

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Dr Polikarp Girsztowt, Redaktor Gazety lekarskiej, Bibl. um. lek. i Przeglądu postępu nauk lekarskich. — **Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.** Rozdzielenia mostka (*disjunctio sterni*). Opisał R. Jasiński, ordynator kliniki fakultetowej chirurgicznej w Warszawie. — **Rozprawy naukowe.** O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości. Przez Dra Władysława Strawińskiego (Dalszy ciąg). — **Korrespondencya.** Lublin, w Październiku 1877 r. — **Wiadomości bieżące.** Tyania. Kwestye wojenno-sanitarne. — **Dodatek.** Anatomii opisowej ciała ludzkiego T. II. ark. 21. T. III. ark. 12. Choroby narządu trawienia ark. 15. Ogł. farm. lekars.

Dr Polikarp Girsztowt,

Redaktor Gazety lekarskiej, Biblioteki Umiejętności lek. i Przeglądu postępu nauk lekarskich.

Wiekopomnych zasług dla kraju i nauki, uwielbiany Profesor, niezatartej pamięci kolega i przyjaciel nasz, zasnął w Bogu dnia 12-go b. m. o godzinie 6-tój z południa. Przedwczesna śmierć ś. p. Polikarpa pozostawia nieutulony żal w sercach wszystkich, którzy Go znali i działalność Jego wszechstronną oceniać umieli, nadto niezmiernie dotkliwą lukę w szeregach szeregu pracowników na polu naukowo-lekarskim naszego kraju. Niezmordowana czynność, niewysłowna rzutkość i zabiegliwość około podejmowanych przezeń prac wydawniczych, niestrudzona gorliwość i kruszcowa istnie siła woli, niezachwiana żadnemi przeciwnościami energia ducha, przy ogromnym zapasie wiedzy i szczerem zamiłowaniu nauki—oto były warunki i siły, któremi rozporządzał ś. p. Girsztowt. a których naprózno szukalibyśmy u kogokolwiek z Jego następców.

Przewidziane w pierwszym ogłoszeniu (z d. 8-go) o wypadku nieboszczyka niebezpieczeństwo wystąpiło na nieszczęście szybko i położyło koniec temu

pracowitemu życiu.—Dla wiadomości czytelników podamy tu w krótkości historią choroby nieboszczyka.

Przy zadanėj ś. p. Girsztowtowi (jak donieśliśmy) ranie ręką mściviego mordercy w lewe udo poniżej więza Poupart'a. zranioną została gałęź głęboka tętnicy udowej. Wezwany Prof. Kosiński przy pomocy Drów Orłowskiego, Bauerertza, Dunina i Ciunkiewicza podwiązał tętnicę zranioną; kiedy jednak w kwadrans później pojawił się znowu krwotok bardzo gwałtowny, nie pozostawało nic innego, jak podwiązanie pnia tętnicy udowej, poczem też krwawienie zupełnie ustało. Ponieważ wyszukanie miejsca zranienia tętnicy (głęboko jak wiadomo umieszczonej) było trudném i wymagało koniecznie rozszerzenia rany nożem mordercy zadanėj, musiała też i rana operacyjna być znaczną, a sama operacya przeciągnąć się dosyć długo — co naturalnie łączyło się także z powiększeniem ilości uronionėj krwi. Pomimo to wszystko chory, nie straciwszy ani na chwilę przytomności umysłu, zachował przez cały czas heroiczną spokojność i uwagami doskonałego chirurga wspierał jeszcze operujących, wiedząc dobrze o grożącym mu niebezpieczeństwie. Ranę parę cali głęboką założono skubanką obsypaną kwasem taninowym, kończynę całą obłożono ciepłymi bańkami z poleceniem smarowania jęj pobudzającymi mazidłami, do wewnątrz przepisano *Inf. fol. Digitalis c. Acido Halleri*. Nieszczęśliwy chory, czując możliwość rychłej śmierci skutkiem utraty ogromnej ilości krwi tętniczėj, postanowił natychmiast po dokonanej operacyi pojednać się z Bogiem przez przyjęcie Najświętszych Sakramentów i załatwić się ze sprawami, które Mu najbardziej na sercu leżały. Jakoż w akcie przez notaryusza sporządzonym zastrzegł, żeby spadkobiercy Jego prowadzili dalej rozpoczęte przez niego wydawnictwo Gazety i Biblioteki umiejętności lekarskich.

Przez dwa dni następne, t. j. Wtorek i Środę rana przedstawiała się dobrze, kończyna zraniona była chłodną wprawdzie, jednak bez żadnych znaków zgorzeli, tętno utrzymywało się pomiędzy 120 a 108 uderzeń na minutę, przytomność była nienaruszoną. We Środę zalecono w miejsce wspomnionėj wyżej mikstury, cztery razy na dzień po 3 grana chininy, przytém podawano choremu posilne rosoły, mleko, wino, pamiętając o wypróżnieniach, które ułatwiano za pomocą lewatyw.

We Czwartek rano postrzeżono przy opatrunku na goleni zranionėj kończyny dwa podłużne pasy ciemnego koloru, zapowiadające zbliżanie się zgorzeli; stopa była tego dnia widocznie bledszą, żółtawą, w objętości nieco pomniejszoną, palce w nogi niejako skurczone, zimne, nieczułe na dotykaniu. Wieczorem pojawiły się na wewnętrznej powierzchni uda tejże kończyny pręgi niebieskawe. Stan ogólny był w tym czasie niezmienny, rana operacyjna suchą w ogóle, wydzielającą małą tylko ilość rzadkiėj wodnistėj cieczy.

W Piątek rozszerzyły się nadmienione pasy ciemne na goleni, stopa stała się jeszcze bledszą, zimniejszą, wszelkiego czucia pozbawioną: pręgi na udzie znikły — w stanie ogólnym żadnej zmiany. Taki sam stan trwał przez Sobotę i to samo znaleźliśmy przy opatrunku w Niedzielę rano o godzinie 9-tėj, z tą tylko różnicą, że oczywista już zgorzel zranionėj kończyny zda-

wała się ograniczać wyraźnie na goleń tuż poniżej kolana, i wtedy można było przypuścić nadzieję, że ewentualnie uda się przy odjęciu nogi poniżej kolana zachować życie choremu. Noc z Soboty na Niedzielę przepędził chory nie dobrze, bezsennie i uskarżał się na jakąś przykrą tęskność, niespokojność, trwogę chwilowo nań występującą, nie myśląc bynajmniej o zgorzeli, która zajęła połowę kończyny (troskliwie przed wzrokiem chorego osłanianej), obawiając się tylko następczego krwotoku przy odpadnięciu ligatury i przypominając, aby przygotowano przyrząd do uciśnienia w potrzebie tętnicy brzusznej, o czém zresztą dobrze pamiętano, jakkolwiek daleką jeszcze była pora wymagająca użycia tego.

W Niedzielę około godziny 10-téj, tuż niemal po opatrzeniu rany, wystąpiły nagle silne dreszcze, poczynając od nóg i rąk i rozszerzając się szybko na całe ciało, śród który chory zaraz utracił całkowicie przytomność, popadłszy w gwałtowne majaczenie; liczba tętna wzniosła się do 130, oddech stał się krótkim, ciężkim, mozolnym, wstawiła się nieopisana ruchliwość z gadatliwością. przyczém nieustannie wykladał nieszczęśliwy profesor chirurgią wszystkimi językami, wykonywał operacye, nawoływał znajomych bezwiednie, rzucał się i ukazywał instynktowo na język straszliwie suchy i oddechanie oczywiście bardzo uciążliwe; ciepłota ciała podniosła się do 41°C. Przy opatrunku rany o godzinie 11-téj wieczorem spostrzegliśmy, że zgorzel posunęła się za kolano i zajęła blisko połowę uda. W takim stanie mniej więcej przetrwał chory do 8-éj godziny rannéj nazajutrz, zasilany winem i pobudzającymi lekarstwami. Od 8-éj do 12-téj w południe przytomność chociaż niepełna utrzymywała się, i wtedy słyszeliśmy ciągle narzekania na trudność w oddechaniu, którój, jak łatwo zrozumieć, zaradzić nie było sposobu,—poczém znowu popadł w ciche majaczenie, w którém o godzinie 6-téj skonał, t. j. w oktawę dnia i godziny popełnionego na życie Jego zamachu.

Oględziny pośmiertne dokonane w dniu następnym przez Prof. Brodowskiego w obec delegacyj sądowój i kilkunastu lekarzy nie mogły nie potwierdzić smutnego i tak oczywistego stanu rzeczy: że śmierć nastąpiła w skutek posocznego zakażenia krwi wywołanego zgorzelą większój części kończyny, w następstwie niedostatku krwi w niéj przez podwiązanie tętnicy udowój, niezbędne dla zatrzymania krwotoku grożącego natychmiastową śmiercią. Badanie anatomiczne wykazało, że cios morderczy zranił tętnicę uda głęboką (*art. profunda femoris*) przy samém wyjściu tejże (niespełna jeden centymetr) z pnia tętnicy udowój (*truncus femoralis*). Fatalna ta właśnie okoliczność była powodem, że tętnica głęboka żadnym sposobem powyżej zranienia podwiązaną być nie mogła, gdyż ligatura dla braku miejsca prosto utrzymać się na niéj nie była w stanie. Z téj więc przyczyny wypadało koniecznie podwiązać sam pień tętnicy udowój, co znowu pociągało za sobą nieochybną zgorzel kończyny przy tak znacznej utracie krwi. Najbliższą przyczyną zgonu był ostry obrzęk płuc i mózgu.

Ponieważ nieboszczyk nie miał nikogo z rodziny przy sobie, opieka nad nieszczęśliwym chorym zostawała, w rękach przyjaciół i życzliwych znajomych.

Na szczęście miał ich ś. p. Girsztowt tyle, że brak najbliższych członków rodziny uczuwać się tu wcale nie dawał; chętnych do wszelkiego rodzaju posług przy łożu chorego i natychmiastowej w razie potrzeby pomocy było tak wielu, że mógł być chyba kłopot w ich wyborze. Setki przychylnych mu i przerażonych straszliwym wypadkiem osób najrozmaitszego stanu cisnęły się tłumnie do mieszkania, których musieliśmy, dbając o spokój chorego, powstrzymywać w drugich pokojach.

Leczeniem rany kierował Prof. Kosiński, który sam opatrywał ją dwa razy dziennie przy pomocy najbliższych przyjaciół-chirurgów nieboszczyka Drów Kwaśnickiego, Stankiewicza, Orłowskiego, Wszebora, nadto Drów Bauerertza, Ciunkiewicza, Dunina, Chwata. Prócz tego zbierało się zawsze dwa razy na dzień po kilkunastu lekarzy-terapeutów, przy współdziałaniu których odbywały się narady co do sposobów ratowania przyjaciela w tej ciężkiej chorobie. Niestrudzoną troskliwością i serdeczną przychylnością otaczali chorego przez cały czas niemocy dniem i nocą zacni asystenci nieboszczyka Drowie Kruszewski, Jasiński i Rumbowicz (umyślnie w tym celu przybyły z Wilna), w czym pomagali im jeszcze wszyscy niemal studenci Wydziału szczerze do swego profesora przywiązani. Imieniem przedwczesnie i tak niespodziewanym sposobem zgasłego na wieki kolegi i przyjaciela wyrażamy niniejszem serdeczną wdzięczność wszystkim za ich szczerą posługę, poczciwe chęci niesienia pomocy i ulgi w cierpieniach choremu, któregośmy wszyscy kochali i szanowali, którego pamięć i zasługi cześć będzie potomność.

Cześć popiołom zmarłego!

Prof. Dr. Luczkiewicz.

Rozdzielenie mostka (*disjunctio sterni*).

Opisał R. Jasiński, orydnator kliniki fakultetowej chirurgicznej w Warszawie.

Dnia 15 października r. b. przywieziono do kliniki chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha Maryannę Balwierczyk, służącą, lat 24 mającą, tęgą, wysoką brunetkę, która tegoż dnia, myjąc okna na drugim piętrze, w skutek obsunięcia się muru upadła na stos drzewa, złożony na podwórzu. Chora okazała się prawie zupełnie głuchą, zdołałem jednak dowiedzieć się od niej o wyżej wspomnianych szczegółach upadku, jak i o tem, że upadła na krzyż i że ją lędźwie i piersi bardzo boła. Złożona na łożku, natychmiast przyjęła położenie wyprostowane (*positio horisontalis prostrata*) na prawym boku, a chwyciwszy się rękoma ponad głowę wyciągniętymi za górną kratę łożka, silną takowemi wykonywać poczęła extensyę. Badanie pokazało, że w okolicy grzbietowej, na linii środkowej, na wysokości ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszych lędźwiowych znajduje się guz, rozlewający się na boki, wielkości dwu pięści, skóra na nim błyszcząca, blada, odporności twardej i elastycznej. Guz ten niezmiernie bolesny przy dotykaniu, zdaje się zależeć od dość znacznego wylewu krwi pod skórą. Obecność sama a wreszcie i owa silna bolesność nie pozwala dokładnie zbadać stanu samego kręgosłupa, wreszcie nie pozwalałem sobie do-

kładniejszego badania, podejrywałem bowiem czy zwichnienie, czy nadwichnienie (*subluxatio*) kręgów, obawiałem się więc, że najmniejszy ruch stan znacznie odrazu pogorszyć może. Badanie klatki piersiowej pozwoliło mi przekonać się o całości wszystkich żeber. Dotknąwszy mostka, wywołałem silny ból, jak o tem głośne krzyki i wyrzekania chorój przekonywały. Na całym mostku znalazłem dość znaczny wylew krwi podskórny, a przy głębszem pociskaniu uczułem, jak gdyby ruch jakiś w miejscu tem nienormalny. Wkrótce przekonałem się, że ruch ten rzeczywiście istnieje, że podczas biernego wykonywania jego daje się wyczuć a nawet słyszeć rodzaj stukania, jak gdyby jedna deszczułka z drugiej zeskakiwała. Znalazłem też wyraźne zmieszczenie ruchowych części kości tego rodzaju, że górna brzegiem swym dolnym zwróconą była do wewnątrz (ku przedniemu przedpiersiu), dolna zaś wolnym, t. j. górnym brzegiem wystawała ku przodowi, pokrywając z lekka poprzednią. Miejsce to zupełnie ściśle odpowiadało połączeniu rękoności mostka z ciałem jego. Znalazłem się tedy w obec rozłączenia mostka (*disjunctio sterni*), a więc zjawiska chirurgicznego bardzo rzadkiego i pouczającego.

Wspomnę tu tylko pokrótce, że mając na względzie niejasny dla mnie w pierwszej chwili stan kręgosłupa i nie widząc wyraźnych objawów silnego wstrząśnienia mózgu, podałem dwa proszki octanu morfiny (po $\frac{1}{6}$ gr.), aby uspokoić gwałtowne ruchy chorój resp. uprzędzić możliwe zeskoczenie nadwichniętego kręgu. Były wprawdzie objawy przekrwienia opon i samego mózgu, uważałem jednak, że chwilowe powiększenie takowego morfiną nie będzie niebezpieczne, ja następująca po nim narkoza opłaci się sowingie i zapobiegnie silniejszemu daleko wzmaganiam się przekrwienia przy rzucaniu się, krzyku i niespokojności. Na mostek, głowę i krzyż zaleciłem lodowe okłady. Nazajutrz podano 4 uncje *inf. sennae salin.*, co kanał kiszkowy zupełnie oczyściło i silne odciągnięcie krwi w te okolice spowodowało. Żadnych objawów ze strony kończyn dolnych. W nocy chora była niespokojną, podano jej więc jeszcze na razie około pół drachmy chloralu, po którym zasnęła. Wieczorem tego dnia ciepłota podniosła się do 38,8, puls 86, oddech 24. Powtarzając ciągle zimne okłady zaleciłem lewatywę z łyżką oleju rycynowego i wypuściłem urynę. Na trzeci dzień, d. 17 października, wystąpił suchy kaszel, oddech 40 razy na minutę, puls 86. Fizykalne badanie wykazało małe stępienie z prawej strony mostka i oddech zaostrozony. Postawiono 10 suchych baniek. Wylewy krwi zaczynają ulegać wessaniu. Pokazało się, że kręgosłup jest tylko mocno stłuczony. Bolesność obrażonych miejsc zmniejszyła się znacznie. Dnia 18 już można było na pewno skonstatować niewielki wysięk zapalny w prawym górnym płacie płuc. Temperatura wieczorami zaledwie 38,7 dochodziła, oddech do 40 na minutę. Kaszel nie ustaje. Znowu 10 baniek obok mostka. Po trzech dniach zimne okłady zamieniłem na smarowanie *Tra iodi*, a w miejscu odpowiadającym zajętej części płuc zaleciłem ciągle przykładanie gorących okładów. Do wewnątrz zapisałem *Inf. ipecac.* z gr. XII — $\mathfrak{3}$ vj. Chora ciągle trzyma się rękoma za kratę łóżka. Dyslokacya odłamków nieznaczna. Poczynające się nacieczenie płuc rozeszło się prawie zupełnie, pojawiające się z począ-

tku bóle w częściach stłuczonych dziś już znacznie mniejsze. Kręgosłup we wspomnionój okolicy bolesny przy dotykaniu, zalecono więc chorój spokój zupełny, co parę dni stosuje się zewnętrznie *Tra iodi* w obawie mogącego rozwinąć się *spondylitis*. Zresztą stan ogólny dobry.

Starałem się jak najkróciiej skreślić historiją choroby, gdyż celem jest niniejszój notatki klinicznój zwrócić tylko uwagę na owo złamanie mostka, jako na rzecz niezmiernie rzadką.

W danym wypadku powstało ono wyraźnie w skutek działania mięśni silnie skurczonych podczas upadku chorój. Już przy samem podaniu pozostaje zgięcie tułowia pod kątem ku tyłowi otwartym, przyłącza się do tego silny skurcz mięśni prostych brzucha i kość pęka albo się rozrywa (*diastasis, disjunctio*).

Wszystkie rodzaje złamań mostka są niezmiernie rzadkie: mniej więcej na 1000 fraktur spotykamy je 1 raz zaledwie, a preparaty takich mostków należą do najrzadszych okazów w muzeach i gabinetach. Zdarzają się tu nadłamania, złamania podłużne, poprzeczne i skośne, wreszcie dyastazy między rękojeścią a ciałem, lub ciałem a wyrostkiem mieczykowatym. W tym ostatnim wypadku dyzlokacya wyrostka wywołuje ciągle bez przerwy powtarzające się wymioty. Wypadek tego rodzaju wywołał raz konieczność rozcięcia ściany brzusznej i naprostowania kości hakiem tępym; skończył się wyratowaniem chorego od blizkiej śmierci i zupełnem wyzdrowieniem (Albert, Lehrbuch d. Chir. Bd. II. 149). Złamania mostka oprócz mięśniowych skurczów mogą mieć za przyczynę (zwykle) bezpośrednią traumę: upadnięcie na kant stołu, uderzenie ciężkiem ciałem, wreszcie strzał. Rozpoznanie tych złamań nie przedstawia trudności, jeżeli pamiętamy o częstych nieforemnościach mostka, od których trudno je odróżnić, dopóki wyraźnego trzeszczenia (*crepitatio*) i zmieszczenia odłamków nie znajdziemy. Podłużne złamania można też mieszać z wrodzonymi szparami mostka. Dyslokacya przy poprzecznych złamaniach bywa zwykle taka, jak ta, którą opisaliśmy w naszym wypadku. Nastawienie odłamków połączone bywa nieraz z rozmaitemi trudnościami. Należy kręgosłup silnie wygiąć ku tyłowi, choremu polecić głębokie wdychanie — palce operatora dokonają reszty. Gdy się to nie uda, pozostawiamy chorego na dłuższy czas w położeniu leżącym, podłożywszy mu pod grzbiet wał jaki w celu wygięcia kręgosłupa. W naszym wypadku chora sama instynktowo repozycyi dokonała, zresztą zmieszczenie było nieznaczne. W innych razach trzeba uciec się do ostatecznych metod, jako to: wycięcia (*resectio*) wystającego ku przodowi odłamka (Delpech), podniesienia zagłębionego kawałka tirefondem (J. L. Petit), wprowadzenia przez ranę w skórze zrobioną haka tępego (Nélaton). Takie jednak czynne operacyjne wystąpienie zdarza się przedsiębrać tylko tam, gdzie chcielibyśmy zatamować krwotok do *mediastinum*, lub gdzie zmieszczony odłamek groźną duszność wywołuje.

Złamania mostka zarastają zwykle lub kończą się pseudarthrozą, w każdym razie oprócz bólu nie wywołują zazwyczaj żadnych groźniejszych objawów. Może czasami sprawa dojść do ropienia. Jeżeli ropień tworzy się przed oboj-

czykiem, to go można zwykłym opróżnić sposobem i zagoić. Jeżeli ropa zbiera się pod obojczykiem, wówczas spływając do przedpiersia wywołać może lektyczną gorączkę lub ostrą ropnicę, otwierają się tedy w takim razie dwie drogi wprost do zgonu prowadzące.

O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości.

(Rozprawa konkursowa Red. Gaz. Lek.).

Przez Dra Władysława Strawińskiego.

(Dalszy ciąg).

Kassowitz (Ueber periostale Knorpelbildung und Apophysenwachsthum. Centralbl. f. die med. Wissensch. 1877. Nr. 5) przyjmuje bezpośrednie kostnienie chrząstki w miejscach gdzie chrząstka się rozwinęła z okostnej; proces ten zatem musi się odbywać przy powstawaniu wszystkich apophys'ów; tu więc należą, wedle autora: *spina scapulae*, szczyka dolna, obojczyk, *tuberositas radii*, rogi jelenia i sarny; nadto bezpośrednie kostnienie chrząstki autor znajduje stale w callus'ie, przyczem powiada, iż pośredniego kostnienia w callus'ie (przez otwarcie kapsuł chrząstkowych i następnie odkładania się istoty kostnej) nigdy nie widział. Również zaznacza, iż *spina scapulae*, oraz rogi jelenia i sarny okazują tylko, podobnie jak callus, przemianę chrząstki wprost na kość; otwarcie kapsuł tu wcale nie istnieje.

Przychodzi mi teraz przedstawić bezpośrednie kostnienie chrząstki, jakiego zdaniem mojem, najmniej wątpliwości ulega.

Chrząstka callus składająca już w czasie swego tworzenia się zawiera w sobie pewną ilość kanałów, w których przebiegają naczynia krwionośne wraz z towarzyszącymi im komórkami twórczymi. Otóż gdy jedna część tej chrząstki bardziej od wspomnianych kanałów naczynnych oddalona poczyną wapnieć, celem wytworzenia się w następstwie tkanki kostnej za pośrednictwem osteoblastów, inna za to część chrząstki kanały owe oblegająca zdaje się niewątpliwie okazywać bezpośrednią przemianę chrząstki w kość. Jeżeli kanały naczynne blisko siebie leżą, to chrząstka je oddzielająca w całości bezpośrednio kostnieje. Chrząstka wapniejąca i chrząstka wprost kostniejąca, lubo nieznacznie jedna w drugą przechodzą, różnią się wszakże stopniem swego rozwoju. Chrząstka mianowicie wapniejąca odznacza się dużymi komórkami bardzo do siebie przybliżonemi; protoplazma komórki zwykle skurczona dokoła jądra (działanie odczynnika); komórki w większej części z jamek chrząstkowych powypadały; ilość substancji międzykomórkowej nader szczupła; chrząstka zaś mająca wprost kostnieć przedstawia wszystkie cechy młodości; widzimy tu, iż komórki chrząstkowe są jeszcze bardzo małe, częstokroć dają się postrzegać pierwiastki chrząstkowe dopiero co podzielone; substancja zasadnicza chrząstki w stosunkowo znacznej ilości rozwinięta. Sam tedy proces bezpośredniego kostnienia tej młodej chrząstki da się w niewielu słowach opisać. Najpierw przy obwo-

dzie każdej pojedynczej komórki chrząstkowej postrzegamy pierwiastkowo bardzo cienką obwódkę, złożoną z drobnych, mocno lśniących ziarek, w postaci których odkładają się zwykle sole wapienne. Obwódka rzeczona coraz bardziej grubieje, a równocześnie i substancja zasadnicza chrząstki z jednorodnej staje się powoli ziarnistą, w skutek odkładania się soli wapiennych; wreszcie następuje zupełne zlanie się wspomnianych wyżej obwódek z infiltrowaną solami istotą zasadniczą chrząstki, tak że w pośród silnie połyskującej substancji zasadniczej widzimy tylko gwiazdowatego kształtu ciała, mniejszych jednak rozmiarów od komórek chrząstkowych z których powstały.

Przytoczony dopiero opis sprawy kostnienia ugruntowany jest na obrazach jakie przedstawiają nam preparaty nieodwapnione; że zaś mamy tu do czynienia z prawdziwym kostnieniem a nie z wapnieniem, o tem przekonywa nas zabarwienie podwójne tychże preparatów (odwapnionych). Zarówno chrząstka jako też i tkanka kostna z niej rozwijająca się zabarwione są jednakowo na różowy kolor. Komórki chrząstkowe otoczone są jasnymi ciałkami, odpowiadającymi obwódkom ziarnistym przed odwapnieniem. Dodać nadto należy, iż w parze z dopieroco wskazaną przemianą chrząstki w kość idzie wytwarzanie się kości przy obwodzie kanałów naczyniowych za pośrednictwem osteoblastów, następstwem czego obie te kości różnego pochodzenia ściśle się z sobą łączą. Tym sposobem załatwiliśmy się z kwestyą powstawania tkanki kostnej.

W zakończeniu muszę też wspomnieć o bezpośrednim kostnieniu zupełnie wykształconej tkanki łącznej, które to kostnienie, podobnie jak Gegenbauer, spostrzegałem w kości czaszkowej zarodka kurzego. Mamy właśnie przed sobą mniej lub więcej gęstą sieć utworzoną przez pęczki nader delikatnej włóknistości, oraz najcieńsze włókienka w najrozmaitszych kierunkach między sobą przeplatające się. W oczkach tej sieci mieszczą się komórki z wyraźnym jądrem. W miarę jak sole wapienne zaczynają infiltrować pojedyncze pęczki włókien zarówno same włókienka, granice między pęczkami coraz bardziej się zacierają, skutkiem czego powstaje jednorodna substancja zasadnicza kości, ukazująca rozsiane w niej o zębatych brzegach ciała kostne. Że zaś w częściach kości bardziej wykształconych znajdujemy ciała kostne do pewnego stopnia zmniejszonymi, mniemać więc należy, iż i tu obwodowa część protoplazmy komórek tkanki łącznej zostaje użytą na utworzenie istoty zasadniczej kości. Co się tyczy wreszcie powstawania układu kanalików kostnych tak w rozbieżnym wypadku, jako też przy bezpośrednim kostnieniu chrząstki, przyznaję, iż objaśnienie uprzednio podanym przez nas sposobem znajduje pewne trudności, chyba, że przypuścimy przytem działanie rezorbeyi preeksystującej istoty zasadniczej.

Streszczając wszystko cośmy dotąd wyrzekli o powstawaniu tkanki kostnej, możemy zawrzeć w kilku następnych najistotniejszych punktach:

- 1) Tak chrząstka jako też i kość powstają z jednych i tych samych pierwiastków anatomicznych czyli tkanki twórczej.
- 2) Przy wytwarzaniu się kości z tkanki twórczej istota kostna w większej części powstaje przez odkładanie się ziarek mniejszych lub większych

(kul) w obwodowych częściach protoplazmy komórek (osteoblastów), podczas gdy część środkowa protoplazmy wraz z jądrem zamienia się na ciałko kostne.

3) Wspomniane wyżej ziarnka składające istotę kostną są ściśle mieszaniną soli wapiennych z substancjami organicznymi; zatem nie są to czyste sole wapienne, gdyż po odwapnieniu kości ziarnistość istoty kostnej daje się spostrzegać wtedy mianowicie gdy ziarnka były zbyt drobne.

4) Miejscami występująca na jaw włóknistość istoty kostnej zależy od obecności włókien sprężystych, które wcale zdają się nie kostnieć, gdy tymczasem zwyczajne włókna tkanki łącznej nasiąkając solami, stają się jednocześnie szerszemi i przyjmują szkliste wejście.

5) Wzrost kości międzykomórkowej (interstycjalny) ma miejsce tylko w czasie rozwoju tkanki kostnej.

6) Kanaliki kostne są to przestrzenie między ziarnkami istoty kostnej pozostające i za życia wypełnione płynem.

7) Komórki kostne są blaszkowatej postaci i bynajmniej nie wysyłają od siebie wypustek do kanalików kostnych.

8) Osteoblasty są również blaszkowate komórki mające postać okrągłą owalną, wrzecionowatą lub wielokątną; nadto nigdy nie posiadają charakteru komórek gwiazdowatych opatrzonych wieloma wypustkami.

9) Nie możemy twierdzić stanowczo, iżby komórki chrząstkowe (przy pośrednim kostnieniu chrząstki) nie wytwarzały z siebie komórek szpikowych resp. osteoblastów; to tylko pewna, iż część komórek szpikowych w danym razie pochodzi z komórek twórczych wnikających do chrząstki wraz z naczyniami krwionośnymi.

10) Bezpośrednie kostnienie chrząstki daje się dostrzegać w callus'ie; pośrednie zaś kostnienie wykształconej tkanki łącznej znajdujemy w kościach czaszkowych u zarodka kurzego.

11) Chrząstka ulegająca bezpośredniemu kostnieniu zdaje się okazywać pewne oznaki młodości, jako to: stosunkowo znaczna ilość substancji zasadniczej oraz mniejsze komórki chrząstkowe w porównaniu z tkankami chrząstki dokończonych, jaka tylko pośrednio istnieć może.

12) Brak ostrzej granicy pomiędzy kością a chrząstką nie może jeszcze służyć za dowód bezwarunkowy bezpośredniej przemiany chrząstki w kość.

Odradzanie się okostnej (*regeneratio*). Doświadczenia nasze z przeniesieniem okostnej nauczają, iż obrażenie kości na pewnej przestrzeni z okostnej nie pociąga zwykle za sobą zmartwienia (*necrosis*) odpowiedniej powierzchni kostnej, skoro zagojenie rany skórnej następowało *per primam intentionem*; owszem, powierzchnia obnażona kości po dwóch do trzech tygodniach uzyskiwała nowoutworzoną okostną dosyć już grubą, tak dalece, iż mogła być użyta do ponownych przeniesień, gdy zaś w ranie występuje ropienie, natenczas okostna nie odtwarza się, a powierzchnia kości przedstawia się bladą, nieunaczynioną, co dowodzi już braku objawów życiowych w kości, t. j. jej zmartwienia; oddzielania się przytem sekwestru nigdy nie udawało mi się obserwować. Właściwie jednak odtwarzanie się okostnej zaczyna się równo-

cześniej z obnażeniem kości; albowiem na 4 lub 5 dzień po zdjęciu okostnej z *tibiae* na powierzchni kości obnażonego miejsca, jeżeli kość poprzednio była nastrzyknięta masą iniekcijną, znajdziemy tu i owdzie rozsiane małe kępki naczyń krwionośnych, które to kępki leżą zupełnie odosobnione w środku obnażonego miejsca okostnej, albo umiejscowione są przy brzegu normalnej okostnej, zlewając się z naczyniami téj ostatniej. Nowopowstałe naczynia rozpościerają się w pośród niezmiernie delikatnej tkanki, która w świeżym stanie oddziela się od kości w postaci oderwanych mass nabłonka; jeżeli zaś całą kość włożemy na kilkanaście godzin do słabego alkoholu, w takim razie będziemy mogli z obrażonej powierzchni kości zedrzeć nadzwyczaj cienką jednociągłą błonkę wraz z opisanymi wyżej naczyniami krwionośnymi. Rozpatrując rzeczoną błonkę pod mikroskopem, zabarwiwszy ją wprzód pikrokarminem, spostrzegamy, iż ona jest złożoną z samych prawie komórek, które w niczem się nie różnią od komórek warstwy wewnętrznej okostnej (*couche ostéogène*). Spotykamy tylko większą różnicę pod względem wielkości pojedynczych komórek, gdy bowiem jedne z nich równają się rozmiarom ciała białego krwiotu inne znowu o wiele są większe; przytem jądra niektórych komórek znacznie są powiększone; nadto znajdujemy tu wielojądrowe najrozmaitszych kształtów komórki (olbrzymie). Wśród téj masy z komórek złożonej mieszczą się stosunkowo szerokie włoskowate naczynia, tudzież nieliczne włókienka sprężyste i nieraz nam się zdawało jakoby pomienione włókienka były następstwem rozszczepienia się protoplazmy komórek w kierunku pionowym ku osi poprzecznej wrzecionowato wydłużonej komórki. W tymże samym czasie, t. j. 4 lub 5-go dnia po oddaleniu okostnej, pozostająca okostna w okolicy obnażonego miejsca okazuje bujanie warstwy swéj wewnętrznej, z której na powierzchni kości tworzą się cienkie pokłady młodej tkanki kostnej, skutkiem bezpośredniego kostnienia osteoblastów powstającej. Zachodzi tedy pytanie, z jakiego źródła powstają pierwiastki komórkowe oraz naczynia nowotworzącej się okostnej? Zdzierając okostną pozostawiamy jednocześnie na kości pewną ilość komórek, stanowiących wewnętrzną pokład okostnej; jednakowoż komórkom wspomnianym nie możemy nadawać większego znaczenia pod względem wytwarzania nowej okostnej, gdyż wytarłszy powierzchnię obnażoną kości starannie gąbką zmoczoną w spirytusie, po 4 lub 5 dniach otrzymujemy tak samo jak bez poprzedniego otarcia kości, cienką błonkę mniej lub więcej unaczynioną. Za punkt tedy wyjścia nowotworzącej się okostnej uważać trzeba z jednej strony bujające komórki szpikowe, znajdujące się w kanałach Havers'a na bardziej powierzchniowych warstwach kości, które to komórki wraz z rozrastającymi się naczyniami krwionośnymi wydobywają w postaci już wspomnianych oddzielnych wysepek naczyniowych na powierzchnię obnażonego miejsca kości, z drugiej zaś strony do utworzenia pierwiastków młodej okostnej musi niezaprzeczenie przyczyniać się rozmnożenie komórek brzegu normalnej okostnej, ograniczając miejsce obnażone; ma się przez się rozumieć, że i w tym razie naczynia krwionośne swem rośnięciem rozprzestrzenianiu się komórek ku środkowi obnażonej powierzchni głównie pośredniczą. Podług zdania Ollier'a za materiał

do odradzania się okostnej obok dopieroco nadmienionego źródła służyć może i sama tkanka kostna, gdyż na str. 142 znanego swego dzieła mówi: *la couche la plus superficielle de l'os perd rapidement (u młodych zwierząt) ses sels calcaires, et prend les propriétés des tissus mous*. Być może, iż w związku z przytoczoną co tylko okolicznością pozostaje fakt znajdowania się w pośród młodej tkanki okostnej komórek olbrzymich (*myeloplaxes*), które to twory za produkty rozpadu tkanki kostnej poczytujemy ¹⁾.

Udział bezbarwnych ciałek krwi w sprawie wytwarzania się pierwiastków komórkowych odradzającej się okostnej możemy śmiało wykluczyć, skoro posiadamy daleko pewniejsze źródło powstawania rzeczonych elementów. Ażeby się przekonać zresztą jak się zachowuje powierzchnia kości w krótkim czasie po оголоczeniu tej ostatniej z pokrywającej ją okostnej, badałem pod mikroskopem sam wysięk na powierzchni obnażonej utworzony w 6 godzin po oddaleniu okostnej. Dla uwydatnienia jednak wspomnianego wysięku trzeba było kość (po zabiciu zwierzęcia) włożyć na jakiś czas do słabego alkoholu, poczem dopiero można było za pomocą ostrza skalpela zeskrobać nader drobne kłaczkę tego wysięku, który się jak się pokazało, składał z mnóstwa okrągłych komórek, zawierających 2—4 jąder; były więc to komórki ropne, których ilość w ciągu następnych dni stopniowo malała w obec coraz to większej masy występujących właściwych komórek kościotwórczych.

Tworzenie się callus'a. Dawniejsi badacze mieli nader fałszywe wyobrażenie o powstawaniu callus'a. Tak np. Haller, Scarpa, Rokitan-sky byli tego przekonania, że sama kość wydziela sok twórczy, służący do utworzenia callus'a, albo też callus wprost z kości wyrastał. Inni znowu, jak Hunter, Howship wyprowadzali powstawanie callus'a ze krwi pomiędzy odłamki kości wylanęj. Du-Hamel pierwszy wszakże w r. 1741 wykazał, że callus tworzy się przeważnie z okostnej. Dupuytren rozróżniał co do okresu tworzenia się *callus provisorius* (tymczasowy) i *c. definitivus* (zupełny); *c. provisorius* miał się tworzyć z okostnej na skutek nasiąknięcia tejże plazmą, która również miała się nagromadzać między kością a okostną. *C. definitivus* składał się już z tkanki kostnej, powstającej z samej kości. Dopiero Ollier na drodze doświadczalnej wyraźnie dowiódł, iż okostna samodzielnie może kość wytwarzać, zatem że callus głównie się tworzy kosztem okostnej. Najpierwszem zjawiskiem jakie występuje przy złamaniu kości jest mniej lub więcej znaczny wylew krwi pomiędzy końcami odłamków kości jak również pomiędzy pęczkami najbliższych mięśni. Wylew ten krwi, jak wiadomo, nie ma nic wspólnego z powstawaniem swego callus, przeciwnie, całą sprawę zablizniania kości niezaprzeczenie opóźnia, wreszcie powoli się rezorbując. Dalszem następstwem

¹⁾ Protokół zjazdu naturalistów i lekarzy w Warszawie 4-go posiedzenia sekcji dla anatomii i fizjologii w d. 18 września 1876 r.

złamania kości będzie zapalne oddziaływanie części miękkich, które skutkiem nasiąknięcia płynem surowicznym znacznie obrzmiewają. Tym to dopiero co wymienionym okolicznościom, t. j. wylewowi krwi zarówno obrzmieniu zapalnemu części miękkich, zawdzięczać głównie należy znaczne zgrubienie nad miejscem złamania kości powstające, które to zgrubienie w miarę wsiąkania wysięku stopniowo się zmniejsza, a pozostaje tylko zgrubiałość uwarunkowana samym callus'em. Powszechnie przyjmują dwa callus'y ze względu na źródło powstawania, a mianowicie: *a*) callus zewnętrzny (*externus*) rozwijający się z okostnej i *b*) callus wewnętrzny (*internus*) pochodzący ze szpiku kostnego. Zajmę się wprzód opisem powstawania callus'a zewnętrznego.

Mimoходом zaznaczyć muszę, iż poniżej załączone uwagi co do powstawania callus'a stosują się wyłącznie li do złamań kości u królików; zwierzętom tym łamałem kości przedramienia lub ramienia, rzadziej kości goleni. W ostatnich dwóch razach zwykle po złamaniu następuje znaczna dyslokacya odłamków kostnych; przy złamaniu zaś kości przedramienia dyslokacya może i nie powstać. Zagojenie się złamań odbywało się bez pomocy użycia jakich-bądź opatrunkowych aparatów. Okostna nad miejscem złamania albo całkiem się rozrywa lub też górny odłamek łączy się z dolnym za pomocą mniej lub więcej szerokich pasemek z ocalałych części okostnej. W razie jeżeli podczas złamania koniec odłamka z powodu luźnego połączenia pomiędzy kością a okostną, zostanie z téj ostatniej wysunięty, co szczególnież zdarza się przy większych dylokacyach, gdy koniec odłamka kostnego aż pod skórą sterczy, wówczas na téj części odłamka okostnej pozbawionej callus zewnętrznego wcale się nie wytwarza. Szereg zmian występujących w okostnej pokrywającej koniec odłamków kostnych prowadzi ostatecznie do wytworzenia chrząstki; zmiany o których mowa, zupełnie są podobne do tych, jakieśmy już wyżej podali dla przeniesionej okostnej. Massa chrząstkowa stanowiąca callus, stosownie do stopnia podrażnienia bywa to mniejsza, to większa. W tych razach, gdzie odłamki kostne stykają się ze sobą powierzchnią przełomu, podrażnienie jest bardzo słabe, odpowiednio czemu i ilość chrząstki nie duża, przeciwnie zaś, przy dyslokacyi odłamków chrząstka wytwarza się w nierównie większej ilości celem spojenia przylegających do siebie bocznych powierzchni odłamków; im większa dyslokacya, tem bardziej rozwinięta jest chrząstka callus'a; w podobnych więc wypadkach gdzie podrażnienie dochodzi znacznej siły nateżenia, w wytwarzaniu się chrząstki bierze udział nie tylko okostna, lecz także i mięśnie do niej przytykające; powstawanie tedy chrząstki w pośród mięśni zasługuje tu na małą wzmiankę.

(Dokończenie nastąpi)

KORRESPONDENCYA.

Lublin, w Październiku 1877 r.

Protokół posiedzenia Towarz. lekarzy lubelskich z d 4 października 1876 r. *).

Prezes, Dr med. K w a ś n i e w s k i.

Obecni: G ł o g o w s k i, J a n i s z e w s k i, T e t z, D o w n a r, S z m i d t, F a l e c k i, Z a g ó r s k i, R u s s y a n, S e r a f i ń s k i, Ż y l i ń s k i.

1^o Odczytano protokół przeszłego posiedzenia.

2^o Vice prezes G ł o g o w s k i odczytuje list Dra B o k i e w i e z a z Jadowa, przy którym tenże przysyła w darze książki do biblioteki Towarzystwa.

Towarzystwo przyjmuje dar z wdzięcznością i składa podziękowanie ofiarodawcy.

3^o Kol. Ż y l i ń s k i podaje spostrzeżenie czynione przez niego w miesiącu wrześniu. Miesiąc ten w roku bieżącym odznaczał się niską temperaturą i owe przedwczesne zimno a także ciągłe deszcze wpłynęły na charakter panujących chorób. Prócz cierpień natury nieżytowej i reumatycznej pojawiały się często gorączki przepuszczające złośliwe, z których dwa spostrzegane wypadki kol. Ż y l i ń s k i komunikuje.

S p o s t r z e ż e n i e p i e r w s z e. Kobieta lat 38, dobrej tuszy, dobrze odżywiona, w połowie września zachorowała, a cierpienie jęj przedstawiało przypadłości właściwe gorączce kataralno-gastrycznej. W początkach choroby skarżyła się na silny ból głowy w okolicy potylicowej, następnie ból ten umiejscawiał się w prawej stronie głowy. Przypadłości gastryczne trwały do dnia ósmego i w tęg porze poraz pierwszy wystąpił ból głowy z lewęg strony czoła, rozpościerający się do powiek lewego oka. Powtarzał on się peryodycznie co trzeci dzień najpierw o godzinie 2 po południu, później o 11, a następnie o 10 z rana. Paroksyzm trwał od dwóch do trzech godzin, w tym czasie powieki kurczyły się tak silnie, że wgniatały prawie w oczodół gałkę oczną i na pierwszy rzut oka znacznie mniejszą ona się wydawała od prawęg gałki. Żrenica była zwężoną, łzawienie obfite, a z lewęg jamy nosowęg wydzielala się znaczna ilość płynu sluzowego, dochodząca do półtory szklanki. Paroksyzm taki nie był poprzedzany dreszczami, ziębieniem i gorączką, nie następowały po nim obfite poty, tak zwykle przy gorączce przepuszczającej. Użycie środków przeciwwimniczych w chwilach wolnych od napadów odniosło požądany skutek—chora została uleczoną. Wychodząc z zasady, że „*curatio naturam morbi ascendit*“ kol. Ż y l i ń s k i uważa wypadek powyższy jako zimnicę maskowaną (*febris intermittens larvata*) z przypadłościami nerwowymi odnoszącemi się do piątęg pary nerwów czaszkowych, a mianowicie nerwu trójdzielnego. Gałęzie oczna i czołowa tegoż nerwu rozdzielające się na nerw łzowy (*lacrymalis*), nadbłoczkowy (*supratrochlearis*), nadoczodołowy (*supraorbitalis*), nosorzęskowy (*nasociliaris*), tudzież nerwy zaopatrujące gruczoł łzowy, spojówkę, skóre zewnętrznego kąta oka, górną powiekę, okolice nadoczodołową i skroniową, a także rozgałęziający się w błonie sluzowęg nosa n. nosorzęskowy dają ostateczne objasnienie anatomicznego umiejscowienia wyż wymienionego cierpienia. Podrażnienie tych nerwów wywoływało, według zdania kol. Ż. spostrzegane objawy chorobne.

S p o s t r z e ż e n i e d r u g i e dotyczy kobiety 45 letniej, u której pojawiał się peryodycznie co trzeci dzień ból zębów nadzwyczaj silny, a ograniczony do lewęg górnęg szczęki, w której dwa tylko zęby pozostały.

Napady nie były poprzedzane żadnemi przypadłościami właściwemi zimnicy, trwały po 12 godzin (od południa do północy), ból gwałtowny przyprowadzał chorą prawie do szaleństwa, wydawała jęki i krzyki. Użycie chloralu i morfiny wewnątrz nie przynosiło ulgi, dla złagodzenia bólu użyto wstrzykiwań podskórnych morfiny. Podanie środka wymiotnego, a następnie siarczanu chininy z siarczanem cinchoniny z wyciągiem tojadu (*extract. aconiti*) usunęło paroksyzmy.

Była więc i tutaj forma zimnicy złośliwęg ukrytęg, mająca siedlisko w nerwie trójdzielnym, a mianowicie w lewęg górnęg gałęzi szczękowej, w nerwie podskórnym lica (n. *zygomaticus*), w nerwie zębowatym górnym, klinopodniebiennym i podoczodołowym.

Opierając się na powyższych wypadkach kol. Ż y l i ń s k i sądzi, że zimnicę od-

*) Patrz pierwsze dwa protokoły z r. 1876/7. w Nr. 4, 5 i 6 1-go półrocza r. b.

nieść należy do cierpień nerwu współczulnego, do chorób układu mózgowo-rdzeniowego dających się uleczyć użyciem w odpowiednim czasie środków przeciwniecznie działających.

4° Dalej kol. Ż y l i ń s k i przedstawia wypadek następujący: W meu wrześniu byłem wezwany do spiesznego przybycia do koszar w mieszkaniu pułkownika zastałem chorą 20 lat liczącą, bonę niemką, skarżącą się na ból głowy, a szczególnie ból lewego oka od rana trwający. Badając chorą znalazłem utratę wzroku prawego oka w skutek przebytego górniaka tylnego (*staphyloma*); *posticum* oko było znacznie wysadzone z oczodołu. W oku lewym w komórce przedniej w płynie wodnym spostrzegłem u dołu ciało obce żółte, eliptycznego kształtu, dotykające przednią częścią tylną stronę rogówki i błony *Descemeta*, tylną zaś przednią ścianą tęczęwki. Była to soczewka (*lens crystallina*), która wypadła do komórki przedniej. Otwór źrenicy przedstawiał się nie okrągły, jak zwykle, lecz z kątowatym wcięciem ku dołowi, tęczęwka była więc ku dołowi naddartą. Nie mając wziernika nie mogłem wnioskować o stanie torebki soczewkowej, czy takowa pozostała czy wypadła razem z soczewką. Uczucie światła chora posiada, a nawet skarży się, że ją razi światło. Zapytana o przyczynę opowiada, że rano nachyliwszy się nad miednicą, skoro głowę do góry podniosła, uczuła silny ból w lewym oku. Opowiada również, iż na podobne wypadnięcie soczewki w lewym oku cierpiała w Tylży, lecz po zapuszczeniu kropli oko się poprawiło.

Zaleciłem wkraplanie atropiny i odesłałem chorą do zakładu oftalmicznego w Warszawie.

Wypadek niniejszy jest więc wypadnięciem soczewki do przedniej komórki oka. Opierając się na powołanie *S i e h e l a i M a c k e n z i e*, oraz biorąc pod uwagę zdanie *S c h a u e n b u r g a* w artykule „*Desmariésche iridorexis*“ przytoczone śmiem twierdzić, że chora musiała podlegać chronicznemu zapaleniu tęczęwki i zrostowi tejże z torebką soczewkową (?), kiedy samo nagłe podniesienie głowy wystarczyło do przedarcia tęczęwki (?) i umożliwiło wypadnięcie soczewki.

5° Kol. J a n i s z e w s k i przedstawia chorego, któremu dokonał wycięcia jądra w obecności kol. *T e t z a*, *J e n t y s a*, *D o w n a r a*, *J a w o r o w s k i e g o* i *D o l i ń s k i e g o*. Podczas operacji po założeniu odgniatacza i przecięciu nim sznurka nasiennego wraz z częściami otaczającymi, zsunęła się założona podwiązka (ligatura), tak że trzeba było założyć haczyki, aby w należytem położeniu utrzymać owe części. Pozostawały one (haczyki) dziesięć dni w ranie. Powierzchnia rany czysta, ziarnina ciemno-czerwona, rokuje szybkie zagojenie i pomyślne zejście operacji. Przedstawia 2-go chłopca jedenastoletniego cierpiącego na *fistulae cruris* lewej nogi. Wedle opowiadania chorego cierpi on od sześciu miesięcy. Kolejną otworzyły mu się trzy dziurki przez które odpływała ropa, następnie skóra niszczyła się bardziej, powstała obszerna rana, obecnie zaś połowa kości piszczelowej widoczna, odkryta, koniec górny oddzielony sterczy po nad raną. Kol. J a n i s z e w s k i zamierza dokonać wypiłowanie kości i podać obszerniejszy opis owego cierpienia.

Przedstawia następnie chłopca z guzem wielkości jabłka na prawej dolnej szczęce. Guz ten jest miękki, przesuwalny, prawdopodobnie jest torbielą (*cysta*) i kwalifikuje się do operacji.

6° Kol. J a n i s z e w s k i podnosi kwestyę leczenia czarnej krosty, tak często między ludem wiejskim przytrafiającej się. Jakkolwiek leczenie miejscowe tej choroby jest zalecone przez instrukcyę urzędową, kol. J a n i s z e w s k i i *D o l i ń s k i* wątpią czy owe wypalania środkami żrącymi rzeczywiście przynoszą tak wielkie korzyści jakie im powszechnie mniemanie i powaga instrukcyi przypisuje. Jeżeli bowiem czarna krostka występowałaby w skutek ukąszenia przez owady przebywające na bydłociu padlem na karbunkuł, lub też gdyby powstała w skutek miejscowego zakażenia na miejscu obnażonem z naskórka, w takim razie wypalanie, niszcząc pewien obręb tkanek nległych procesowi zapalnemu zakaźnej natury, mogłoby zarazem zapobiedz szerzeniu się zarazki. Jeżeli jednakże czarna krostka powstaje w skutek zjedzenia mięsa ze zwierzęcia padłego, jakimże sposobem wytłumaczyć sobie wypalanie miejscowe jako rzecz skuteczną, jeżeli sama czarna krostka jest tylko miejscowym objawem zakażenia ogólnego organizmu? Na poparcie dowodzeń swoich kol. J a n i s z e w s k i przytacza wypadki leczone przez niego w szpitalu, gdzie nie używał wypaleń a zejście było pomyślne.

7° Prezes *K w a ś n i e w s k i* proponuje aby dla wyjaśnienia powstawania czarnej krosty, czy to z zakażenia miejscowego, czy ze zjedzenia mięsa zwierząt zarazyonych

ona powstaje, zebrać odpowiednie wiadomości od lekarzy szpitalnych i powiatowych. Projekt jednomyślnie przyjęto.

8^o Choroby panujące w miesiącu wrześniu: tyfus brzuszny, koklusz, zapalenie łącznicy, gorączki kataralne, szkarlatyna, dławiec, reumatyzm ostry stawów, zapalenia gardła nieżytowe i dyfterytyczne.

Prezes Dr K w a ś n i e w s k i.

Sekretarz G u s t a w D o l i Ń s k i.

Protokół posiedzenia Towarz. lekarzy lubelskich z d. 4 listopada 1876 r.

Prezydujący Dr K w a ś n i e w s k i. Obecni: D o w n a r, J a n i s z e w s k i, J a w o r o w s k i, J e n t y s, C i e c h o Ń s k i, T e t z, S z m i d t, S z y d o c z y Ń s k i, Ż y l i Ń s k i, R o d c e w i e z, O t t o, S e r a f i Ń s k i, Z a g ó r s k i.

1. Odczytano protokół zeszłego posiedzenia.

2. Kol. Ż y l i Ń s k i przypomina o prenumeracie pism lekarskich na rok przyszły 1877.

3. Bibliotekarz kol. J a w o r o w s k i wnosi aby takowe rozsyłać do domów.

4. Prezes K w a ś n i e w s k i wnosi, aby przed rozesłaniem, pisma przez dwa tygodnie pozostawały w czytelnii. Obydwa powyższe wnioski przyjęto.

5. Kol. J e n t y s proponuje, aby prenumerowane dotąd pismo Abeille médicale, jako mało interesu naukowego przedstawiające, przestać trzymać. Wniosek ten, jako niezgodny ze zdaniem większości obecnych członków, nie został uwzględniony.

6. Prezes K w a ś n i e w s k i odczytuje cyrkularz Ministra Spraw Wewnętrznych do Naczelników Gubernii, dotyczący zebrania wiadomości o lekarzach dymisyonowanych lub wolno-praktykujących, jak również o wolnopraktykujących weterynarzach i farmaceutach, którzyby podczas wydarzyć się mogącej wojny zgodzili się pełnić obowiązki lekarzy, aptekarzy lub weterynarzy wojskowych w zamieszkiwanych przez nich miejscowościach, a także o tych, którzyby zechcieli w razie potrzeby nieść pomoc rannym na samym teatrze wojny w rejonie działań wojennych. Okólnik powyższy obejmuje także wskazówki dotyczące wysokości wynagrodzenia wyznaczonego przez władzę za pełnienie wspomnianych obowiązków. Resztę szczegółów opuszczamy, każdemu bowiem z członków Towarzystwa egzemplarz wzmiankowanego okólnika doręczony został.

7. Kol. S z m i d t komunikuje spostrzeżenie dotyczące łożyska poprzedzającego skrajnie przytwierdzonego, krwotoku i rozwiązania przymusowego. Wypadek ten obserwował wraz z kol. J a n i s z e w s k i m i J a w o r o w s k i m. Wezwani d. 18 października o godz. 8 wieczorem do rodzącej M. K., 28 lat wieku liczącej, znaleźli przy bladej twarzy, częstych głębokich westchnieniach, zimnych kończynach i drobnym do 100 uderzeń na minutę dochodzącym pulsie, poród rozpoczęty, położenie dziecka główkowe z poprzedzającym łożyskiem skrajnie przytwierdzone; krwotok przytem dość znaczny. Zważywszy, że ujście macicy nie było jeszcze do statecznie otwarte, postanowiono pozostawić jeszcze przez pewien czas założone już poprzednio przez kol. J a w o r o w s k i e g o zatykadło B r a u n a; nadto przepisano środki trzeźwiące i wino. Zebrawszy się powtórnie za godzinę, znaleziono chorą omdlewającą, głos słaby, kończyny zimne, tętno nikłe i inne objawy ostrej niedokrwistości, przy bólach porodowych przychodzących rzadko i ciąglem śączeniu się krwi obok zatykadła,—przystąpiono więc do przymusowego rozwiązania. W tym celu kol. S z m i d t wprowadził do pochwy macicznej rękę, a wnikając do macicy między dolnym jej odcinkiem a łożyskiem, przeprowadził następnie rękę pomiędzy macicą a błonami płodowemi, doszedłszy zaś do nówek przerwał pęcherz i ujawszy nózki, przeprowadził je przez pochwę a pociągając za dolną część ciała cały tułów wy dobył na zewnątrz. Sznur pępkowy nie tętniał; główka ujęta kureczowem ściąganiem na cal ust macicznych, pomimo pociągania, podprowadzania palca w celu rozszerzenia takowych wydobyta być nie mogła. Korzystając wówczas z odkrytego w znacznej części tyłogłowia, zrobiono w nim otwór i po wypłynięciu znacznej ilości mózgu, zmniejszona w objętości główka wydalona została. Następnie wydobyto odklejone łożysko, założono opaskę na brzuch operowanej i zalecono okładanie dolnej części brzucha lodem, co przez następujące 4 dni bez przerwy uskuteczniano. We 2 godziny po operacji nikłe z początku tętno podniosło się i chora przy pożywniej dyecie i użyciu wzmacniających środków, po krótkiej rekonwalescencji w zupełności odzyskała zdrowie.

8. Kol. D o w n a r, zebrawszy na wyrażone kilkakrotnie przez członków żądane wiadomości dotyczące spektroskopu i analizy spektralnej, komunikuje je kolegom. Treść ich w głównym zarysie następujące: opis samego spektroskopu, opis widma słonecznego z liniami Fraunhofera, sposób badania za pomocą spektroskopu rozmaitych ciał ze szczególnem uwzględnieniem haemoglobiny i haematyny, zastosowanie spektroskopu przy analizie żółci i jej składowych części, szczególnie chromogenów, spostrzeżenia V i e r o r d t'a dotyczące własności spektralnych osocza krwi i moczu; wykrycie za pomocą spektralnej analizy obecności pewnych metali, z których każdy zdradza swoją obecność przez wywołanie w widmie pewnych jaśniejszych pasów świetlnych; nakoniec prawa spektralne wykryte przez P. L e c o c q de B o i s b a n d r a n. Żądnych szczegółowszych wiadomości kolegom odsła kol. D o w n a r do dzieła F r e s e n i u s a p. t. „Anleitung zur qualitativer Analyse“.

9. Kolega S z m i d t przytoczył niektóre wyjątki ze sprawozdania napisanego przezeń „O zjeździe przyrodników w Warszawie w r. b.“. Przeważnie wzmiankował o terapeutycznym zastosowaniu *Natri sulphocarbolici*. Szczegółów nie podajemy, ze sprawozdaniem bowiem powyższem przyrzekł członków Towarzystwa in extenso na przyszłem posiedzeniu oznajomić.

10. Kol. J a n i s z e w s k i odczytuje wyjątek z artykułu w jednym z ostatnich Nrów Kuryera Codziennego, będącego odpowiedzią na potwarcze zarzuty Sowremennoj Medycyny, dotyczący mniemanego niegościnnego przyjęcia przyrodników Słowiańskich w Warszawie podczas ostatniego zjazdu.

11. Choroby panujące w m. Lublinie przez miesiąc październik były przeważnie: nieżyty dróg oddechowych, durzycy, szkarlatyna, dyfterytyczne (błonicowe) zapalenia gardła, nieżyty żołądka i kiszek.

Prezes Dr K w a ś n i e w s k i.

Sekretarz G. D o l i Ń s k i.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— **Taynia.** Roślina ta należąca do rodziny dyniowatych (*Cucurbitaceae*) rośnie w lasach brazylijskich, na piaszczystym gruncie. Korzeń podługowato-kłębowaty tej rośliny, mający gorzki smak, używa się w Brazylii, wedle zapewnienia St. M a r t i n'a, jako leczniczy środek przeciw syfilityczny. Przyrządza się zeń napar lub wyskokowy nastój. (*Répert. de Pharmacie 1876. p. 11*).

— **Kwestye wojenno-sanitarne.** Główny zarząd Towarz. czerw. krzyża zatwierdził rozchód miesięczny na sanitarne potrzeby naddunajskiej armii w Rumunii w ilości 334,906 franków; w tej liczbie 40,824 fran. dla sanitarnego personelu, 73,470 fr. na utrzymanie 11 sanitarnych pociągów i 91,998 na lazarety i szpitale.

— W Sistowie d. 23 września zakończył życie samobójstwem Dr P o s p i e ł o w; zmarł jakoby „w skutek desperacyi iż nie mógł zadość uczynić trudnym obowiązkom“; całe swe mienie zapisał sierotom Pop. w Syberyi.—W Kazi-Kumuchu (Dagiestan) czerkiesi d. 22 października zamordowali Dra P a n f i ł o w i c z a, lek. okręgowego, wraz z naczelnikiem okręgu (pułk. C z e m b a r), lekarskim pomocnikiem i 50 ludzi załogi — Kontuzyowany w bitwie pod Aladzą (15 paźdz.) Dr K u c z y Ń s k i, lekarz gruzyjskiego pułku.

— Mianowany czasowym ordynatorem Ujazdowskiego szpitala (oddziału w Sielcach) Dr Z. D o b i e s z e w s k i, b. redak. „Kliniki“ i „Służby zdrowia publicznego.“

Dr J. T.

P. o. Redaktora odpowiedzialnego Prof. Dr Łuczkiewicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy
Ś-to Krzyżkiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyżka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 21 Ноябрь (3 Декабря) 1877.