

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Rok I. Tom II. Nr. 27 — 50.

REDAKCYĘ GAZETY LEKARSKIEJ SKŁADAJĄ:

- | | |
|---|---|
| Dr. Brodowski, Profes. Anatomii Patologicznej. | Dr. Nawrocki, Prof. Hist. Medycyny. |
| „ Chojnowski, Profes. Patologii specjalnej. | „ Neugebauer, Docent Akuszeryi. |
| „ Girsztowt, Prof. Chirurgii teoretycznej. | „ Piłcicki, Prof. Anatomii praktycznej. |
| „ Hirschfeld, Prof. Anatomii opisowej. | „ Płaskowski, Professor Psychiatrii i Hygieny. |
| „ Le Brun, Prof. Kliniki chirurgicznej. | P. Seiman, Magister Weterynaryi, delegowany do wykładu Epizoocycologii w Wydz. Lek. Szk. Głównej. |
| „ Łuczkiwicz, Prof. patologii ogólnej. | F. Werner, Prof. Farmacyi i Farmakognozyi. |
| „ Mianowski, Prof. Wydziału lekarskiego, Rektor Szkoły Głównej. | Dr. Wistocki, Prof. Medycyny Sądowej i Policji lekarskiej. |
| „ Narkiewicz-Jodko, Doc. Oftalmologii. | |

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr. H. Łuczkiwicz.

WARSZAWA.

W DRUKARNI GAZETY ROLSKIEJ

1867.



www.dlibra.wum.edu.pl

Wolno drukować, pod warunkiem złożenia w Komitecie Cenzury, po wydrukowaniu, prawem przepisanej liczby egzemplarzy.

w Warszawie d. 15 (27) Czerwca 1867 roku.

Cenzor, **Błeszczyński.**

TREŚĆ TOMU DRUGIEGO.

I. Prace oryginalne.

- Aloina i nowy sposób jój otrzymywania. Mag. Farm. A. Orłowski, str. 779.
- Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych. Prof. Brodowski, str. 613, 629.
- Cztery przypadki zapalenia płuc. Prof. Łuczkiwicz, str. 805, 821.
- Gorączka pokrzywkowa. Dr. Chojnowski, str. 757.
- Kamień w pęcherzu; skruszenie takowego; wyzdrowienie. Dr. W. Stankiewicz, str. 425.
- Kilka słów o przyczynach choroby trychinowej u trzody chlewnój. Prof. Seifman, str. 697.
- Metoda analityczna zastosowana do poszukiwania barwików i kwasów żółciowych w moczu. Mag. Farm. A. Orłowski, str. 698.
- Mięsak śluzowy szczęki. Nader liczne nerwiaki wrzekome. Wycięczenie ogólne w wysokim stopniu. Śmierć w skutek niezbyt wielkiego krwotoku po operacji. Prof. Brodowski, str. 453, 469.
- Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej. Br. Taczanowski, str. 522.
- Nowy pogląd na warunki anatomiczne wygięć kręgosłupa. Prof. Hirschfeld, str. 745.
- O nerwach pośredniczących wydzielaniu śliny w śliniance przyusznej. Dr. F. Nawrocki, str. 709.
- O operacyach zaciemka. Dr. Narkiewicza-Jodko, str. 789, 809, 828.
- O przyczynach chorób skórnych w ogólności. Dr. Chojnowski, str. 421, 437.
- O siatkówce. Dr. F. Nawrocki, str. 773.
- O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim, biorącym dzieci ze szpitala Dz. Jezus na wykarminie. Dr. Pawlikowski, str. 441, 475, 490.
- O wścieklicznie u psów. Prof. Seifman, str. 598, 645, 661.
- Pociemnienia ciała szklatego. Dr. Gepner, str. 725.
- Porównanie skieletu kończyn górnych z dolnemi. Prof. Hirschfeld, str. 581.
- Postrzeżenia poczynione w zakładzie pneumatycznym w Warszawie. Dr. Winc. Brodowski, str. 711.
- Rana słuczona głowy; tężec przyranny; działanie rozpylonego eteru i zastrzykiwań podskórnych kurary w tej chorobie. Dr. Wszebor, str. 586.
- Ropień podłopatkowy. Dr. Kwaśnicki, str. 501.
- Rozedma prawej strony twarzy. Dr. Narkiewicz-Jodko, str. 678.
- Rzadki wypadek gruźlicy. Prof. Brodowski, str. 741.
- Torbielak klejowaty prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej; wycięcie jajnika; śmierć. Prof. Girsztowt, str. 485, 503.
- Tłuszczak; wycięcie jego przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego. Lucyan Możliński, Kand. Med., str. 764.
- Trądzik pospolity twarzy. T. Belke, str. 534.
- Wrzód syfilityczny; prosówka syfilityczna. T. Belke, str. 731.
- Wspomnienie z wycieczki do Berlina. Dr. Narkiewicz-Jodko, str. 602.
- Wycięcie całkowite macicy. Prof. Girsztowt, str. 566.
- Wyluszczenie kości udowej ze stawu biodrowego. Prof. Girsztowt, str. 693, 715.

Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej. Prof. Rosé, str. 517.

Zebrańnię się gazu i ropy w jamie opłucnej prawej, spowodowane gruźlicą płuc. Dr. Sommer, str. 617.

Znaczne zwężenie odźwiernika rakiem żołądka spowodowane; śmierć z wyniszczenia. Dr. Wszebor, str. 549.

Zupa Liebig'a dla dzieci, jej przyrządzenie i skuteczność. Dr. Fudałowski, str. 459.

II. K a z u i s t y k a.

Kazuistyka Sądowo-Lekarska. Obłęd podpalania. Zdanie zredagowane p. Dr. L. Grabowskiego, str. 445.

Próchnienie zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu Villat'a; wyzdrowienie. Dr. Witkowski, str. 538.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w Szpitalu Ś. Ducha w Warszawie. Dr. L. A. Neugebauer, str. 556, 570, 634, 653, 679.

Przepuklina śródpachwinowa zaciśnięta. Operacya znacznie opóźniona; wyzdrowienie. Dr. E. Gosławski, str. 430.

Skrzywienie głowy i szyi boczne prawe; podskórne przecięcie m. mostko-obojeżyko-sutkowego; wyzdrowienie. Prof. Girsztowt, str. 540.

Ważniejsze wypadki chirurgiczne, obserwowane w Lublinie. Dr. Śniadkowski, str. 734.

Ze szpitala i o szpitalu. Dr. Wygrzywalski, str. 794.

Zranienie oka odłamkiem żelaza. Dr. Narkiewicz-Jodko, str. 553,

III. K r o n i k a z a g r a n i c z n a.

Badanie rzucające światło na pochodzenie i istotę cholery. Dr. Sommer, str. 594.

Choroba Addisona. Wykład kliniczny Prof. Oppolzer'a w Wiedniu. F. Czajewicz, str. 447, 462.

Do patologii i terapii zgorzeli płuc. Dr. Sommer, str. 702.

Dr. Subotin. O wpływie pokarmu na skład ilościowy mleka. Dr. F. Nawrocki, str. 528.

Dwa tętniaki w przegubie kolanowym prawym i lewym, wyleczone przez zgięcie odpowiedniej kończyny. S. Portner, str. 623.

Empyema u dziecka 11-miesięcznego. Thoracocentesis. Wyzdrowienie. Dr. Witkowski, str. 750.

Erythroxyton Coca. Wł. Roguski, str. 736.

Laryngotomia w skutek nowotworów w krtani. Dr. Witkowski, str. 704.

Leczenie radykalne przepukliny. Dr. W. Stankiewicz, str. 450.

Leczenie ran odkrytych za pomocą szczelnego ich zamknięcia przed przystępem powietrza. Dr. Wszebor, str. 524.

Leczenie ran postrzałowych do stawu kolanowego przenikających. Dr. W. Stankiewicz, str. 464.

Leczenie tętniaka podkolanowego przez wywarcie nacisku metalicznego na tętnicę udową. Dr. W. Stankiewicz, str. 611.

Nastawianie zwichniętych ramieniowych podług Prof. Simon'a. Dr. Tabaczyński, str. 703.

O chorobach trzustki. Dr. Tabaczyński, str. 609.

Oftalmologiczne spostrzeżenia na chorych cholerycznych. Dr. Narkiewicz-Jodko, str. 482.

O nagromadzeniu się pyłu węgla w płucach u robotników pracujących w kopalniach węgla kamiennego. Dr. Sommer, str. 543.

O rozszerzeniu tętnic w skutek drażnienia nerwów. Dr. F. Nawrocki, str. 591, 607.

O rozszerzeniu żołądka podług Oppolzer'a. Dr. Tabaczyński, str. 752,

- O wydzieleniu kwasu węglanego i przyjmowaniu kwasorodu przez człowieka we dnie i w nocy, t. j. podczas czuwania i snu. Dr. F. Nawrocki, str. 513.
- O zastosowaniu galwanokaustyki chemicznej. Dr. Kwaśnicki, str. 434.
- O zastosowaniu oftalmoskopu do rozpoznania chorób systemu nerwowego. Br. Taczanowski, str. 492, 508.
- Postrzeżenia kliniczne Dra Mierzejewskiego nad zmianą materji przy Manii. Br. Taczanowski, str. 665.
- Przegląd literatury chirurgicznej angielskiej. Dr. W. Stankiewicz, str. 573.
- Przyczynek do anatomii patologicznej płuc i kiszek przy białaczce. S. Portner, str. 511.
- Przyczynek do nauki o gruźlicy. Prof. Łuczkiwicz, str. 770, 781.
- Przyczynek do nauki o samodzielném rozlaném zapaleniu szpiku kostnego. Dr. Witkowski, str. 481, 497, 530, 560.
- Resekcyja klinowa stawu kolanowego z powodu kąowego zrośnięcia stawu. Dr. Witkowski, str. 624.
- Tętniak aorty. Dr. Witkowski, str. 432.
- Uleczenie dwóch wypadków tężca przyrannego za pomocą bobu z Kalabaru. Dr. W. Stankiewicz, str. 684.
- Uleczenie tętniaka tętnicy bezimiennnej przez jednoczesne podwiązanie t. podobojczykowej i t. szyjowej. Dr. W. Stankiewicz, str. 700.
- Uranoplastyka. Dr. Tabaczyński, str. 797.
- Wielka narośl osadzona na lewej stronie głosowej, utrata głosu przez lat sześć, powrót takowe po wyrwaniu narośli, str. 452.
- Wrzód dziurawiący stopy. Dr. Kwaśnicki, str. 495.
- Wyleczenie bezgłosu za pomocą przecięcia tohawicy. Dr. Tabaczyński, str. 721.
- Wyłuszczenie całkowite obojczyka z pomyślnym skutkiem. S. Portner, str. 624.
- Zwichnienie w stawie kolanowym. Dr. Witkowski, str. 432.

IV. Wiadomości bieżące.

- Wiadomości bieżące, str. 435, 484, 500, 515, 532, 563, 580, 596, 612, 628, 643, 658, 675, 691, 708, 723, 739, 756, 771, 784, 837.
-

V. Część statystyczna.

- Sprawozdanie miesięczne z urodzeń i śmiertelności w Warszawie za m. Grudzień 1866 r. Prof. Wisłocki, str. 626.
- Sprawozdanie za m. Styczeń 1867 r., str. 689.
- „ „ Luty „ str. 721.
- „ „ Marzec „ str. 754.
- „ „ Kwiecień „ str. 818.
- Sprawozdanie z ruchu chorych oddziału ocznego Szpitala Starozakonnych w Warszawie za rok 1866. Dr. Narkiewicz Jodko, str. 673.
- Sprawozdania z ruchu chorych w Szpitalach Warszawskich, str. 435, 452, 468, 483, 515, 548, 563, 579, 596, 612, 628, 643, 658, 675, 691, 722, 738, 756, 783, 801, 820, 837.

VI. K r y t y k a.

Krytyka, str. 465.

VII. K o r r e s p o n d e n c y a.

O pylephlebitis obserwowanej przez Prof. Rosé i opisanej w Nrze 33 Gazety Lekarskiej.
S. Markiewicz, str. 640.

Przedmioty lekarskie i naukowe na tegoroczną wystawę paryską z Krakowa wyslane. Dr. Zieleniewski, str. 705.

Korrespondencya. Dr. Wilczyński, str. 802.

Korrespondencya. Dr. Struve, str. 816.

VIII. SPIS AUTORÓW,

których prace zamieszczone są w II Tomie Gazety Lekarskiej.

- | | |
|---|---|
| 1. F. Belke, str. 533, 731. | 19. Mag. Farm. Orłowski, str. 698, 779. |
| 2. Dr. Brodowski Wincenty, str. 711. | 20. Dr. Pawlikowski, str. 441, 475, 490. |
| 3. „ Brodowski Włodzimierz, str. 454,
469, 613, 629, 741. | 21. S. Portner, str. 511, 623. |
| 4. „ Chojnowski, str. 421, 437, 757. | 22. W. Roguski, str. 736. |
| 5. F. Czajewicz, str. 447, 462. | 23. Dr. Rosé, str. 517. |
| 6. Dr. Fudakowski, str. 459. | 24. „ Rosenthal, str. 643. |
| 7. „ Gepner, str. 725. | 25. Pr. Seifman, str. 597, 645, 661, 697. |
| 8. „ Girsztowt, str. 485, 503, 540, 565,
693, 715. | 26. Dr. Śniadkowski, str. 734. |
| 9. „ Gosławski, str. 430. | 27. „ Sommer, s. 543, 594, 617, 657, 702. |
| 10. „ Grabowski, str. 445. | 28. „ W. Stankiewicz, str. 425, 450, 464,
573, 611, 684, 700. |
| 11. „ Hirschfeld, str. 581, 745. | 29. „ Tabaczyński, str. 609, 703, 720,
752, 797. |
| 12. „ Kwaśnicki, str. 434, 495, 501. | 30. Br. Taczanowski, str. 492, 508, 522,
665. |
| 13. „ Łuczkievicz, str. 770, 781, 805, 821. | 31. Dr. Marczyński, str. 802. |
| 14. S. Markiewicz, str. 640. | 32. „ Wislocki, str. 626, 689, 721, 754,
818. |
| 15. L. Możdżyński, str. 764. | 33. „ Witkowski, str. 432, 481, 497, 530,
538, 560, 624, 704, 750. |
| 16. Dr. Narkiewicz-Jodko, str. 482, 553,
602, 673, 677, 790, 809, 828. | 34. „ Wszebor, str. 524, 550, 586. |
| 17. „ Nawrocki, str. 513, 528, 591, 607,
709, 773. | 35. „ Wyrzywałski, str. 794. |
| 18. „ Neugebauer, str. 536, 570, 634,
653, 679. | 36. „ Zieleniewski, str. 705. |
-

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
półrocznie „ 2 „ 50
„ „ kwartalu „ 1 „ 25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
rocznie . . . Rts. 6.
„ „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ: O przyczynach chorób skóry w ogólności. Lekcja Dra Chojnowskiego. — Kamień w pęcherzu: skręcenie; wyzdrowienie. Dr. Stankiewicz. — Kazuistyka Przepuklina śród pachwinowa zaciśnięta Dr. Goskowski. — Tętniak aorty. Zwichnięcie w stawie łokciowym. Dr. Witkowski. — Kronika zagraniczna O zastosowaniu galwanokaustyki chemicznej. Dr. Awaśnicki. — Część statystyczna. — wiadomości bieżące.

O przyczynach chorób skórnych w ogólności.

Lekcja Docenta Dr. Chojnowskiego w dniu 20 listopada 1866 miana

P a n o w i e !

Zbadanie przyczyn chorób stanowi niezmiernie ważne i trudne do rozwiązania zadanie. Jest ono ważnym, bo na nióm najbezpieczniej może być opartą racjonalną kuracyą, bo dość bywa częstokroć usunąć przyczynę choroby, aby się jęj pozbyć na zawsze.

Każde ważniejsze odkrycie w tym kierunku ma nadzwyczajnie wielkiej wagi wpływ na terapią. Na dowód tego przytoczymy fakt jeden z dziedziny Dermatologii, mianowicie terapia swierzba (*scabies*) od czasu dokładnego poznania przyczyny téj choroby, zrobiła znakomity postęp, dosięgła racjonalności, którą niewiele skórnych chorób pochwalić się może.

Zadanie to jest jednak i trudnym. Dowód najlepszy przedstawia nam historia Dermatologii, z której ten wniosek wyciągnąć musimy, iż pod względem Etiologii, posunęła się ta nauka nadzwyczajnie mało, pomimo usiłowań, olbrzymiej pracy i tylolicznych spostrzeżeń najgieniałniejszych ludzi.

Dwadzieścia kilka wieków minęło już od czasu jak H i p p o k r a t e s wyrzekł, iż choroby skóry winny być uważane raz jako samoistne, samodzielne choroby tego organu, drugi raz zaś jako cząstka ogólnego chorobliwego processu całego organizmu obejmującego, którego produkt wydzielony na skórę one reprezentują¹⁾ — a i dziś aforyzm ten powtarzany jest niemal przez wszystkich autorów,

¹⁾ „Impetigines et leprae albicantesque vitiligines, si juvenibus quidem aut pueris horum aliquid contingat, aut sensim se prodens, diuturnitate temporis augetur: in iis quidem cae pustulae abscessus esse minime existimandae sunt, sed morbi. A quibus ex his aliquid subito multumque contingit, id certi abscessus dici possit. Oriuntur autem albicantes vitiligines ex maxime quidem lethali morbis“ Hippocratis Op., interprete Foesio Lib. II, pag 114.

z tą chyba różnicą, iż jedni wierzą bardziej w pierwszą część tego twierdzenia, gdy drudzy hołdują drugiej jego połowie, t. j. w chorobach skóry widzą tylko symptom choroby wewnętrznej.

Dla dokładnego poznania stanu w jakim się znajduje etiologia naszej nauki, należy przedewszystkiem zdać sobie sprawę z tego, czego mamy prawo od niej wymagać?

Etiologia powinna najprzód wykazać, jakie są czynniki, szkodliwe na skórę działające, a potem powinna wytłumaczyć, w jaki sposób momenta te etiologiczne wywołują chorobliwe zmiany w skórze. Ideałem więc naszym pod tym względem byłoby wykrycie krok za krokiem całego procesu rozwijania się choroby, wykazanie całego szeregu zmian, dokonywających się pod wpływem nieprzyjaznych okoliczności, tak iżbyśmy zupełnie i dokładnie pojowali, dla czego ta przyczyna, lub te przyczyny sprowadzają tę, a nie inną chorobę skóry. Niestety w dzisiejszym stanie nauki ani myśleć jeszcze nie można o takiem stanowisku etiologii. Nawet w chorobie, której przyczynę dziś lepiej od innych znamy, w świerzbie, wiele jeszcze pośrednich ogniw zostaje dla nas tajemnicą; tak np. nie wiemy na pewno, czy niektóre objawy na skórze, są spowodowane drapaniem, w skutek swędzenia, towarzyszącego stale téj chorobie (*Hebra*), czy téż tworzą się one bezpośrednio od drażnienia skóry pasożytem świerzbowym (*acarus scabiei*), albo nawet od jadowitego płynu, który jakoby to zwierzątko wydziela (B o u r g u i g n o n)? Cóż dopiero mówić o zagadkowym związku istniejącym między chorobami niektórymi skórnymi (*acne, eczema*), a cierpieniami lub nawet fizyologicznymi czynnościami organów płciowych kobiet? Jakaż odpowiedź możemy dać temu, ktoby poprosił nas o wytłumaczenie sposobu, w jaki powstaje pokrzywkowa wysypka (*urticaria*) na skórze niektórych ludzi po zjedzeniu ostrygów lub raków i t. p.?

Widzimy z tych kilku przykładów, jak dalecy jesteśmy od osiągnięcia naszego ideału, kiedy pytania podobne nie mogą być rozstrzygnięte. Ale czyż może być inaczej, kiedy dotąd nie mamy pewnych wiadomości co do działania szkodliwego lub nieszkodliwego niektórych czynników w chorobach skóry, kiedy niezależnie wiemy na pewno, czy to lub owo ciało, czy ta lub owa okoliczność, zdolną jest wywołać pewną chorobę skóry? Weźmijmy np. łuszczycę (*psoriasis*). Gdy jedni lekarze (R a y e r, H a r d y i inni) na zasadzie swoich spostrzeżeń i obserwacji swoich poprzedników utrzymują, iż chorobę tę przy pewnym usposobieniu organizmu, mogą wywołać pokarmy mięsne w zbytku używane, napoje alkoholiczne, wzruszenia umysłowe i t. d., H e b r a na podstawie swoich niemniej wielolicznych spostrzeżeń, odrzuca zupełnie wpływ tych czynników na rozwój wymienionj choroby.

A jednak są to elementarne tylko wiadomości z etiologii, i na pierwszy rzut oka, spostrzeżenie łatwo powinny odkryć prawdziwy stosunek rzeczy. Tak jednak nie jest; a zastanowienie się nad sposobem zapatrywania się dermatologów na przyczyny chorób skórnych pokaże nam, jak trudne są tego rodzaju kwestye, przekona nas, iż w tém abecadle nawet etiologii, że się tak wyrazimy, nie wszystkie litery są dla nas zarówno dostępne, zarówno czytelne, zarówno znane.

Dwojaki kierunek daje się obserwować w społecznej etiologii naszej nauki, tak iż można podzielić dermatologów na dwa obozy: rutynistów i skeptyków.

Rutyniści, do których zaliczyć się dadzą wszyscy prawie nowocześni i wszyscy dawniejsi dermatologowie, są tём w etiologii, czём empirycy w terapii. Zbierają oni skrzętnie spostrzeżenia, lecz droga, którą postępują, nie zawsze prowadzi do pewnych rezultatów. Polegając zbyt często na słowie pacjenta, zapytanego o przyczynę choroby, przyjmują oni częstokroć bez krytyki i podają za pewniki, wszystkie niemal domysły chorego, który pomimo najszczerzej swojej chęci, nędzy prawie nie może udzielić zaspakajającej pod tym względem wiadomości. Z jednej strony stan umysłu, zbyt często niestety, na niskim stopniu rozwoju znajdujący się i przesądami, wyobrażeniami swego wieku, swego otoczenia przesiąkły; z drugiej strony lekceważenie, niezważanie na sposób swego życia i pierwsze przypadłości choroby, wśród zwykłych trosk życia, starań i zabiegów o chleb powszedni; nakoniec powolne, nieznaczne działanie szkodliwych niektórych czynników, których wpływ uchodzi uwagi; wszystko to razem sprawia, iż przypuszczenie chorego o przyczynie jego choroby okazuje się zawsze prawie całkiem mylném, lub nieuzasadnioném. Nie chcemy tu powiedzieć, iżby wszelkie wyznania chorego nie miały żadnej wartości; przeciwnie mogą one i powinny służyć za punkt wyjścia następnych badań, ale winny być rozpatrzone z największą oględnością i ścisłą krytyką pod tym względem, o ile polegają na pewnych twierdzeniach i dowodach, o ile są prawdopodobne w obec zasad nauki, o ile są zgodne z inymi spostrzeżeniami podobnego rodzaju, i o ile okoliczności inne towarzyszące, samo następstwo zjawisk i symptomów usprawiedliwiają pierwotne przypuszczenie. Te kriterja nie zostały dostatecznie uwzględnione przez rutynistów. Chcąc w każdym danym przypadku wynaleść koniecznie przyczynę choroby skórnej i nie chcąc się przyznać do niewiadomości, z pośpiechem chwytają oni i sankcjonują swoją powagą każde chociażby najmniej uzasadnione przypuszczenie, wypowiedziane przez chorego: „*Post hoc ergo propter hoc*“ jest ich maksymą nie tylko w terapii, ale i w etiologii. Przy takim sposobie postępowania, etiologia niejednej choroby skórnej została przepełnioną uwagami fałszywymi, lub niedowiedzionymi, które jednak uchodziły za prawdziwe. W ten sposób tylko można sobie objaśnić, iż jedni autorowie podają pewne przyczyny choroby jakiegokolwiek skórnej, a drudzy — wręcz przeciwne. Skutkiem takiego postępowania także wyszło, iż przy każdej prawie chorobie skóry wspomnieni autorowie wyliczają wciąż prawie jednakowe przyczyny: solone, ostre i korzenne przyprawy, słone pokarmy, śledzie i szynka, kawa i wino lub wódka, w ogólności nieumiarkowanie w jedzeniu i napojach, następnie lenistwo, a także wręcz temu przeciwne: nędza, brak pożywienia, wytężona praca, nocne czuwanie i t. d. Takie rezultaty tego sposobu już obudzają słuszne niedowierzanie, wywołują sceptycyzm, który się okazuje jako niezbędna reakcja przeciwko zbyt często łatwowierności i lekko-myślności rutynistów. Pierwój jednakże nim przejdziemy do rozpatrzenia sposobu zapatrywania się skeptyków, musimy jeszcze zastanowić się nad pewnym odzieniem metody rutynistów, który się najmocniej rozwinął i wybujał w systemie

V e i e l'a. Autor ten ¹⁾ dosyć rozgłośny jako szczęśliwy w leczeniu chorób skórnych praktyk, wyszedł z założenia, iż niektóre choroby skórne są skutkiem chorób całego organizmu, polegających na pewnych niedość dobrze poznanych zбочeniach w składzie samej krwi, jedném słowem na zakażeniu (*dyscrasia*). Założenie to tak jest słuszném, jak i to, iż niektóre choroby skóry pochodzą z rodziców na dzieci, np. *psoriasis*, *ichthyasis*, są zatem dziedzicznymi. Zastosowanie tylko tych prawd, ściągających się do niewielu chorób, i rozszerzenie tych pojęć na całą dermatologię nie może być uważane za szczęśliwy pomysł V e i e l'a. W zapale swoich badań doszedł on do rezultatu, iż niemal wszystkie choroby skóry są dziedzicznymi, gdyż jeżeli nie tę samą chorobę miał ojciec lub matka lub praojcowie, to mieli suchoty, albo hemoroidy, albo artrytyzm, albo reumatyzm (!) i t. d. Łatwo zrozumieć, jak idea dziedziczności i zakażenia jest tu przekształconą i doprowadzoną do ostatecznych granic. Zbijając te sofizmata byłoby całkiem zbyteczném; zauważymy więc tylko, że w ten sposób postępując, nie masz prawie choroby, czyto zewnętrznej, czy wewnętrznej, któraby się nie okazała dziedziczną, gdyż mało nadzwyczaj ludzi umiera naturalną śmiercią, a i ci przedtém mogli mieć jedno z tych zakażeń, które V e i e l zalicza dorzędu sprawdzających chorobę skóry u potomków.

A jednak i te przewrotne idee, oparte były na spostrzeżeniu, i to na spostrzeżeniu bardzo mozolném i pracowitém! Jednostronność zapatrywania się i fałszywa podstawa zakaźnego pochodzenia wszelkich chorób i pokrewieństwa najrozmaitszych zakażeń, odejmują im wartość. V e i e l okazał się tu także rutynistą, bo także zostawiał bez krytyki przypadki obserwowanych chorób skórnych z chorobami przodków, których, dodajmy, nie mógł sam prawie nigdy spostrzeżać i których dyagnostyka oparta na opowiadaniu pacjentów, jest bardzo wątpliwą.

Inaczej postępują skeptycy, t. j. H e b r a ze swymi uczniami i zwolennikami. Odrzucają oni to wszystko, co nie jest oparte na dowodach pewnych, podstawach uzasadnionych, czego nie można wykazać za pomocą statystycznych obliczeń. Nie należy jednak sądzić, iż zrobili oni *tabulam rasam* z całej dotychczasowej etiologii. Pomimo błędnej metody, jaką się posługiwali rutyniści, badawczy umysł niektórych z nich zdołał częstokroć wykryć prawdziwy stosunek i zależność skutku od przyczyny, niekiedy zaś stosunek ten, tak był oczywistym i rążącym, iż z łatwością był zauważony. Ztąd nagromadziły się fakta, wprawdzie nieliczne, ale pewne, trwałe, które wytrzymały krytykę skeptyków. Takie fakta pozostaną na zawsze w nauce, jako niewzruszone podwaliny gmachu etiologii i koło nich z czasem będą się gruppować nowe na tém polu nabytki. Widzimy więc, iż skeptycy nie odrzucają wszystkiego absolutnie, starają się tylko odróżnić

¹⁾ Patrz jego: *Mittheilungen über die Behandlung der chron. Hautkrankheiten in der Heilanstalt für Flechtenkranke in Canstatt*, 1862, a także inne sprawozdania z kliniki i artykuły w tygodniku *Caspra* (Casper) w r. 1839, 41, 42 i 45.

to, co jest pewnego, od tego, co ulega zaprzeczeniu. Przekonamy się, mówiąc o przyczynach każdej w szczególności choroby skóry, iż faktów pewnych w Etiologii nadzwyczaj mało mamy, gdy przypuszczeń niedowiedzionych bardzo wiele. Nie należy sądzić, iż sprawa tych ostatnich zupełnie upadła: przeciwnie być bardzo może, iż z czasem przybędą nowe przekonywające postrzeżenia, które wykażą lepiej jak dotąd, wpływ pewnych czynników na powstanie chorób skóry. Widzieliśmy że sceptycyzm jest reakcją; a każda reakcja wpada łatwo w drugą ostateczność. O wielu domniemanych przyczynach można tylko to powiedzieć, iż wpływ ich jest jeszcze niedowiedziony, ale nie można stanowczo odrzucić i potępić nazawsze na zasadzie jednego tylko rezonowania, iż inne osoby wystawione są na działanie tego samego czynnika, a pomimo to pewnej choroby skóry nie mają. Przykład tę myśl lepiej objaśni. H e b r a zaprzecza, iżby nieczyste utrzymanie ciała, mogło grać jaką rolę w etiologii psoriazy, na tej zasadzie, że bardzo wiele jest osób, które nie troszczą się wcale o czystość swęj skóry, pokrytej wciąż warstwą brudu, pyłu, węgla ziemnego lub metalicznego, a pomimo to psoriazy nie dostają. Takie dowodzenie nie rozstrzyga dostatecznie kwestyi, gdyż many analogiczne fakta, w których związek etiologiczny nie ulega wątpliwości. Wieleż to osób zajada ostrygi, raki lub truskawki, bez żadnych chorobliwych następstw, a pomimo to są niektóre osoby, które od tych samych pokarmów dostają wysypki pokrzywkowej (*urticaria*). Sam H e b r a przekonany jest o wpływie zбочzeń w sferze organów płciowych kobiety na niektóre skórne choroby, jak A c n e, E c z e m a i t. d. Czyż fakt ten będziemy podawać w wątpliwość dla tego, że wiele jest kobiet, mających najróżnorodniejsze i ciężkie choroby organów płciowych bez współczesnej egzystencji jakiegokolwiek wysypki?

Z drugiej strony, pewnym jest, iż łuszczycy dostają czasem osoby, wielkie staranie o czystość swego ciała mające. Fakt ten nie obala także przypuszczenia o wpływie brudu na utworzenie się choroby przy pewnych warunkach. Dowodzi to tylko, iż nieczyste utrzymanie skóry nie jest jedyną wyłączną przyczyną psoriazy, tak samo jak wysypka pokrzywkowa może się ukazać u ludzi, bardzo umiarkowane, dyetetyczne życie zachowujących.

Widzimy więc niemożebność rozwiązania jedynie drogą rozumowania kwestyj, które powinna rozstrzygnąć obserwacya, oświecona światłem krytyki i oparta na pewnych i niewzruszonych podstawach wiedzy, zdobytych postępem.

(Dokoncz. nast.)

Kamień w pęcherzu; skruszenie takowego; wyzdrowienie.

Obserwacya Dra. Wł. Stankiewicza.

Pan W. G., urzędnik, mający 66 lat, silnie zbudowany i dobrej tuszy, cieszył się zawsze kwitnącym stanem zdrowia i o ile pamięta, nigdy nie był dotknięty żadną chorobą dróg moczowych. Dopiero od 3ch lub 4ch miesięcy dokucać mu zaczęła potrzeba częstszego niż zwykle oddawania moczu, która poprzedzana była uczuciem przykrego parcia w okolicy pęcherza, tudzież niemiętym swędzeniem w otworze cewki moczowej. Chory zmuszony był wstawać kilkakrotnie

w nocy dla wypuszczenia moczu, nieraz w małej tylko ilości zebranego; wszelki ruch i chodzenie wywierały jeszcze większy wpływ na częstość urynowania, przyczem parcie było niekiedy tak naglące, iż chory zmuszony był natychmiast potrzebę swą zaspokoić. Ilość oddawanego moczu zwykle była nie wielką, czasem tylko kilkanaście kropel; najczęściej przy wypuszczaniu ostatnich kropel chory doznawał bardzo przykrego bólu, który w pewnych razach przybierał charakter nieznosnego palenia, w głębi kanału mającego swe siedlisko. Mocz wychodzący raz grubszym, raz cieńszym, lecz zawsze słabym strumieniem był nieco mętnawy; parę razy zabarwiony był krwią lekko czerwono, lecz taki stan nie trwał dłużej nad parę dni; zostawiony w spokojności opuszczał obfity osad biało żółtawy, wydając mocną i przykrą woń amoniakalną. Pominąwszy wyliczone tu objawy, które od czasu do czasu znacznemu ulegały złagodzeniu, stan ogólny chorego był jak najlepszy; apetyt dobry, trawicnie należyte a siły fizyczne pomimo późnego wieku w zadziwiającym stopniu zachowane.

Dla dokładnego zbadania stanu narzędzi moczowych, wprowadziłem d. 27 czerwca 1866 r. do pęcherza zawierającego nieco moczu, zwyczajny cewnik srebrny. Wprowadzenie narzędzia odbyło się z łatwością i bez wielkiej przykrości dla pacjenta; zaraz po wejściu do pęcherza uczułem przesunięcie się narzędzia po ciele twardém i chropowatém, które odszukane na dnie pęcherza i lekko uderzane cewnikiem wydawało wyraźny szczęk, jaki powstaje przy spotkaniu się metalu z kamieniem; odgłos ten był nawet wyraźnie słyszany przez osobę siedzącą tuż przy chorym. Wyśledziwszy tym sposobem obecność kamienia w pęcherzu będącego źródłem cierpień chorego, pozostawało mi dla wyboru najwłaściwszego sposobu leczenia poznać ile możności dokładnie warunki tak samego kamienia dotyczące, jak narządu służącego mu za siedlisko, tudzież wpływ jaki wprowadzanie narzędzi do pęcherza miejscowo i na cały organizm wywiera.

Co do samego kamienia, ten poruszał się wolno w pęcherzu; twardość jego musiała być znaczną, wnioskując po odgłosie jaki wydawał przy uderzaniu cewnikiem; brak większych kryształków lub odłamków w moczu potwierdzał te przypuszczenia, przemawiając zarazem przeciw kruchłości kamienia, a rozbiór chemiczny wykazał, iż osad moczu złożony jest w przeważnej ilości z moczanów i czystego kwasu moczowego. O wielkości kamienia trudno było coś pewnego wyrzec przed jego uchwyceniem; biorąc atoli na uwagę nie zbyt dawne wystąpienie objawów choroby, mierne stosunkowo ich natężenie i bardzo dobry stan ogólny, można było wnioskować w przybliżeniu o średniej jego wielkości.

Stan dróg moczowych był wcale zadawalający; cewka moczowa obszerna w całym swym przebiegu, dozwalała z łatwością przejścia do pęcherza zgłębnikom metalowym mającym 8 millim. średnicy; w części prostatycznej niebyło żadnego zwężenia ani zastawki utrudniającej wejście do pęcherza; sam zaś pęcherz, chociaż w znacznym stopniu kurczliwy, dozwalał przy niewielkiej ilości moczu, wykonania dość swobodnych ruchów wprowadzonemu doń zgłębnikowi. Pomimo dość obfitego osadu śluzowego w moczu, dowodzącego obecności kataru błony

śluzowej pęcherza, organ ten nie stracił nic ze swęj sily, a stan ogólny chorego, jak powiedzieliśmy wyżej, nie doznał ztąd żadnego szkodliwego wpływu.

Co do oddziaływania dróg moczowych i całego organizmu na czynność operacyjną przekonałem się, iż po wprowadzeniu do pęcherza i zostawieniu w nim grubszego cewnika przez 5—10 minut, chory czuł pod koniec przykre palenie, które jednak po krótkim czasie przeminęło nie sprawiwszy choremu żadnej przypadłości miejscowej lub ogólnej. Dla większego upewnienia się w tym względzie, a zarazem przysposobienia dróg moczowych do działań operacyjnych, wprowadzałem co drugi dzień do pęcherza zgłębniki cynowe Béniquié, coraz większej średnicy i przedłużałem czas ich pobytu w pęcherzu o 5 minut za każdym razem. Chory nie zawsze mógł utrzymać narzędzie przez czas wskazany w pęcherzu, albowiem kurczenie się tegoż zmuszało go do wydobycia zgłębnika; parę razy odeszło kilka kropli krwi z moczem, ale oprócz prędko przemijającego bólu nie występowały żadne inne przypadłości miejscowe lub ogólne, jak dreszcz lub gorączka. Chory przeciwnie miał się jak najlepiej, ani na chwilę nie stracił zwykłego apetytu i zaraz po wyjęciu narzędzia oddawał się swym zajęciom.

Badanie powyższe wykazało mi, iż mam do czynienia z kamieniem ruchomym, twardym i prawdopodobnie średniej wielkości; że drogi moczowe znajdują się w zdrowym stanie i nie stawiają żadnej przeszkody swobodnemu działaniu przyrządów; że nareszcie działanie wstępne operacyjne nie wywołało ze strony organizmu żadnego oddziaływania, mogącego być niebezpiecznym dla stanu ogólnego. W obec tych danych stanowiących najgłówniejsze wskazania do pomyślnego wykonania operacji przez skruszenie kamienia (Lithotripsia), nie wahałem się przedstawić jej konieczność choremu, a po przyzwoleniu tegoż, przystąpić do bezzwłocznego jej uskutecznienia.

Dnia 12 lipca przedsięwziąłem pierwsze kruszenie. Chory ułożony został na stole na wznak mając podniesioną miednicę za pomocą wałka z kołdry, nogi zgięte lekko w kolanach i na bok rozłożone. Ponieważ chory od 1/2 godziny nie wypuszczał moczu, postanowiłem działać bez nastrzykiwania wody do pęcherza. Wprowadzenie średniego przyrządu kruszącego (Lithotripton) do pęcherza, odbyło się bez żadnej trudności; po kilku obrotach znalazłem kamień, lecz po rozsunięciu odnóg narzędzia powstało tak silne kurczenie się pęcherza, iż w jednej chwili cała ilość moczu w nim zawarta wydaloną została obok przyrządu na zewnątrz. Utrudnione skutkiem tego działanie i dotkliwy ból jaki choremu dokuczać zaczął, skłoniły mnie do odłożenia dalszych usiłowań na raz przyszły. Tak przy téj jak i przy następnych operacjach przytomnym był kolega W s z e b ó r, udzielając mi z uprzejmością światłej swęj pomocy. Po operacji chory czuł przykre parcie połączone z częstszym i bolesnym oddawaniem moczu przez parę godzin, i mocz odchodzący tegoż dnia był lekko zakrwawiony. Po wzięciu kąpie-li ciepłej, objawy te prawie zupełnie ustąpiły; chory pozostał w łóżku do dnia następnego, spał w nocy dobrze i nie miał wcale gorączki. Przez dni następne czuł się zupełnie dobrze.

17 lipca, po nastrzykaniu wody do pęcherza, ponowiłem usiłowanie kruszenia, które dla tych samych przyczyn co przy pierwszym posiedzeniu, pozostało bez skutku. Widząc, iż tak gwałtowne kurczenie się pęcherza wraz z bólem są główną przyczyną udaremniającą działanie operacyjne, postanowiłem po narażeniu się z kolegą Wszcbo rem, usunąć takowe na przyszłym posiedzeniu przez uspienie chorego chloroformem. Tymczasem zaleciłem kąpiel, pozostanie tegoż dnia w łóżku i dyteę. Oprócz lekkiego parcia i częstszego oddawania moczu, które trwały parę godzin po operacji, żadne inne przypadłości miejsca nie miały.

21 lipca, po uspieniu chorego i nastrzykaniu pęcherza, kamień został uchwycony, lecz przy pokręcaniu śruby, celem zbliżenia odnóg narzędzia napotkałem tak silny opór ze strony kamienia, iż obawa pęknięcia narzędzia zniewoliła mnie do zaniechania dalszych prób kruszenia tymże przyrządem. Z oddalenia odnóg przyrządu pokazało się, iż średnica kamienia, wynosiła w tym kierunku $3\frac{1}{2}$ centymetra. Nie mając przy sobie najgrubszego przyrządu kruszącego, zmuszony byłem odłożyć ostateczne skruszenie do następnego posiedzenia. Chory prędko wrócił do przytomności i podobnie jak poprzednio, nie miał żadnych przypadłości niebezpiecznych.

25 lipca, chory znowu został uspiiony; po wprowadzeniu najgrubszego przyrządu i uchwyceniu kamienia w krótszym jego wymiarze (bo niezupełne 3 ctm.) zdołałem skruszyć takowy, lecz dopiero po wywarciu znacznej siły dla obrócenia śruby narzędzia; poczem pokruszone zostały kilkakrotnie grubsze odłamki. Kruszeniu towarzyszył głośny trzask słyszany przez wszystkie osoby otaczające chorego, w ręku zaś zamiast uczucia lekkiego i równego drgania, jakie jest zwykłym przy kruszeniu miększych, drobno-ziarnistych kamieni, czułem jakby pękanie twardego ciała na cząstki grubo krystaliczne. Po wyjęciu narzędzia, znalazłem w odnodze żeńskiej liczne, bardzo twarde odłamki, z ostrymi po większej części krawędziami, barwy żółto-czerwonawej. W wypuszczonym zaraz moczu znajdowały się liczne, drobne odłamki, tej samej barwy i twardości. Choremu zaleciłem kąpiel, pozostanie w łóżku i za napój wodę selcerską.

Nazajutrz stan ogólny chorego bardzo dobry; noc przepędził jak najlepiej, rano wstał i oddał się zwykłym zatrudnieniom. Oddawanie moczu po operacji było dość częste i przykrzejsze niż zwykle z powodu wychodzących odłamków kamienia, które w ogóle są drobne, twarde i kończaste. Śluz gęsty, ciągnący się, szybko opada po oddaniu moczu, tworząc warstwę żółtawo-szarą znacznej grubości. Przez następne trzy dni pacjent znajduje się w dobrym stanie, oddaje mocz niezbyt często z mniejszą ilością odłamków, które pomimo znacznej swój objętości, łatwo przebywają cewkę moczową, nie sprawiając choremu wielkiej przykrości.

29 lipca miało miejsce dalsze kruszenie bez usypiania chorego. Po nastrzyknięciu pęcherza, pozostałe odłamki wielokrotnie zostały skruszone. Niektóre z nich miały od $1-1\frac{1}{2}$ centim. średnicy i dały się miażdżyć z większą łatwością. Chory z początku cierpliwie zachowywał się, pod koniec jednak posiedzenia, które nie trwało dłużej nad trzy minuty, pęcherz silnie zaczął się kurczyć

zniewalając do natychmiastowego wydobycia przyrządu. Po operacji i w dniach następnych, liczne odłamki kamienia łatwo wychodziły z moczem, a stan ogólny pacyenta jak przedtém, ani na chwilę nie uległ pogorszeniu.

Dnia 3 i 7 sierpnia odbyło się dalsze kruszenie pozostałych odłamków. Chory coraz lepiej wytrzymał operację, a miażdżenie coraz mniejszych kawałków kamienia postępowo bez żadnej trudności. Stan chorego był ciągle pomyślny.

10 sierpnia ostatnie odłamki zostały skruszone; z powodu małej ich liczby i drobnej objętości, wyszukanie i schwytywanie takowych wymagało nieco dłuższego pobytu narzędzia w pęcherzu, a pomimo tego kurczenie wspomnianego organu zaczęło się znacznie później i w stopniu daleko łagodniejszym, aniżeli przy pierwszych posiedzeniach.

12 i 15 sierpnia, przy pomocy najcieńszego przyrządu powtórzone zostały śledzenia celem odkrycia szczątków kamienia w pęcherzu, lecz pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie mogąc nic znaleźć, wniosłem o zupełnym wydaleniu resztek kamienia z pęcherza. W przekonaniu tém poparło mnie zeznanie pacyenta, który od czasu ostatniego kruszenia nie doznawał już żadnego przykrego uczucia podczas oddawania moczu, chociaż potrzeba częstego urynowania i obecność obitego osadu w moczu wskazywała na mocny stan kataralny błony śluzowej, który w skutek powtarzanych działań operacyjnych i drażnienia ostrymi kantami odłamków w ostatnich czasach znacznie się pogorszył.

Wstrzymanie się chorego od ruchu i zwykłych zajęć, powtarzane przez miesiąc operacje, i zwiększone przytém cierpienie kataralne pęcherza, wpłynęły jedynie na lekki upadek sił pacyenta, który zresztą sypiał dobrze, jadł z apetytem i przy należytém trawieniu wyglądał czerstwo, nietracąc ani na chwilę zwykłego sobie humoru. W celu usunięcia kataru pęcherza, zaleciłem mu picie wód Vichy; w ciągu pierwszych dwóch tygodni mocza zawierał nadzwyczaj wiele gęstego, szaro-żółtawego śluzu, który w trzecim tygodniu zaczął się zmniejszać i stawać coraz rzadszym tak, iż po pięciu tygodniach użycia wód, mocza oczyścił się, przybierając charakter zupełnie prawidłowy; — jednocześnie wszelkie objawy podrażnienia pęcherza ustały: urynowanie odbywało się rzadziej, i bez żadnego przykrego uczucia, apetyt się powiększył i pacjent odzyskawszy poprzednie siły wrócił do przerwanych zajęć w zupełnym zdrowiu, którym cieszy się do dnia dzisiejszego.

Z rozbioru chemicznego kamienia, dokonanego łaskawie przez Prof. Dudrewicza okazało się, iż tenże składał się przeważnie z moczanu wapna i wolnego kwasu moczowego z bardzo małą ilością fosforanów alkalicznych.

Jakkolwiek w przytoczonej powyżej obserwacji, nie znajdujemy nic nadzwyczajnego tak w naturze choroby, jak jej przebiegu i leczeniu, zdaje się nam jednak, iż niektóre jej szczegóły ze względu czysto praktycznego zasługują na pewną uwagę. A najprzód, kamień ze względu chemicznego swego składu należy do rzadszych, a twardością swą dorównywa kamieniom złożonym ze szczawianu wapna; twardość jego i wielkość świadczą o znacznie oddalonej epoce jego powstania przed czasem wywołania objawów ze strony pęcherza, które dopiero na 3 lub 4 miesiące przed pierwszym badaniem objawiać się zaczęły, tym sposobem

mamy nowy dowód, jak długo kamień pozostawać może w pęcherzu, zanim stanie się źródłem przypadłości zwracających uwagę chorego. W tym jednak razie, objawy chorobne były dosyć umiarkowane: wyjąwszy bowiem znacznej drażliwości pęcherza pociągającej za sobą silne kurczenie się tego organu, czego doświadczyliśmy w czasie operacji, ból przy urynowaniu i objawy kataralne pęcherza nie sprawiały choremu nadzwyczaj przykrych dolegliwości, ani nie wywarły szkodliwego wpływu na stan ogólny. Najwięcej jednak uderza nas powyższy wypadek brakiem wszelkiego oddziaływania ogólnego przy tylokrotném działaniu operacyjném w pęcherzu; wszystko tutaj ograniczało się na lekkich przypadłościach miejscowych jak: odejściu trochę krwi, bólu krótkotrwałym i nieco częstszym urynowaniu, które po wzięciu kąpieli, w parę godzin po operacji prawie zupełnie ustawały. W ciągu całego leczenia chory ani razu nie dostał dreszczu, gorączki lub przypadłości gastrycznych; przeciwnie miał ciągle najlepszy apetyt i z wielką niechęcią kładł się do łóżka po każdym kruszeniu. Niewątpliwie tak pomyślny przebieg choroby zależał najwięcej od zdrowego stanu dróg moczowych i szczególnych warunków sprzyjających swobodnemu działaniu narzędzi wewnątrz tychże organów. Obszerność cewki moczowej czyniła łatwém wprowadzenie przyrządów do pęcherza, a wydostanie się na zewnątrz skruszonych cząstek kamienia odbywało się prawie bez przykrego uczucia dla chorego. W wykonaniu operacji mieliśmy głównie na uwadze zasady tak treściwie sformułowane przez Thompsona; ograniczyć do minimum użycie narzędzi; posiedzenia czynić częstsze a ile możności krótkotrwałe. Tym sposobem mając przeciwko dwom niepomyślnym warunkom t. j. twardości kamienia i kurczliwości pęcherza, przeważną większość sprzyjających, zdołaliśmy w pięciu posiedzeniach dokonać całkowite skruszenie kamienia, a po zniesieniu następstw wywołanych jego obecnością w pęcherzu, zapewnić trwałe uleczenie chorego.

K A Z U I S T Y K A.

Przepuklina sródpachwinowa zaciśnięta. (*hernia inguinalis interstitialis incarcerata*).

Operacya znacznie opóźniona. Wyzdrowienie.

Postrzeżenie Dr. E. Gostawskiego. (z Radomia).

Wdowa E. C. mieszkanka m. Radomia. lat 55 licząca, słabego ciała-składu, matka 3 dzieci, będąc jeszcze panną, po dźwignięciu cebra z wodą, uczuła ból w pachwinie lewej i zauważyła wtenczas małą w tém miejscu nabrzmiałość, która jednak znikła potém bez śladu. Lat temu 30 po raz drugi wyszła przepuklina połączona z bólem, ciągnieniem, i niemożnością wyprostowania się; po postawieniu jednak pijawek, użyciu kąpieli ciepłych, weszła na powrót. Od tego jednak czasu częściej wychodzić zaczęła, dając się zawsze odprowadzić bez wielkich trudów; chora zmuszona była nosić pasek, lecz gdy ten był niedogodny, przepuklina z pod niego wysuwała się czasem. D. 10 marca 1866 r. zachorowała ona na gorączkę i dostała boleści brzucha; brała emetyk w małych wziętkach, bańki cięte na brzuchu postawiono i zrobiłój się lepij. D. 16 marca dźwignawszy coś ciężkiego uczuła ból mocny w pachwinie lewej i guzik pokazał się widoczniejszy, nieznikający już pod przyciskiem. Najprzód różne baby i felczery jako pierwsi posłannicy leczniczy, w różny sposób usiłowali wepchnąć bardzo

dolegliwy guzik; lewatywy, kąpiele, pijawki naokoło guza, bańki na brzuchu i wszelkie usiłowania ręczne do odprowadzenia zaciśniętej przepukliny, były w użyciu bez skutku.

Z polecenia lekarzy chora przyjmowała w wielkich dozach kalomel, opium, olej krotonowy, różne emulsje olejne, polykala lód w kawalkach; okładano jej brzuch ciepłemi przyparkami a guz bólowy lodem; zadawano lewatywy z asafetydy i znowu kąpiele ciepłe. Po trzech środkach d. 24 marca przepuklina zdała się być mniejszą, pokazały się nawet nie wielkie stolce, nudności i wymioty się zmniejszyły, ale w nocy objawy gorsze nastąpiły: osłabienie, nudności, wymioty smrodliwe, ból w pachwinie i całym prawie brzuchu, bezsenność, odchody stolcowe zupełnie wstrzymane. D. 27 t. m. zawezwano do chorój wraz z koll. Babińskim i Przychozdkiem, znaleźliśmy ją w następującem położeniu: Osłabienie wielkie, puls prędko, mały, wyraz twarzy zatrwożony, cera blada, język suchy, obłożony, pragnienie wielkie, zimne kończyny, brzuch wzdęty, odbijanie, czasami wymioty smrodliwe, stolce od 3 dni zupełnie zaparte z próżnem usiłowaniem ich oddania. Nad więzłem Pouparta wśrodku znajdował się guz twardy, owalny, wielkości gołębiego jaja, ukośnie położony, naprężony, dający się jednak przygniatać z kłutkiem właściwym przepuklinie i nawet nieco z miejsca ku górze posunąć. Nieco ku wewnątrz palec wyszedł dołek, w który można było wprowadzić jego koniec ku guzowi. Mielśmy więc przed sobą przepuklinę śródpachwinową i niebawem przystąpiliśmy do operacji.

Jeden nożyk brzuchaty, jeden kończaty, jeden główkowy prosty, drugi krzywy, zgłębnik rówkowy (sonde á panaris), nożyczki tępo zakończone, oprócz tego gąbki, plaster na płótnie nasmarowany lepki, igielka owalna, kordonek, skubanka były całym naszym przyrządem operacyjnym.

Chorą ułożyliśmy na stole z podłożoną pod pośladki poduszką; krawędź stołu dochodziła aż pod kolana, w których zgięte nogi oparte były na stołku i skierowane ku oknu niewielkiej izdebki dla lepszego światła. Stanąwszy po prawej stronie chorój, dostatecznie chloroformem uspiónej, którym rządził Koll. Prz. z wolnej ręki zrobiłem cięcie na skórze, na środku guza 1 1/2 cala długie, które w jedną i drugą stronę, na podłożonym rowkowym zgłębniku, za pomocą kończatego noża, na pół cala przedłużyłem, tak, że cała długość cięcia wynosiła 2 1/2 cala. Obmywszy krew, przedstawiła się powierzchnia włóknista powięzi poprzecznej i zwierzchniej Fasciae transversae et superficialis i ziarnina tela cellulosa, które podniosłszy szczypczykami, napłask skierowanym nożykiem brzuchatym przeciąłem. Następnie, po wkładanym zgłębniku rowkowym, przecinając warstewki cienkie jedne po drugich, dostałem się do worka przepukliny, który przedstawiał się jako powierzchnia płaska i wyciągnięta i był zrosły z leżącymi nad nim tkankami, tak, że te od niego zaledwie mogły być na pewną niewielką rozległość odczepione. Po wysączeniu krwi za pomocą gąbki, przystąpiłem do otworzenia worka.

Zwolna, po zgłębniku, przecinając warstewki jedna po drugiej, na raz wysączyło się trochę płynu wodnistego, czerwono zabarwionego, co było oznaką nacięcia worka. Wsunąwszy w to miejsce zgłębnik rowkowy, kierując zawsze jego koniec tuż pod workiem, przedłużyłem cięcie ku zewnątrz i ku górze na 3/4 cala, aby palec łatwo można było wsunąć i po nim za pomocą nożyczek otwór w jedną i w drugą stronę przedłużyć. Tu w ranie zrobionej pokazały się kieszki cienkie nieco zaczerwienione, które obszedłszy palcem na około miejsca zaciśniętego i pooddzielawszy zrośnięcia z workiem, w niektórych miejscach przedsięwzięłem rozszerzenie ciałniny przepuklinowej (:Bruchpforte.):

Wsunąwszy wskaziciel lewej ręki grzbietem obrócony do kiszki, które Koll. Ba. oddał ile możności od niego, aż paznokcie poczuł brzeg ciałniny, po brzuścu palca wsunąłem nożyk prosty główkowy, ujęty prawą ręką i obwinęty kitajką, tak że koniec jego wystawał na linij kilka; naciskając ostrze ku temuż brzuścowi, aż po za ciałninę, i odwracając ku niej ostrze, więcej naciskając niż przyciągając, rozciąłem ją na kilka linij. Wyjawszy ostrożnie nożyk, wsunąłem palec głębiej w kanał pachwinowy, chcąc się przekonać, czy jest ostateczny otwór, alimści poczułem zwężenie większe. Były bezwątpienia mocno naprężone włókna rozciągnięte zewnętrznego skośnego mięsa brzuszego (aponerosis musc. obliqui externi abdominis) odpowiadające wewnętrznemu pierścieniowi brzuszemu. Wsunąłem więc powtórnie, jak wyżej z ostrożnością nożyk główkowy i śmiało rozciąłem końcem jego naprężone części wśrodku kanału

od wewnątrz ku zewnątrz, tak że paznokciem wszedłem w pierścień wewnętrzny. Następnie palec i nóż, przyciśnięty dobrze ostrzem do jego brzuśca wyjąłem. Przy wypychaniu kiszki w otwór tak rozszerzony, z zadziwieniem postrzegłem krople płynu żółto brudnego, gęstego, wyciskającego się na kiszce. Nie bardzo pocieszające zjawisko! Spojrzałem po moich kolegach i pokazałem: przesunęło się nam po myśli nie bardzo pomysłne rokowanie dla naszej możliwej pracy, lecz czas naglił, chora zaczęła się budzić z ubezczenia i jęczeć. Odciągnąwszy więc cokolwiek trzewia i manipulując niemi, dały się one wreszcie wsunąć zupełnie w jamę brzuszną, gdy jednocześnie podniesiono nieco kolana do góry. Tak więc we 20 minut nasza operacya była skończona. Po dokładném oczyszczeniu ze krwi, włożono w ranę nieco skuban-ki oliwą nasiąkłej, lekko spojono plasterkami jęj brzegi, położono na wierzch płótno zmaczane w wodzie zimnej i chustką, skrzyżowawszy ją na lewej lędźwi, a na prawej zawiązawszy, obandażowano.

Następnie chorą przeniesiono na łóżko, dano jej położenie w znak i okłady zimne robić ciągle polecono. Chora mocno wycieńczona, była jeszcze odurzona, lecz uczuła się sama lepiej.

Zapisano emulsyę z olejkiem kleszczowiny i wodą wawrzynową do użycia co 2 godzin łyżkę i zadawać lewatywy z siemienia lnianego polecono. Tegoż dnia wieczorem w 7 godzin po operacyi ruszyły się smrodliwe stolce z początku gęste, później rzadsze w wielkiej obfitości; wymioty i nudności ustały; bólesci brzucha nie wielkie; w okolicy pachwiny lewej ból mocny. Chora po operacyi przespała się cokolwiek, spożyła się, co bardzo pokrzepiło jęj siły. Polecono dawać dalej lekarstwo, brzuch smarować olejkiem szalejowym z oliwą kamforową zmieszonym.

D. 28 marca. Stan niegorszy i stolce w nocy obfite, trzy. Przy opatrzeniu rany na szarpiach osadziło się łajno brunatne w wielkiej ilości. Oczyszczono i obwinęto. Lewatywy zalecono. Toż samo wieczorem.

D. 29. Chora swobodniejsza, nie czuje już bólesci brzucha; odchoły wolne, jeszcze obfite. Nieczystości brudnych daleko mniej na szarpiach. W ranie materya jeszcze nieczysta się wydziela. Z powodu wielkiego osłabienia przepisano odwar chinu Królewskiej z syropem pomarańczowym; na ranę okłady chłodne z siemienia lnianego.

D. 30. Apetyt się pokazuje, materya z rany bielsza obficie się wydziela, a nieczystości stołcowych na szarpiach już niema. Przy co raz pożywniejszj dyecie chora odtąd zaczęła mieć się coraz lepiej; rana się oczyszczała, materya biała okrywała czerwona tło rany tak, że po 3 tygodniach chora już zaczęła się podnosić z łóżka. Rana w $1\frac{1}{2}$ miesiąca zupełnie się zablizniła zostawiając strup twardy na wierzchu, a chora do swych domowych zatrudnień znów powróciła.

Z opisanj choroby E. C. widocznym jest: że przepuklina nie była wewnętrzną ani zewnętrzną, ale śródpachwinową;

że oznaczenie jęj, gdy jest blisko pierścienia zewnętrznego, albo gdy jest wielką, jest bardzo trudne i może być czasem wzięte za przep: biodrową hernia cruralis. Okoliczność, że może się dać usunąć cokolwiek, co dopełnione jęj odłożenie nawet pozorować może, jest charakterystyczną oznaką tēj przep: wysłedzenie pierścienia zewnętrznego, jeżeli się uda, stwierdza dyagnozę;

że nie wielkie pęknięcie kiszki zaciśniętj nie koniecznie może sprowadzać śmierć, jeżeli taka kiszka odłożoną zostanie. Dowód tego na opisanym przypadku; należy tu przypuścić, że przedarcie to kiszki było prawdopodobnie w jęj ścianie ukośnej, a więc parcie odśrodkowe zawartości kiszki na jęj ścianę, samo zamykało toż pęknięcie i dawało możność sile leczniczej natury prędkiego zagojenia.

Tętniak aorty.

Dr. Chancel ogłasza (Gazette des hopitaux Nr. 37 1866) następującą ciekawą obserwacyę z infirmeryi domu inwalidów w Paryżu. Pewien 69 letni inwalida, dnia 30 grudnia 1865 r. wieczorem, bez żadnej wyraźnej przyczyny, dostał wymiotów, które trwały całą noc,

Z początku wyrzucał czyste pokarmy, później masy czarniawe, fusowate; wymioty były bez żadnego gwałtownego wyteżenia. Na drugi dzień przyniesiony do infirmaryi był bardzo osłabiony; twarz blada, potem pokryta, kończyny zimne, puls mały, powolny lecz regularny, bicie serca zaledwie dające się wysledzić, żadnych szmerów nienormalnych, oddechanie normalne, brzuch wzdęty nieco, przy naciskaniu dotkliwy, dawał wszędzie odgłos jasny. Przy użyciu wody salcerskiej, lemoniady z kwasu siarczanego, i półtorachlorku żelaza wymioty ustały, lecz upadek sił wzrastał i chory wieczorem zmarł. Przy sekcji znaleziono: płuca blade, serce próżne, ściany komórki lewej przerośnięte, w jamie brzusznej obfity wylew krwi.

Na przebiegu aorty brzusznej, w dolnej jej części na lewój ścianie worek tętniakowy, długi centymetrów 12, szeroki i głęboki po 9, a ściany jego utworzone były ze wszystkich trzech błon tętnicy, z kanałem aorty komunikował bardzo szerokim otworem, tak iż był najszerszym w tém miejscu. W ścianie przedniej worka szerokie pęknięcie, za pomocą którego tętniak komunikował z jamą brzuszną; w samym worku dwie warstwy skrzepów, z których wewnętrzna składała się ze skrzepu włóknikowego twardego, a zewnętrzna przylegająca do ścian worka z miękkiego czarnego skrzepu; wewnętrzna zatem była widocznie dawniejszą, a zewnętrzna. Takie ułożenie warstw pochodziło ztąd, że warstwa skrzepu włóknikowego dawniej utworzona podmyta była później na znacznej przestrzeni przez krew do worka napływającą, która wchodząc po za nią utworzyła przy ścianach skrzep miękki świeży, czego dowodziła tak klinowata forma skrzepu miękkiego i pozostałe jeszcze na pewnej przestrzeni spojenia skrzepu twardego ze ścianą worka. Na całym prawie przebiegu aorty od łuku aż do rozdzielenia się na tętnice biodrowe process ateromatyczny w rozmaitym stopniu rozwinięcia. I tak miejscami przedstawiały się liczne tak zwane kępki ateromatyczne (plaques ateromatueae) rozwinięte w błonie średniej aorty, gęsto jełte przy drugich położone, tak iż się prawie brzegami stykały, płaskie lub unoszące ku wewnątrz błonę wewnętrzną aorty; w innych miejscach wrzody odkryte skutkiem zmian błony wewnętrznej, na powierzchni których widać substancję ateromatyczną, która miejscami przylega jeszcze silnie do ścian naczynia, gdzieinądziej zaś jest już uniesiona przez strumień krwi, a stosownie do tego wrzody, jedne są wyniosłe, inne zakłębione o brzegach wyniosłych. Przedstawiały się tu zatem wszystkie cztery stopnie przeistoczenia ateromatycznego, jak: kępki płaskie, — kępki wyniosłe, — wrzody wyniosłe i wrzody zagłębione. W środkowej części aorty piersiowej, oraz w okolicy worka spotykają się dwa ostatnie stopnie przeistoczenia, w innych miejscach więcej kępek a mniej wrzodów, nadto przeistoczenie rozciągało się i na początki gałęzi pobocznych i końcowych, lecz tu przedstawiało się tylko w pierwszym stopniu. W końcu przytacza Dr. Chanccel, że według powyższych wiadomości zmarły ten nigdy nie oddawał się nałogowi pijaństwa, oraz że zdaniem jego pęknięcie worka tętniakowego musiało być z początku bardzo małe i dopiero potem się powiększało, skoro śmierć dopiero w 24 godzin po pierwszych objawach nastąpiła

Zwichnienie w stawie łokciowym.

Dr. Mathieu z Paryża obserwował następujący wypadek zwichnienia u pewnej 17-letniej pani, która stłukłszy sobie łokieć prawy w skutek upadnięcia, straciła możność poruszenia kończyną w stawie łokciowym. Na drugi dzień po wypadku znalazł okolicę stawu łokciowego prawego obrzmiałą i bolesną, kończynę lekko zgiętą w łokciu, przedramię skręcone ku wewnątrz, odwrócenie jej ku zewnątrz nie możebne i z bolem połączone, ruchy czynne przedramienia bardzo ograniczone, zginanie bierne w małym tylko stopniu dawało się uskuteczniać, wyprostowanie zaś było całkiem niemożebne. Na tylnej stronie stawu wyrostek łokciowy tworzył wyniosłość, po nad którą znajdowało się zagłębienie, koniec jego nie leżał na jednej linii z kondylami kości ramieniowej, lecz znacznie wyżej. Poniżej kondyla wewnętrznego czuć było zagłębienie, od zewnątrz zaś główka sprychy dawała się wyczuć w miejscu normalnym. Objawy te niepozostawiały wątpliwości, co do obecności zwichnienia w stanie łokciowym, które jednak nie było zupełne, skoro główka sprychy znajdowała się na swoim miejscu, lecz odnosiło się tylko do kości łokciowej, której koniec stawowy przesunął się ku tyłowi i w górę. W celu nastawienia zwichnienia Dr. Mathieu zlecił pomocnikowi utwierdzić ramię powyżej łokcia dla kontrekstensyi, sam zaś prawą ręką wyciągał przedramię, a lewą na-

ciskał wyrostek łokciowy ku dołowi. Gdy wyrostek ten zaczął się zsuwać i zbliżył się do stawu, nagle zgięcie kończyny dopełniło reszty. Dla utrzymania końców kości w stawie, kończyna w położeniu zgięciem przytwierdzona została bandażem do tułowia. Po dniach dwunastu chora wykonywać już mogła wszystkie ruchy z wszelką dokładnością, lecz po dwóch tygodniach nowe upadnięcie sprowadziło napowrót także samo zwichnięcie. Nastawienie tą razą dopełnione natychmiast po wypadku było daleko łatwiejsze; wyleczenie również prędko nastąpiło. (Gazette des Hopitaux N. 83. 1866).
S. W.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O zastosowaniu galwanokaustyki chemicznej.

Zastosowanie galwanokaustyki chemicznej w chirurgii znacznie wyprzedziło wprowadzenie w użycie galwanokaustyki w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, czyli ciepłikowej, polegającej na niszczeniu tkanin za pomocą druta platynowego rozpalonego przez ciepło elektryczne.

Pierwsze poszukiwania co do działania chemicznego elektryczności na tkaniny ustroju, należy przypisać panu Crusell z Petersburgu; — prace jednak jego prowadzone z rzadką wytrwałością od r. 1841 do 1848 mało wzbogaciły naukę co do wyjaśnienia kwestyi, w mowie będącej. — Większa część jego sprawozdań przesyłanych do akademii nauk paryskiej i petersburskiej nigdy nawet nie była drukowaną. Dopiero Ciniselli z Cremony zbadał bliżej działanie chemiczne elektryczności na tkanki ustroju, podał wskazania do jej użycia, opisał sposoby jej zastosowania.

Działanie galwanizmu na organizm jest trojakiem:

- a) *fizyologiczne*, polegające na pobudzeniu nerwów czucia i ruchu.
- b) *chemiczne*, polegające na rozkładzie tkanek w miejscu zastosowania elektrodów i następczém działaniu produktów owego rozkładu na tkanki sąsiednie,
- c) *elektrotermiczne*, polegające na szybkim niszczeniu tkanek za pomocą ciepła elektrycznego.

Szczegółowy rozbiór działania fizyologicznego na organizm należy do terapii, stanowiąc osobną metodę elektroterapeutyczną.

Dwa sposoby ostatnie t. j. elektrochemiczny i elektrotermiczny zużytkowuje chirurgia w licznych zastosowaniach.

Drugi sposób działania galwanizmu na tkanki ustroju, Ciniselli bardzo loicznie nazywa *działaniem chemiczném* (action chimique), Nélaton zaś w swoim sprawozdaniu czytaniem w akademii nauk w Paryżu błędnie nazywa elektrolizą, gdyż nazwa ta powinna się stosować do ciał podpadających rozkładowi, nie zaś do czynnika rozkładającego. W sprawozdaniu owém Nélaton nic nie zdołał powiedzieć nowego o działaniu chemiczném galwanizmu, nad to co już podał Ciniselli. Treść sprawozdania stanowi głównie opis polypa noso-gardzielowego, do zniszczenia którego zastosował czynnik w mowie będący. W wykładzie teoryi działania chemicznego galwanizmu posługuje się wyłącznie cytatami z Ciniselle'go.

Działanie chemiczne galwanizmu jednakowo się zachowuje jak na ciałach żywych, tak też i umarłych: gdy igły biegunów będą wbite w tkaniny, to przy działaniu elektryczności w około igieł spostrzegamy zniszczenie tych ostatnich, — zniszczenie to, mające miejsce na pewnej ograniczonej przestrzeni, przedstawia się w postaci strupa, w skutku czego działanie chemiczne galwanizmu na tkanki nazwano wprost galwanokaustyką chemiczną. Strupy te wykształcają się powoli, a blizny ztąd powstałe różnią się właściwościami, wbrew przeciwnemu na obu biegunach. Blizny przy biegunie dodatnim są podobne do blizn powstających pod wpływem kwasów sześzonych lub rozpalonego sęzaka, t. j. są twarde i po zupełnem wykształceniu się znacznie się kurczą. Blizny przy biegunie ujemnym, podobne do takowych będących wynikiem działania na tkanki zasady, blizny te są miękkie i zupełnie

się nie kurczą. Wyżej wspomniane strupy powstają pod wpływem działania kwasów i zasad będących produktami rozkładu tkanek, podległych działaniu galwanizmu. — Kwasy się zbierają przy biegunie dodatnim, — zasady zaś przy ujemnym. Możemy więc w ogóle podzielić galwanokaustykę na cieplikową i chemiczną, z których ostatnia wytwarza dwie odmiany blizn, o których wspomnieliśmy wyżej.

Galwanokaustyki chemicznej używano w następujących wypadkach:

W celu niszczenia guzów różnej natery, szczególnie gdy te są umiejscowione w jamach organizmu utrudniających przystęp do działania chirurgicznego, gdy są o szerokich podstawach i mocno przyrosłe do ścian jamy, lub też bardzo unaczynione i gwałtownie krwawiące, jak np. polypy noso-gardzielowe (naso-pharyngei). Tripier używał galwanokaustyki chemicznej za pomocą elektrodu ujemnego w następujących razach: przy owrzdzeniu szyi macicy, przedłużając się do jej otworu zewnętrznego. Zgłębnik służył w tym wypadku jako elektrod ujemny. W wypadku, w którym zewnętrzny otwór szyi macicy był prawie zarosniętym w skutku ściągnięcia się blizny powstałej pod wpływem przyżegania rozpalonym żelazem i działanie elektrodu ujemnego niszcząc bliznę twardą, przywraca prawidłową wielkość otworu.

Przy *lupus exedens*.

W celu otwarcia dymienic (bubones).

Przy przetokach łzowych (fistulae lacrimales).

Przy przyżeganiu otworu gardzielowego trąbki Eustachiusza, gdzie zgłębnik był użyty jako elektrod ujemny.

W celu zniszczenia zylaków odbytu (varicum ani). Używa on tu rodzaju kleszczyków własnego pomysłu, któremi ujmuje już u podstawy; kleszczyki te służą jako elektrod ujemny.

W celu niszczenia wszelkiego rodzaju guzów powierzchownych, szczególnie szypułkowatych.

Nakoniec w celu zniesienia zwężeń cewki moczowej. *Cru sell*, *Nélaton*, *Mallez*, przypisują biegunowi dodatniemu własność stężania — ujemnemu zaś rozpuśdzenia; na mocy tych własności *Tripier* i *Mallez* używają elektryczności ujemnej w celu zniesienia zwężeń cewki moczowej, powstałych skutkiem ściągnięcia się blizn, lub przerostu tkanki podśluzowej.

Dr J. Kwaśnicki.

CZEŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 26 Grud. 1866 r. do 1 Stycz. (włącznie) 1867 r.

W szpitalu	Dzieciątka Jezus	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozostalo.
„	Śgo Ducha	672	146	141	13	664
„	Ewangelickim	131	45	23	7	146
„	Śgo Rocha	65	17	17	1	64
„	Śgo Jana Bożego	81	28	22	2	85
„	Śgo Łazarza	163	4	1	—	166
„	Starozakonnych	265	51	46	2	268
„	Starozakonnych	362	117	81	7	391
Ogółem:		1739	418	331	32	1784

Wiadomości bieżące.

— *Znieczulenie miejscowe przy wryrywaniu zębów i w ogóle przy operacjach w jamie twarzowej.* Dwa mamy sposoby znieczulania miejscowego przy wryrywaniu zębów, 1) albo bezpośrednie puszczanie sproszkowanego eteru na chory ząb, albo 2) na okolicę przewodu słuchowego zewnętrznego, przy czém nerw trójdzielny zostaje znieczulonym. Ten ostatni sposób uważamy za lepszy; używamy do tego albo przyrządu *Richardsona*, albo też zwykłego

rozpylacza perfum, znanego pod imieniem „Smelling tubes.“ Używają tego ostatniego przyrządu rzucamy eter w ciąg przynajmniej trzech minut. Robione już liczne doświadczenia przez wielu lekarzy, do zadawalniających doprowadziły wniosków.

— Podług wykazów urzędowych w całym Królestwie (z wyjątkiem Warszawy) w czasie minionej epidemii od początku cholery (21 lipca) do 11 grudnia zachorowało osób 39,789, z nich wyzdrowiało 22,891, a umarło 16,733.

— *Paracentesis pericardii uwięzione wyzdrowieniem.* Mężczyzna lat 26, pracujący przy zakładaniu rur gazowych, przyjęty został 18 września 1866 r. do szpitala, Leeds general Infirmary pod opiekę Dr. Allbutt. Chory cierpiał na mocny gościec (Rheumatismus) ostry mięśni i stawów z mocnym zaduszaniem (dyspnoea) i uczuciem ściskania (oppressio). Badanie wykryło mocne rozciągnięcie osierdzia przez płyn i ostry ból w okolicy serca. Przystawiono wezykatoryę na serce i dano choremu w znacznej ilości alkalja i opium.

19 września w nocy wezwano nagle Dr. Allbutt do chorego, który siedząc w łóżku z łokciami opartymi na kolanach, tylko z wielkim wysiłeniem mógł oddychać. Całe ciało jego pokryte było zimnym potem, obręb odgłosu tępego znacznie się rozszerzył zajmując z przodu prawie całą połowę lewą klatki piersiowej, z tyłu zaś odgłos lewego płuca był zupełnie jasny. Chory widocznie się dusił i był bliski śmierci, co skłoniło autora do wezwania Dr. Wheelhouse celem niezwłocznego wypuszczenia płynu z jamy osierdzia.

Po dokładnem oznaczeniu tępości osierdzia i położenia wierzchołka serca, tudzież uszka lewego, Dr. Wheelhouse postanowił przebić klatkę piersiową po nad chrząstką piątego zebra o pół cala od lewego brzegu mostka. W tym przeto punkcie wprowadził cienki trójgraniec nachylając go nieco ku górze i wewnątrz t. j. w kierunku środka lewej komórki i posuwał go naprzód, dopóki nie poczuł na narzędziu poruszeń serca; następnie wyciągnął ostrze i popchnął rurkę tak daleko, iż dotykała się serca, którego poruszenia widziane były na części zewnętrznej narzędzia. Płyn z początku odchodził ciągłym strumieniem, później zaś przerywanym odpowiednio do ruchów serca. Była to ciecz surowicza, ścinająca się, żółtawej barwy; ilość wypuszczona wynosiła około 3 uncyj. W czasie wypuszczania płynu chory doznawał ulgi, a po wyciągnięciu rurki mógł się spokojnie położyć. Oddech spadł do 36 razy na minutę, chory był w stanie mówić i oświadczył, iż się czuje lepij; tętno 110 przybrało cechy prawidłowe; obręb tępości zmniejszył się i chory pomimo kilkakrotnie grożącego omdlenia, które usunięto podaniem mu znacznej ilości wódki, dość spokojnie resztę nocy przepędził. Nazajutrz stopiennie nie powiększyło się; pod wieczór tegoż dnia oddech stał się znów bardzo ciężki i nastąpiły mocne majaczenia. Postawiono nową wezykatoryę w okolicy serca i dano do wewnątrz morfinę, poczem noc przeszła spokojnie. Od tej chwili stan chorego był coraz lepszy i 13 października w dobrém zdrowiu wyszedł ze szpitala. Jako jedyny ślad choroby powstało nieznaczne powiększenie normalnej tępości serca i głośny podmuch systoliczny na wierzchołku serca.

Przy tej sposobności autor oświadcza, iż użycie trójgranca przekłada nad przebicie osierdzia ostrzem noża, jak to radzi T r o u s s e a u. W obecnym wypadku uleczenie nastąpiło bez nastrzykiwań drażniących, jednakże gdyby pierwsza operacja nie odniosła była należytego skutku, autor był gotów wstrzykać do jamy osierdzia roztwór jodyny. Wykazując przeto całą ważność zasługi, jaką w obecnym wypadku działanie operacyjne przyniosło choremu, autor ubolewa nad rozdziałem, jak w wykształceniu lekarzy na chirurgów i lekarzy chorób wewnętrznych ma miejsce i dowodzi, jak koniecznem i korzystnem jest połączenie obudwu tych kierunków w lekarzu praktycznym. (Med. Times and Gaz. s. 474).

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Euczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.

Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedita i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.