca uwagę na najważniejszy punkt kierowniczy w lecznictwie t. j. na rozwijanie się cierpienia stawu z kości. Te postacie należą stanowczo pod względem rokowania do złośliwych. Niewątpliwem jest, że pewna liczba cierpień stawowych, które dawniej niewłaściwie oznaczano jako guz biały (*tumor albus*), mają swój punkt wyjścia w kostnych końcach stawowych. Podczas gdy jedni z chirurgów utrzymują, że pierwotne grzybowate (*fungöse*) zapalenie kości w tych miejscach zdarza się bardzo często; drudzy przypisują mu ważne znaczenie tylko dla niektórych stawów, a znowu inni przyjmują cierpienie kości jako następowe. Z drugiej strony mało mamy dotychczas uśiłowañ zużytkowania tych różnic w rozwoju sprawy chorobowej pod względem leczniczym.

Najrozmaitsze odmiany pierwotnego zapalenia kości mogą spowodować ziarninowe zapalenie stawu; najczęściej przechodzi ono na staw wzdłuż okostni *resp.* przyczepu więzadła torebkowego stawu, lub też rozwija się w stawie po przedziurawieniu chrząstki stawowej. Podobnież długotrwałe ropne zapalenie kości: czy to powierzchowne (*periostitis*), czy też głębokie (*osteomyelitis*), może powodować wtórne zajęcie stawów. Bardzo wybitne są wreszcie te postacie zapalenia końców stawowych kości, które się kończą zgorzelą kości, i wywołują następowe zapalenie stawu.

Autor podaje bardzo ciekawe i pouczające spostrzeżenia dotyczące przechodzenia różnych rodzajów zapalenia kości na sąsiednie stawy ¹⁾.

Pierwsze trzy spostrzeżenia wykazują rozszerzenie się grzybowatego zapalenia końców stawowych kości na sąsiednie stawy już to wzdłuż okostni, już też po przedziurawieniu chrząstki stawowej. W następnych trzech przypadkach wykazuje autor przejście ropnego zapalenia kości na stawy sąsiednie temi samemi drogami, co przy zapaleniu grzybowatym.

Co do powstawania zapalenia stawów skutkiem zgorzeli końców stawowych kości, to autor objaśnia takowe dwoma spostrzeżeniami. Najczęściej powstaje w takich razach zgorzel środkowa (centralna) kości. Zapalenie stawu powstaje albo w ten sposób, że skutkiem zniszczenia chrząstki stawowej i warstwy kostnej sąsiedniej, martwiak wystaje wprost do stawu, lub też następuje przedziurawienie warstwy korowej kości z boku i po okostni zapalenie na staw się rozszerza.

Autor przytacza mnóstwo spostrzeżeń dla rozmaitych stawów, w których zapalenie ziarninowe rozwinęło się jako następowe cierpienie kości. Autor opierając się na spostrzeganych i opisanych przez niego przypadkach, kreśli objawy chorobne pierwotnego przewlekłego zapalenia końców stawowych kości. Większa część chorych zwłaszcza szpitalnych z powyższemi cierpieniami, podpada dopiero wtedy pod spostrzeganie, kiedy zaczęło się już cierpienie stawu, co objaśnia się tem, że dopiero wtedy czynność stawu w dość wysokim stopniu jest naruszoną. Niekiedy osrodkowe (centralne) zapalenie kości poczyna się stałym bólem, którego natężenie często przez miesiące całe nie odpowiada zupełnie zmianom, które przy przedmiotowym badaniu zajętej części wykryć można; ból ten powiększa się przy nacisku. Ograniczone zatem uczucie bólu powiększającego się przy nacisku daje podejrzenie istnienia zapalenia

¹⁾ Spostrzeżenia te stanowiąc będą ważny przyczynek w patologii cierpień stawowych i dla tego załączamy, że w niniejszem streszczeniu z powodu znacznej ich liczby i obszerności pomieścimy w dalszym ciągu tylko niektóre, odnoszące się do leczenia zapaleń końców stawowych kości, odsyłając po inne szczegóły do oryginału. (Przyp. Spr.)

kości. Trzeba jednakże zwrócić tu uwagę, że właśnie ograniczone zapalenie kości często bardzo miewa swoje siedlisko w tych miejscach, które są punktami bolesnymi (*Schmerzpunkte*) przy zapaleniu stawów, tak np. w kolanie pierwotne zapalenie kości rozwija się w kłykieciu wewnętrznym kości goleniowej (*condylus int. tibiae*), w stawie łokciowym w kłykieciu zewnętrznym kości ramieniowej (*c. ext. humeri*), w stawie ramieniowym — w guziczku większym (*tuberculum majus*). Przez to autor nie chce bynajmniej powiedzieć, aby w tych samych miejscach nie mogło się rozwinąć także pierwotnie ograniczone grzybowate zapalenie błony maziowej (*fungöse synovitis*). Przeciwnie dla korzyści leczniczych należy baczniejszą zwracać uwagę na początek rozwoju grzybowatego zapalenia stawu w ograniczonym miejscu. Przy rozbiieraniu przyczyn powodujących rozwój choroby, będzie wspomnianem dla czego zapalenie błony maziowej (*synovitis*) i zapalenie kości rozwija się w stałych i niezmiennych punktach dla danego stawu.

Ból powiększa się przy ciśnieniu wywieranem na staw i dlatego przed wystąpieniem jeszcze objawów przedmiotowych choroby skarżą się na osłabienie w stawach, tak, że stawy kończyn górnych mogą z tego powodu dłużej być używane, aniżeli kończyn dolnych. Jeżeli ognisko zapalne kości znajduje się bliżej powierzchni stawowych, to ciśnienie wywarne na końce stawowe kości bywa już wtedy bolesne, kiedy ruchy w stawie są jeszcze bardzo mało ograniczone. Jest to nieraz bardzo uderzającym, zwłaszcza gdy porównany z zapaleniem grzybowatym błony maziowej, przy którym objaw wyżej podany występuje dopiero po zniszczeniu chrząstki. Niekiedy przy pierwotnym zapaleniu kości występują bóle strzelające, które nie mają jednak nie cechującego.

W niektórych przypadkach występuje wkrótce niemożność użycia odpowiedniego stawu, podczas gdy przedmiotowo nie udaje się w nim wykryć nic nieprawidłowego. Może się następnie dość wcześnie przyłączyć zanik mięśni otaczających staw odpowiedni. Skoro ruchy czynne w stawie znacznie ucierpiały, występuje wtedy na pierwszy plan właściwe cierpienie stawowe. W przeciwieństwie z tem uderzająca łatwość ruchów biernych musi naprowadzać na myśl istnienia zapalenia kości. Co jednakże jest najbardziej uderzającym, to ta okoliczność, że ograniczenie ruchów często bywa jednostronnem, i niekiedy w tę stronę, która przy grzybowatym zapaleniu błony maziowej najpierw i bardzo stale ulega zajęciu, ruchy zupełnie nie są ograniczone. Dlatego też kolano i staw udowy nie przybierają pozycji zgięcia, wyprostowanie odbywa się w pewnych granicach z łatwością i tylko jest trudność przy zginaniu (*flexio*). Jeżeli nie przekonamy się o tem z obszerności ruchów, to widocznem jest z tego, że tarcie torebki stawowej przy ruchach nie wszędzie jest bolesne, a bolesnie występuje tylko przy pewnym oznaczonym ruchu, przy którym właśnie ulega tarceniu ta część torebki stawowej, która się przyczepia do chorobliwie zmienionej kości. W dalszym przebiegu do zapalenia kości przyłącza się zapalenie błony maziowej. Zapalenie to z powodu znacznego naruszenia czynności stawu i natężenia bólu możnaby było przyjąć za grzybowate lub grzybowato-ropne, gdy tymczasem przedmiotowo znajdujemy tylko objawy twórczego zapalenia błony maziowej (*synovitis proliferans*) lub też surowiczego (*s. serosa*). Daje się wykryć wysięk niezbyt naprężony, ucisk na torebkę stawową nie przyczynia znacznej bolesności. Niekiedy torebka stawowa jest mocno zgrubiała, co można bardzo wyraźnie wyczuć w kolanie w miejscu zgięcia się jej pod mięśniem czterogłowym uda (*m. quadriceps*). Przytem kolano znajduje się w stanie wyprostnym; inne stawy nie mają również typowego ustawienia. Tego rodzaju surowicze zapalenia błony maziowej odznaczają się uporeczywem trwaniem i występowaniem przepuszc-

czajacem. Z tego powodu przy t. z. wodnej puchlinie stawu, występującej w przestankach, trzeba podejrzewać istnienie jako powikłanie miejscowego ogniska zapalnego w kości. Te surowicze zapalenia błony maziowej bardzo są uporzeczne w leczeniu. Do tego niestosunku zboczeń czynnościowych i podmiotowych dolegliwości, odnośnie do przedmiotowych danych znalezionych w odpowiednim stawie, niestosunku dającego podejrzenia umiejscowienia cierpienia w kości, przylączają się wkrótce wydatniejsze przedmiotowe oznaki.

Odpowiednio do okresu i postaci zapalenia kości występuje miejscowe nabrzmienie twarde lub miękkie. Najczęściej zjawia się ograniczone twarde jak kość wygórowanie, które występuje przy ośrodkowo w kości położonych ogniskach zapalnych, skutkiem twórczego zapalenia okostni (*plastische periostitis*). Nabrzmienie to bywa po większej części mocno bolącym przy ucisku.

W innych przypadkach t. j. przy ogniskach powierzchownych tworzy się skutkiem ropnego zapalenia okostni, ograniczone chleboczące nabrzmienie, także bolące przy ucisku.

Przy zapaleniu kości grzybowatym, jeżeli takowe jest powierzchowne, może wystąpić w odpowiednim miejscu kości zagłębienie z twardymi brzegami, wypełnione miękką (ziarninową) masą.

Ostatnim, często bardzo ważnym znakiem pierwotnego zapalenia kości jest wczesne pojawienie się ropni. Ropnie te mogą trwać przez czas pewien jako ropnie wypełnione tkanką ziarninową, mogą się otworzyć na zewnątrz, zablźnić lub pozostawiać przetoki, co się kilkakrotnie może powtarzać. Nie ulega wątpliwości, że ograniczone ropnie mogą także występować przy zwykłych zapaleniach błony maziowej, lecz zdarza się to po większej części dość późno, gdy staw już jest w wysokim stopniu zajęty, podczas gdy przy pierwotnym zapaleniu kości, cierpienie stawu z chwilą utworzenia się ropnia może być bardzo małe, oraz rzadko bardzo przy utworzeniu się ropnia z powodu zapalenia błony maziowej, występuje to często zwodnicze polepszenie się ruchów (czynności) stawu, które spotykamy przy zapaleniu kości. Zbierając wszystkie objawy pierwotnego zapalenia kości dla wyróżnienia takowego od zapalenia pierwotnego błony maziowej (*primäre synovitis*), widzimy, że pierwszym objawem wyróżniającym zapalenie kości jest długi czas trwania okresu utajenia choroby (*Incubationsstadium*), w którym przy braku wszelkich oznak przedmiotowych i swobodzie ruchów w stawie, istnieje w odpowiedniej kończynie ból stały a często osłabienie podobne do niezupełnego porażenia.

Jeżeli przyłączy się zapalenie stawu, to takowe przedstawia się przez długi przeciąg czasu w postaci łagodnej, będąc w sprzeczności z natężeniem bólu i bardzo często zupełną niemożnością użycia odpowiedniej kończyny (*Gebrauchsunfähigkeit*). Przy badaniu odpowiednich końców stawowych znajdujemy często o g r a n i e z o n e m i e j s c a, w których najłatwiej wywołać ból za dotknięciem, uderzeniem, w których są najwidoczniejsze ograniczone nabrzmienia lub inne zmiany kształtu. Nakoniec pojawiają się ropnie, które także umiejscowieniem swoim ukazują na pierwotne siedlisko choroby. Co do rokowania należy nadmienić, że przewlekłe zapalenia stawów, poczynające się pierwotnym zapaleniem kości, odznaczają się uporzecznością i pomimo prawidłowego leczenia zachowują swój charakter twórczy. Ważnymi dla rozpoznania są przyczyny i choroby: często bardzo wywołuje to pierwotne zapalenie kości obrażenie (*trauma*) które działa albo wprost na dany punkt kości lub też przez szarpanie (*Zerrung*) części włóknistych w odpowiednim punkcie kości się przyczepiających. Nie zawsze jednokrotne szarpnięcie przyczepu torebki włóknistej, powoduje zapa-

lenie kości, przyczyniają się do takowego często powtarzające się szarpania skutkiem zajęć odpowiednich tak np. szarpanie przyczepu torebki włóknistej do guzika większego (*tuberculum majus*) kości ramieniowej, przyczepu mięśnia czterogłowego do rzepki, torebki włóknistej w dolnym końcu kości promieniowej i t. p. Niekoniecznie obrażenie samo może wywołać długotrwałe zapalenie kości; takowe może wystąpić dobrowolnie (*spontan*) na gruncie żółzowym lub przymiotowym, zajmując jednocześnie kilka stawów lub oprócz stawów i trzyna kości. (D. n.)

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie zwyczajne z d. 19 Września 1876 r.

Posiedzenie to było właściwie pierwszym posiedzeniem naukowym po tegorocznych wakacjach ¹⁾, a nadto było ono pierwszym tak licznym zebraniem (do 100 osób) w nowej sali posiedzeń Towarzystwa; musiało więc wypaść nieco uroczyściej od innych, a znaczenie jego tem jeszcze więcej podniesionem zostało iż raczyło w niem uczestniczyć kilkudziesięciu członków zjazdu przyrodników i lekarzy rossyjskich roztrzaskających wspólnie wiele ciekawych naukowych zagadnień. O ile nam wiadomo Towarzystwo miało nadzieję, że który z jego szanownych gości raczy na tem posiedzeniu z jaką wystąpić pracą, zwłaszcza że przemawianie we wszystkich językach ustawą Towarzystwa jest przewidziane; nadzieja ta jednak zawiodła i nikt z obcych głosu nie zażądał. Ponieważ ustawienie posągu Jędrzeja ŚNIADECKIEGO w sali posiedzeń Towarzystwa w ciągueszłego roku, włożyło na Przewodniczącego obowiązek oznaczenia stanowiska znakomitego fizjologa naszego w obec nauki, i ponieważ najstosowniej szaku temu pora nadarzyła się właśnie przy otwarciu powakacyjnem posiedzeń, przydujący więc SZOKALSKI, powitawszy poprzednio przytomnych gości przemówił w następujący sposób.

Wiadomo, że Jędrzej ŚNIADECKI urodził się w r. 1768 w dzisiejszem Księstwie Poznańskim. Pierwsze elementarne nauki odebrał w Trzemesznie, a następnie przeszedł do Akademii Krakowskiej, gdzie pod kierownictwem sławnego brata swego Jana oddawał się głównie naukom matematycznym, mając zamiar następnie poświęcić się inżynierii. Po kilku latach zmienił kierunek, zaczął medycynę studyjować i w tym celu w r. 1791 udał się zrazu do Wiednia, a potem do Padwy gdzie nauki przyrodnicze i lekarskie wykładane przez takich mistrzów jak VOLTA, GALVANI, SPALANZANI, MASCATI i Piotr FRANK niezwykle jaśniały światłem. Ponieważ wówczas szeroko w medycynie zapanowała nauka BROWN'A, której FRANK wielkim był zwolennikiem, młody więc ŚNIADECKI podążył do Londynu a następnie do Edynburga, ażeby się z nią bliżej w samem jej źródle obeznać, żalując bardzo, że ówczesne rewolucyjne wstrząśnienie nie dozwalało mu udać się do Francji, aby wykładów sławnego TOURCROIS posłuchać, gdyż losy olbrzymiej w owym czasie chemii niewymownie go zajmowały. W Edynburgu w r. 1793 wydał w języku łacińskim rozprawę, w której złożył już pierwsze ślady swoich własnych poglądów. We trzy lata zaś później powróciwszy do kraju, zaraz wkrótce objął katedrę chemii i farmacji w uniwersytecie wileńskim, zajmował ją chwalebnie

¹⁾ Posiedzenie z dnia 5 Września r. b. było tylko przygotowawczem i dla tego sprawozdania o niem nie podajemy. (Red.)

przez lat 25 i dopiero jako emeryt powołanym został na katedrę kliniki chorób wewnętrznych osieroconą po Józefie FRANKU. Widzimy więc lekarza chemika, wdrożonego do ścisłej formy myślenia, rachującego się z materją i jej siłami, zmuszonego przy swych pracach laboratoryjnych do skrupulatnej i n d u k e y i, a przytem filozofa wielostronnie wykształconego, jak się tego po bracie i wychowawcu J a n a najzupełniej można było spodziewać. Z takimi więc zasobami umysłu Jędrzej przystąpił do skreślenia swojej „Teoryi jestestw organicznych.” Nictóż dziwnego, że pojęcia jego o życiu w ogólności w przyrodzie i po szczególe w każdej ograniczonej istocie, różnić się od tych wszystkich musiały, które dotąd z czysto filozoficznych wynikały założeń. Ponieważ myśl zasadnicza Teoryi jestestw opiera się na nieustannej wymianie materji, zanim więc do ocenienia jej przyjdziemy, zobaczymy naprzód jaką owa wymiana w fizjologii aż do końca zaszłego wieku odgrywała rolę.

Że istoty organiczne się odżywiają, to jest, że w ich ustrojach nieustannie jedne obumierają cząsteczki, a drugie w ich miejsce powstają, o tem znajdujemy już ślady w księgach HIPPOKRATES'A. Rzecz naturalna, gdyż sama konieczność przyjmowania ciągle pokarmów oraz wydalanie odchodów musiały na tę myśl naprowadzać. Odżywianie jednak i wszystkie przynależne do niego czynności, aż do czasu SNIADKIEGO nie miały w teoryi życia pierwszorzędnego znaczenia, lecz owszem stały na równi w szeregu wszystkich innych organicznych przypadłości jako to czucia, ruchu, rozplodu a nawet czynności umysłowych, o ile takowe mózgowi przypisywano. Wszystkie te sprawy razem zebrane stanowiły życie; do objaśnienia zaś istoty jego samego uciekano się do najrozmaitszych przypuszczeń. I tak np. VAN-HELMONT przyjmował, że w każdym żyjącym ustroju istnieje duch *archeusz*, który buduje sobie ciało i bezpośrednio włada jego narządami. Ów tajemniczy robotnik u STAAL'A i jego szkoły nazywał się *duszą*, a gdy duszy wypadło poczytniejsze dać miejsce, czyniąc ją bezpośrednim i odrębnym umysłowości działaczem, to dla spraw cielesnych wynaleziono żywotne duchy, które wedle WILLIS'A miały do mózgu z powietrza przenikać i potem się przez nerwy po całym ciele rozchodzić. Dalej przyjmowano organiczne siły, uznając niemal dla każdego przyrządu osobną, a gdy HALLER zapatrując się na włókno mięsne przypisał jego ściągliwość osobnemu usposobieniu, które drażliwością nazwał, natychmiast drażliwość ta stała się rządzącą w całym ustroju istnieniem i zaraz to na niem BROWN oparł swój system medyczny, sądząc że owa drażliwość (*irritabilitas*) może się podwyższać albo obniżać i wywołuje choroby, które tym sposobem rozdzielają się wszystkie na dwie kategorie, na steniczne i asteniczne. J. SNIADKIEKI jak widzieliśmy był początkowo uwikłany w ten kierunek, dopóki go później wrodzona jego trzeźwość zapatrywania się na rzeczy oraz zadziwiająca przenikliwość umysłu, od niego nie oswobodziła.

Jak każde rozległe w nauce pojęcie tak i Teoryja jestestw organicznych Jędrzeja nie powstała odrazu, lecz owszem faktyczną dla niej podstawą znalazła się w pracach DUHAMEL'A, BONNETT'A HALLER'A i innych nad pokarmami i karmieniem się organicznych istot. Znano już wtedy nieśmiertelność materji streszczoną w tym aforyzmie LAVOISIER'A, że w „przyrodzie nie ginie i nie nie powstaje” wiedziano, że pierwiastki pożywne przechodzą z ziemi i powietrza do roślin, a następnie do zwierząt i w końcu znów powracają do ziemi; wiedziano że nie wszystkie do takowej wędrówki są zdolne; lecz na tych faktach nikt jeszcze nie opierał pojęcia o życiu. SNIADKIEKI dopiero pierwszy, nie wdając się w jego istotę, zwrócił publiczną uwagę na faktyczną życia pod-

stawę albo raczej na niezbędny jego ogólny warunek i odkrył to nieścianę doniosłości prawo, że życie w przyrodzie polega na ciągłej przemianie formy, a w każdej pojedynczej formie na nieustannej przemianie materji. Widząc, że nieustannie śmierć jednej w przyrodzie istoty, staje się źródłem życia dla drugiej i że w pojedynczej każdej istocie obumierają nieustannie jedne jej cząsteczki i nieustannie rodzą się inne, które znów swoją umierają drogą, powyższe prawo zyskuje najrozleglejszą podstawę, i jest do tego stopnia streszczeniem spostrzegania, że powinniśmy takim samym trybem nazwać je prawem ŚNIADECKIEGO, jak inne zwiemy prawami MARIOTTA albo KEPLER'A. Życie jest więc jednym i temże samem tak dobrze w całego świata ogromie jak w drobnowidzowym wymoczku i w coraz tylko innych okazuje się postaciach. Owe formy są tylko modłami, wedle których grupuje się materja zależąciami od obcych i nieznanych czynników stojących na straży morfologicznego porządku. ŚNIADECKI nie wdaje się zupełnie w zachodzące między nimi stosunki, które dopiero teraz, dzięki pracom LAMARCK'A i DARWIN'A zaczyna nam nauka wyjaśniać, i jakkolwiek stwierdziłby można niejednym z Teoryi jestestw wyciągniętym tekstem, że ŚNIADECKI przewiduje darwinizm, to jednak ŚNIADECKI dla morfologii żadnego nie ma znaczenia, chociaż dla fizjologii prawdziwą stanowi epokę. I rzeczywiście wszystkie objawy życiowe w danej życia formie odnosi on wyłącznie do wymiany materji i wszyscy uznają takową wymianę za niezbędny dla nich warunek bytu. Wszystkie organiczne wyroby: czucie, ruchy, powstawanie ustrojów a nawet cała umysłowość polegają na odżywianiu i bez niego w żaden sposób obejść się nie mogą, do tego stopnia, iż chwilowe nawet jego zawieszenie często je bezpowrotnie niszczy. Sama śmierć nawet jest ustaniem tylko wymiany: organiczne poczucie jest tylko rozszerzeniem nowego jej ogniska. Wszystkie to pojęcia do tego stopnia są dziś rozpowszechnionemi iż nie przypuszczam nawet, ażeby dawniej było inaczej a jednak nikt nam nie pokaże pewnie, ażeby przed ŚNIADECKIM wymiana była kiedykolwiek kluczem do objaśnienia objawów żywotnych i w takiej objawiła się pełni, jaką nam okazuje Teoryja jestestw organicznych. Zyskała ona ogólne uznanie i wsiąklą powoli w całą naszą naukową kierunek, z tej prostej przyczyny, że była konieczną dla dalszego jego rozwoju. Zrobiło się z nią to samo, co się dziś dzieje z teoryją DARWIN'A, z tą tylko różnicą, że DARWIN uznanym został ojcem swojego dzieła, a ŚNIADECKI poszedł w zapomnienie. Co jednak wszystko następnie w nauce się stało, jest li tylko uzupełnieniem jego Teoryi. Cały obszar późniejszej fizjologii, spoczywa na podstawie przez niego wskazanej; cała chemija organiczna bez wymiany materji nie miałaby prawa bytu; cała też obecna nasza nauka o powstawaniu w ustrojach sił działających, bez wymiany materji byłaby bezzasadną mrzonką. ŚNIADECKI swoją teoryją wytknął więc fizjologii kierunek, od którego dotąd ani na krok nie zбочyła na stronę, również jak go dalszemu rozwojowi astronomii wytknął KOPERNIK, i dziwna rzecz istotnie jak wielkie między zakrojem umysłu obu tych mężów zachodzi podobieństwo. Obydwa wychodzą z nader szczupłego zasobu wiedzy, bo czem to jest astronomija przedkopernikowska lub chemija dopiero co wypiastowana przez LAVOISIER'A w porównaniu z obecnymi ogromami obu tych nauk, a jednak obaj wielcy mężowie stają silnie na szczupłych swoich podstawach i wskazują nieochybne drogi do dalszego rozwoju. Jest to coś więcej od prostej indukcyi, jest to przenikliwość granicząca z natchnieniem. Ale na tych wyżynach kroczą tylko bezkarnie geniusze; dumni być przeto możemy, że społeczeństwo nasze wydało dwóch takich olbrzymów wypłacając ową daninę ludzkości, jaką każdy naród płacić jej powinien za prawo do życia.

TOWARZYSTWO LEKARZY LUBELSKICH.

Posiedzenie z d. 28 Czerwca r. b.

Prezes: Dr. Kwaśniewski.

1) Kol. SZMIDT czytał opis swego spostrzeżenia p. n. „Poród sztuczny, zwięzienie ogólne miednicy, wymóżdzenie ze zgruchotaniem główki kranioklastem BRAUN'A; następnie na drugi dzień cięcia cesarskie; śmierć w 12^{1/2} godzin.”

O spostrzeżeniu tem wspomniałem w sprawozdaniu z posiedzenia Grudniowego. Ponieważ autor ma zamiar ogłosić je w jednym z czasopism, ograniczam się przeto na podaniu wymiarów zwięzienia miednicy, które było przyczyną tyłu operacyj dokonywanych na chorej.

Wymiary wchodu miednicy (*apertura pelvis sup.*): wymiar przodkowy (*conjugata*) — 3^{1/8} cali (8 centimetr.), poprzeczny — 4 cale 5 linii (11^{3/4} centimetr.), wymiary ukośne — 4^{1/8} cali.

Wymiary próżni miednicy: przodkowy — 3^{1/4} cali, poprzeczny — 4 cale, dwa ukośne — 4 cale. Wymiary wchodu miednicy: przodkowy 2^{1/2} cala (kość ogonowa nieruchoma), poprzeczny — 3 cale.

Po wysłuchaniu odczytanego opisu kol. SZMIDTA i obejrzeniu przedstawionej miednicy, wszczęły się pomiędzy członkami ożywione rozprawy, w których głośny brali udział: Prezydujący, TETZ i JANISZEWSKI.

Kol. KWAŚNIEWSKI robił następujące zarzuty: najprzód przypomniał wskazania do cięcia cesarskiego, a mianowicie: jeśli wymiar przodkowy wewnętrzny (*conjugata int.*) ma mniej jak 3 cale długości, a płód jest małym, to próbuje się go wydobyć pomocą lekkich pociągów kleszczami, a gdy to okazuje się niedostatecznym, wtedy przystępują do cięcia; skoro zaś płód jest donoszonym, to nie robią prób, a od razu wykonywa się cięcie. Ponieważ chora nęczyła się w opisanym przypadku dni 4, przeto trzeba było wpieryć wymiar przodkowy prosty (*conjugata vera*) miednicomierzem BAUDELOCC'A.

Kol. SZMIDT odpowiada, że narzędzia tego niema w szpitalu, a wymiaru przodkowego wewnętrznego niepodobna było zmierzyć z powodu znacznego zaklinowania główki.

Kol. KWAŚNIEWSKI: w takim razie od wymiaru przodkowego zewnętrznego (*conjug. externa*), wynoszącego 7 cali 5 linii, odejmuje się grubość kości wraz z częściami miękkimi (3 cale 5 linii) i otrzymujemy wymiar przodkowy wewnętrzny (4 cale). Zresztą jeśli już zrobiono wymóżdzenie (*excerebratio*), to nie należało robić cięcia cesarskiego u wycięzionej kobiety, lecz rozczłonkowanie płodu.

Kol. SZMIDT: na ten ostatni zarzut dostatecznie jest przedstawiona odpowiedź w samym opisie. Rozczłonkowanie było niemożliwym z powodu znacznego wtłoczenia czaszki w miednicę, o przeprowadzeniu więc narzędzi i mowy być nie mogło.

Kol. JANISZEWSKI: skoro więc rozczłonkowanie było niemożliwym, to trzeba było pozostawić matkę z nieżywym w jej łonie płodem, aby ona razem z nim zmarła, jako nie przedstawiająca nadziei życia.

Zdanie to podzieliłi: KWAŚNIEWSKI, TALKO i ULANOWSKI.

Kol. SZMIDT i ŻYLIŃSKI: obowiązkiem lekarza jest nieść pomoc dopóki są objawy życia. Bezwarunkowej pewności co do zejścia śmiertelnego przed dokonaniem cięcia cesarskiego nie mieliśmy. Toż samo podzieliali i inni dwaj koledzy, obecni przy tych operacjach — JAWOROWSKI i CIEPIELEWSKI.

Kol. KWAŚNIEWSKI: zacząwszy operację, należało takową ukończyć jednego dnia, a nie odkładać do następnego. Podzieliali to zdanie: TALKO, TETZ, ULANOWSKI i JENTYS.

Kol. SZMIDT: chora stanowczo żądała wypoczynku kilkogodzinnego po wymóżdzeniu płodu i zgruchotaniu jego czaszki, czego nie można było jej odmówić.

Kol. ŻYLIŃSKI: po zmniejszeniu główki często dają chorym wypoczynek, podczas którego nieraz następuje poród siłami przyrody.

Kol. TETZ zapytuje dla czego przy cięciu cesarskiem rozcinano macicę nie wpośrodku, odpowiednio do rany w ścianie brzusznej, lecz po lewej stronie?

Kol. SZMIDT: ponieważ pęcherz moczowy zajmował przednią i środkową część macicy, przeto aby go nieusuwać na bok i pęcherzem następnie nie pokrywać rany macicznej, ciężce zrobilem z lewej strony.

Kol. JAWOROWSKI: niektórzy akuszerowie zbaczą cokolwiek od środkowej linii, rozcinając macicę, a to w celu uniknięcia zranienia łożyska.

2) Następnie kol. SZMIDT odczytał opis drugiego przypadku p. n. „Poród sztuczny, miednica zwężona, wymóżdzenie ze zgruchotaniem główki kраниoklastem, wyzdrowienie”, który tu w dokładnem streszczeniu podajemy:

Ryfka Schnitzberg, lat 34 wieku mająca, silnej budowy ciała, poprzednio raz roniła w 3-im miesiącu ciąży, a następnie rodziła przedwcześnie w 7 miesiącu. D. 16 Października r. z., rodziła na czasie, od dni 3-ich, w końcu bóle porodowe całkiem ustały. Badanie położnicze wykazało: brak ruchów i tętnienia serca płodu, rodząca nadto utrzymywała, że od dwóch dni ruchów jego nie czuje. Częścią przodującą była czaszka płodu „we wchodzie miednicy i ze strony prawej mocno włożona, wzgórek kości krzyżowej znacznie wystający.” Po kilkakrotnych daremnych usiłowaniach ukończenia porodu za pomocą kleszczy, zpowodu, że takowe „usuwały się z główki pomimo dostatecznego niemi ujęcia” wykonano wymóżdzenie perforatorem SIMPSON'A, a następnie kраниoklastem BRAUN'A zgruchotano czaszkę i wydobyto na zewnątrz.

„Po wydobyciu dziecka płci męskiej, wyjęto uwięzione w pochwie łożysko. Dla zabezpieczenia chorej od mogących nastąpić zapaleń w częściach rodnych, jakie z trau my powstały mogły, zalecono zimne okłady na brzuch i części rodne; wewnątrz zaś podano makowiec w proszkach. Pomimo to około 3-go dnia pojawiły się najwpierw bóle w prawej stronie brzucha, następnie zapalenie obok maciczne (*parametritis*) z obrzmieniem prawej kończyny dolnej.” Po 5-ciu tygodniach położnica ta powróciła do zdrowia. W zakończeniu tego opisu kol. S. podaje: „przy zbadaniu wchodu miednicy, znalazłem wystający w miednicę wzgórek krzyżowy, przez co i wymiar przodkowy (*conjugata*) był krótszym; dla tego i główka dziecka nie mogła opuścić się w miednicę małą, a uległa zaklinowaniu w stronie prawej.”¹⁾

3) Po rozprawach w kwestyi osobistości jednego z członków, o którym pisałem w sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystwa, takowe postanowiło wnieść do protokołu, że nie pochwała ostrej odpowiedzi Redakcyi „MEDYCYNŲ”, udzielonej kol. ULANOWSKIEMU, w N. 21 tego czasopisma²⁾.

4) Choroby panujące w Lublinie w m. Czerwcu, były: zapalenie płuc, durzycia brzuszna, ostre nieżyty żółądka, biegunka krwawa (*dysenteria*) i zimnica.

Posiedzenie doroczne z d. 4 Lipca r. b.

Z dniem 4-go Lipca Towarzystwo nasze rozpoczęło 3-ci rok swego istnienia. Uroczyste to posiedzenie odbyło się li tylko w swoim kółku; przyjęło w niem udział 31 członków, z których 9 było przyjezdnych z prowincyi. Po odpowiedniej przemowie vice-przesa Dra F. GŁOGOWSKIEGO, sekretarz Dr. TALKO odczytał sprawozdanie z calorocznej czynności Towarzystwa, liczącego 85 członków, w tej liczbie honorowych—5, czynnych 65, korespondentów 13, i członków wspierających 2-ich. W skład Towarzystwa wchodzi: 56 lekarzy, 24 aptekarzy i 3 weterynarzy. Następnie kol. G. DOLIŃSKI odczytał memoriał p. n. „Sprawozdanie komisyi Tow. lek. lub., wyznaczonej dla ocenienia

¹⁾ Pomijając brak ścisłości w wyrażeniach i przemilczenie o długości wymiaru przodkowego miednicy dające pojęcie o stopniu jej zwężenia, zapytujemy: jaki pożytek z takiego opisu, czy też takiego przypadku słuchacz lub czytelnik odnieść może? Dla uniknięcia nieporozumienia dodajemy, że powyższe streszczenie dokonane wiernie zostało z rękopisu autora. (Red.)

²⁾ Odpowiedź ta nie dla pozyskania pochwały Towarzystwa, lecz dla ujawnienia stosunku p. ULANOWSKIEGO do naszej Redakcyi była ogłoszona; autor zapiski pozostawionej w Redakcyi, nie jako członek-delegat Towarzystwa, lecz jako obrażona osobistość (Pomoćnik Inspektora lekarskiego gubernijalnego) o swych radach i groźbach uznał za stosowne nas zawiadomić. (Red.)

wniosków komisji przy radzie lekarskiej, w kwestyi odpowiedzialności lekarzy za niestawienie się na wezwanie chorego."

Po wysłuchaniu sprawozdania o stanie kassy, odczytanego przez skarbnika, członkowie przystąpili do wyborów nowych członków administracji na rok 3-ci.

Większością głosów wybrano: prezesem kol. KWAŚNIEWSKIEGO, vice-prezesem kol. GŁOGOWSKIEGO (obu po raz 3-ci); jednogłośnie wybrano sekretarzem kol. DOLIŃSKIEGO, biblijotekarzem i konserwatorem muzeum kol. JAWOROWSKIEGO (obydwóch po raz pierwszy), skarbnikiem—mag. farm. RUSSYANA (po raz 3-ci). Dr. TALKO, który po dwuletniej pracy, stanowczo odmówił przyjęcia obowiązku sekretarza, jednogłośnie wybrany został zastępcą sekretarza.

Przyjęto do grona czł. czynnych Henryka MIGURSKIEGO (apt. z Bychawy); czł. czynnego kol. CIEPIELEWSKIEGO z powodu wyjazdu zamianowano członkiem korespondentem.

W końcu wybrano komisją dla sprawdzenia ksiąg kassowych.

Dr. Józef Talko.

List otwarty do Redaktora „Medycyny”.

W sprawozdaniach z postępu wiedzy lekarskiej za granicą, umieszczonych w Nrze 39 „MEDYCYNy” znalazłem wzmiankę o „rozpoznawaniu rzeczywistej śmierci z oka ludzkiego” podług Dra H. ALMÉS (*France méd.* z 15 Kwietnia r. b.). Nie znam wprawdzie rozprawy oryginalnej, ale, o ile wnoszę z wyciągu, dopuścił się Dr. ALMÉS plagiatu, albowiem w mowie będący sposób rozpoznawczy, podał i opisał szczegółowo Dr. LIERSCH w r. 1873 (*Viertelj. f. ger. Medizin T. XVIII str. 249—254*), a sądzę, że środek ten, mojem zdaniem trafny i wielce na uwzględnienie zasługujący, lekarzom sądowym już nie jest obcym. Ja przynajmniej korzystałem z niego już w zimie 1874 r. przystępując do badania zwłok młodzieńca przywalonego dachem, który zesunął się był pod wpływem nagle spadłego obfitego śniegu. Badanie zwłok miało się odbyć na wsi w kilkanaście godzin po katastrofie, a zwłoki nie okazywały jeszcze ani plam pośmiertnych ani stężenia trupiego. Przekłówszy pierwszą lepszą igłą obie rogówki, i nie spostrzegłszy najmniejszego oddziaływania tęczywek, nabyłem przekonania, że mam przed sobą trupa, a badanie zwłok wykazało tak znaczne uszkodzenia wewnętrznego, że nie można wcale było wątpić, iż śmierć młodzieńca nastąpiła była nader szybko.

Środek rozpoznawczy LIERSCH'A zapewne więcej przyda się badaczom zwłok, aniżeli lekarzom sądowym, którzy nie tak często mają do czynienia ze zwłokami świeżymi, lecz ponieważ niema prawidła bez wyjątku, więc i środek ten nie dopisze w pewnych zboczeniach ocznych za życia powstałych, a głównie w obec przyczepień przodkowych, lub tylnych tęczywek, zwłaszcza znaczniejszych, a tem mniej w obec zrostów lub zwiężeń źrenicy.

Kraków, 26 Września 1876 r.

Dr. Blumenstok.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Wrześniu r. b. były następujące: płonica, odra, błonica gardła i zapalenie drobnych oskrzeli płucnych u dzieci. U dorosłych zaś osób: durzycia wysypkowa, gościec mięśniowy i stawowy, róża, krwotoki płucne i zapalenie opłucni; wszystkie jednak w niezliczonych przypadkach się zdarzały. Największą liczbę dorosłych chorych stanowili tak zwani suchotnicy, już też jako nowe przypadki przewlekłego nieżytego zapalenia płuc, jak wiadomo, do suchot prowadzącego, zwłaszcza u mniej zamożnych chorych, którym zbywa na najważniejszym warunku powrotu do zdrowia, t. j. świeżem, zdrowem powietrzu w naszym mieście w ogólności, a w ich szczupłych mieszkaniach w szczególności. Ile razy znajdziemy się przy łożku takich chorych, a w obecnej

porze coraz częściej się to zdarza, zawsze nasuwa nam się jedno i toż samo pytanie: co z nimi począć?—w takich warunkach w jakich się znajdują, niepodobna o wyzdrowieniu myśleć; wszelkie usiłowania lekarskie na nic się nie zdadzą, gdzie brak najważniejszego czynnika leczącego: zdrowego powietrza. Choroba długa, a fundusze szczupłe nasuwają myśl skłonienia takich chorych do udania się do szpitala; najczęściej jednak odpowiadają nam, że oni już w szpitalu szukali pomocy, lecz daremnie, a w wielu razach zdarzyło nam się słyszeć, to smutne a zarazem znaczące zdanie: „po cóż mam wracać do szpitala, kiedy tam sam doktor mi radził, abym się z niego wypisał (lub wypisała), gdyż mi potrzeba świeżego powietrza, a tego żaden szpital dać nie może bo go sam nie posiada.” Zaiste widząc młodą dziewczynę lub młodzieńca, dotkniętego przewlekłym nieżytkowem zapaleniem płuc w ciasnej izdebce, przez kilka osób zamieszkałej, trudno się oprzeć współczuciu nad smutną takich chorych dolą w niedalekiej przyszłości. Nauka i doświadczenie wskazują, że tacy chorzy postawieni w odpowiednich warunkach, zdrowie odzyskują, ale niestety nie w szpitalu w mieście, ani też w ich niehigijicznych mieszkaniach. Trudno istotnie pojąć, dla czego Warszawa urządzająca przytulki dla nieuleczalnych paralityków, nie zdobyła się dotąd na szpital dla tak zwanych chorych piersiowych. Tamci aż do końca mizernego swego życia całe lata trwającego, są jedynie ciężarem dla społeczeństwa, a jednak dobroczynność o nich pamięta; — ci zaś, mając widoki wyzdrowienia, a tem samem możności odpłacenia się społeczeństwu swą pracą, na łaskawe względy dobroczynności dotąd nie zasłużyli!

Przed 4-ma miesiącami zaznaczyliśmy na tem miejscu (Nr. 25 z r. b.) projekt urządzenia stacyi zdrowotnej dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni: projekt wielkiej doniosłości nie tylko ze względów humanitarnych lecz i ekonomicznych, do swego urzeczywistnienia nie wymagający prawie żadnych nowych nakładów, a jednak, o ile nam wiadomo, dotąd spoczywa on w dziedzinie życzeń pobożnych!

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu Prof. K. w Krakowie. Rękopis otrzymaliśmy i wkrótce go ogłosimy.

W-mu Drowi D. tamże. Za Elektroterapię otrzymaną w ubiegłą sobotę, uprzejmie dziękujemy; ocenę podamy w przyszłym miesiącu.

W-mu Drowi L. W. w Jarosławiu. Radzimy: GALEZOWSKIEGO Ksawerego: *Traité monographique d'ophtalmoscopie.* Paris 1876. Atlas z 20 tablic chromolitografowanych złożony, i POLITZER'A atlas z 12 tablic złożony, przedstawiający budowę anatomiczną i cierpienia przyrzędu słuchowego. Cena obydwóch około 25 rs.

W-mu Drowi J. W. w Romnach. Tom I Chirurgii EMMERT'A za rs. 3 wysłany.

W-mu Drowi J. T. w Lublinie. Rs. 8 k. 40 pochodzące z puszek Waszego ambulatorium, dla kassy wsparcia otrzymaliśmy, za co w imieniu tejsze kassy dziękujemy.

OGŁOSZENIA.

W Redakcyi „Medycyny” sprzedaje się:

Tom I **Medycyny** z r. 1873 i Tom II z r. 1874, każdy oddzielnie zbroszurowany, po rs. 3 za jeden rocznik; Tomu III-go drugie półroczcie 1875 r. (Nr. 26 do 52) po rs. 2. Na opłacenie kosztów przesyłki pocztą jednego tomu kop. 50 (można markami pocztowymi załączyć); wypisujący Nra z II półroczca r. z., kosztów przesyłki nie opłacają.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja **Medycyny** i **Pamiętnika Tow. Lek.** Warszaw. ulica Marszałkowska Nr. 45.