

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 rocznie... Rs. 6.
 półrocznie „ 3.

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

TREŚĆ: O operacjach zaciemka. Odczyt Doenta Oftalmologii Dra *Narkiewicza-Jodko*, miany w dniach 1 i 8 kwietnia r. b. — *Kazuijstyk*a. Ze szpitala i o szpitalu. Dr. *Wygrzywański*. — Kronika Zagraniczna. *Uranoplastyka*. I. r. *Tabaczynski*. — Część statystyczna. — Korrespondencya. — Od Redakcyi.

O operacjach zaciemka.

Odczyt Doenta Oftalmologii Dra *Narkiewicza-Jodko*, miany w dniach 1 i 8 kwietnia r. b.

Panowie!

Operacje zaciemka (*catntracta*), z którymi panów mam obecnie zapoznać, należą do najpiękniejszych operacyj okulistycznych, a co ważniejsza są najwdzięczniejszymi. Zaliczam je do najpiękniejszych, bo jak się panowie sami przekonacie, wykonanie ich dokładne jest bardzo skombinowane i trudne, tak że pomiędzy operacjami ocznymi pod względem technicznym najpierwsze im się przynależą miejsce. Powiedziałem, iż są najwdzięczniejszymi, bo za cóż może być człowiek człowiekowi bardziej obowiązany, jak za bezpośrednio z operacją złączone odzyskanie zmysłu tak ważnego, jakim jest wzrok. Żadna z operacyj ocznych nie wykazuje tak wyraźnie swjej doniosłości jak operacya zaciemka, każda mniejszą lub większą korzyść przynosi operowanemu, ale korzyści te zwykle po pewnym przeciągu czasu dają się ocenić dopiero; korzyści te pomału wychodzą na jaw, a powolne polepszanie się osłabia, że się tak wyrażę, uczucie wdzięczności chorego dla lekarza; po operacyi zaciemka, chory współcześnie z usunięciem jego, postrzega całą doniosłość téj operacyi prowadzącej tak radykalną zmianę w jego istnieniu. Stosownie więc do wielkości zadania i wykład mój o operacjach zaciemka, będzie może nieco obszerniejszy od poprzednich, bo za konieczne uważam obznajomienie panów z historią téj operacyi, która wykazując pierwsze próby naszych poprzedników na tém polu i rozmaite ulepszenia przez postęp nauki i bystrość badawczą w niej wprowadzone, ułatwi panom pogląd krytyczny i da sposobność wyrobienia sądu poniekąd samodzielnego o wartości rozmaitych operacyj w celu usunięcia zaciemka używanych.

Dla zaznajomienia panów z ogólnym charakterem różnych metod, które w ciągu historycznego rozwoju téj operacyi wymieniam, powiemy już

tutaj że operacje zaciemka na dwie wielkie rozdzielają się grupy: do 1ej zaliczamy metody mające na celu usunięcie zaciemka z osi widzenia, z pozostawieniem go w oku: tu należy usunięcie zaciemka na bok (*reclinatio*) i osunięcie na dół (*depressio*). Metody 2ej grupy mają na celu usunięcie zaciemka przez wydobywanie go na zewnątrz kuli ocznej; tu należą wyssanie (*succusio*) i wydobywanie (*extractio*).

Pomiędzy temi dwoma grupami mamy metodę, która jakkolwiek do obu z nich zaliczoną być może, wyróżnia się jednak tak od jednej jak i od drugiej. Metodą tą jest tak zwane rozdrobnienie zaciemka (*discisio*); zależy ona na rozdarciu igłą do oka wprowadzoną torebki soczewkowej i wystawieniu przez to mass pociemniałych na wpływ cieczy wodnej (*humoraqueus*) i powolne wsiąkanie.

Przejdziemy teraz do historii.

Stan patologiczny oka, zaciemkiem nazywany, znanym był najdawniejszej starożytności; wprawdzie u Hipokratesa dopiero spotykamy próby określenia istoty tego cierpienia, ale operacje zaciemka a mianowicie osunięcie i wyssanie znane były jeszcze dawniejszej medycynie, która bodaj że o anatomii zaciemka a prawdopodobnie i oka ludzkiego najmniejszego nie miała pojęcia.

Egipcyanie jak we wszystkich gałęziach nauki, tak też w medycynie i okuliście wyprzedzili inne współcześnie żyjące narody starożytności. Nie mamy wprawdzie przeszłych do potomności dowodów ich okulistycznych wiadomości, ale można sądzić iż były w swoim czasie znakomite i jedyne, kiedy jak mówi Herodot (Ks. III rozdz. I.) Cyrus prosił przez posły Amasisa, króla Egipcjan, o przysłanie mu najzdolniejszego okulisty; a prawdopodobnie był ten okulista bardzo może i samój osobie Cyrusa potrzebny, bo odmowna odpowiedź Amasisa wywołała olbrzymią wojnę.

Żydzi w czasie niewoli w Egipcie skorzystali ze swego nieszczęścia przyswajając wiadomości naukowe Egipcyan. W ten sposób przyszli i do znajomości wielu tajemnic kapłanów egipskich w dziedzinie okuliście; mianowicie Lewici, kapłani żydowscy, słynęli ze swoich wiadomości okulistycznych, tak że greccy pisarze z czasów Ptolomeuszów i sławniej aleksandryjskiej szkoły im to przyznają, jakkolwiek dowodzą że naukę operowania zaciemka nie od żydów ale z Azji przyswoili a następnie własnymi udoskonaliли siłami.

Bajeczny peryod historii operacji zaciemka poczyną się bajką o kozach, które miewając jakoby dość często zaciemki, przez nakłuwanie oczu kolcami drzew dzikich choroby się tej pozbywały; Pliniusz tę bajkę w dobrej opowiada wierze a Antipholus poświęca tejże jeden epigramat. Że wyleczenie tego rodzaju jest faktem zasługującym na wiarę, to kwestyi nie ulega, boć i obecnie jak to już panom wspominałem, operacja miękkich zaciemków, polega na rozdarciu torebki przedniej i wystawieniu przez to mass pociemniałych na wpływ cieczy wodnej i powolne wsiąkanie. Czy jednak bajka ta dała powód do próbosuwania zaciemka, czy do wysysania tegoż, wiedzieć nie możemy; pewną jest zaś rzecz, iż

Grecy metody wydobywania zaciemka nieznali, tak przynajmniej twierdzi Haller, którego nieśmiertelne dzieło „Biblioteca Chirurgica 1774 Basil.“ za najważniejsze i najdokładniejsze pod względem historycznym uważamy. Haller dla poparcia swego twierdzenia cytuje z Greków Latyriona „de cataractae depositione“ i Symeona „qui docet quando cataracta apta sit deponi.“

Pomiędzy arabskimi a raczej maurytańskimi historycznymi źródłami znajdujemy wyraźne dowody używania sposobów osuwania i wysysania, i te sposoby jako jedynie używane w owęj epoce uważać należy. Znają Maurzy jednak i sposób wydobywania zaciemka używany jakoby w Persyi, ale tego dla niebezpiecznych następstw nie zalecają. Rhases nawet (Contin. L. II Venet. 1559) powiada że w końcu pierwszego jeszcze wieku Antyllus przecinał rogówkę lancetem, wprowadzał przez źrenicę delikatną igłę w zaciemek, przekręcał ją i powolnymi ruchami wyciągał zaciemek wraz z igłą na zewnątrz. Prawdopodobnie więc sposób wydobywania do najdawniejszych należy i tylko z powodu niedowiarstwa i uprzedzenia maurytańskich okulistów zapomnianym bardzo długo został; w późniejszym bowiem czasie słyszymy już tylko o wysysaniu zaciemka i osuwaniu a właściwie prawie o tym ostatnim sposobie, bo wysysanie tylko przez niektórych Maurów jak Abulcazem i jego uczniów zalecane i jakoby wykonywane (?) było; inni zaś jak Avicenna, Avenzoar, Čaŋa Musali de Baldach, Ambrosius pareus, Rabin Abiabar (który operował króla Aragonji w 1468 r.), Georg Bartisch (nawrotny króla saskiego okulista 1535) i inni zalecali i wykonywali tylko sposoby osunięcia i usunięcia (d e p r e s s i o e t r e c l i n a t i o).

Po tych śladach operacji wydobywania zaciemka pierwszych wieków chrześcijaństwa sięgających, widzimy nowe ślady dopiero w końcu wieku XVII, w rozprawach inanguracyjnych Freitaga¹⁾ i Albina²⁾. Pierwszy z nich opisuje operacyę ojca swego wykonaną sposobem wydobywania bardzo podobnym do opisanego przez Antyllusa; drugi zaś twierdzi że sposób ten w Niemczech tylko przez wędrujących okulistów był wykonywanym. Dopiero D a v i e l w roku 1748 wsparty doświadczeniem poczerpniętym z opisów P e t i t'a St. Yves'a i D u d d e l'a którzy wpadnięte do przedniej komórki (podczas osuwania) zaciemki przez otwór zrobiony w rogówce szczęśliwie wydobyli, najprzód pomyślnie zastosował w jednym z podobnych wypadków przecięcie rogówki, a następnie poświęcił się z całą gorliwością doświadczeniom na zwierzętach, w tym operacyjnym kierunku i stworzywszy rzeczywistą metodę, w pracy swęj Nouvelle Méthode d'extraire la cataracte w Memoirach Akademii chirurgicznęj tomie II pomieszczonej takową opisał, gorąco ją zalecając chirurgom i okulistom. Od tego czasu metoda ta w bardzo prędkim czasie przez La F a y'a, S c h a r p'a, V o i g t'a, R i c h t e r'a, B a r t'a a zwłaszcza B e e r'a wydoskonalona, nie tylko że zrównoważyła wziętość sposobu osuwania zaciemka, ale w końcu wyrugowała tenże z klinik chirurgiczno-okulistycznych zupełnie, tak że los sposobu wydobywania o któ-

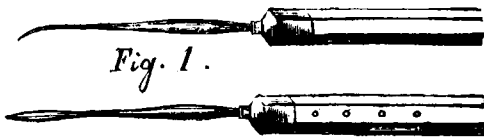
¹⁾ Diss. de Cataracta Argent. 1721.

²⁾ Diss. de Cataracta Franc. a. m. 1695.

rym Albin wspomina, spotkał sposób osunięcia. Dopiero Scarpa i Pott w początku bieżącego stulecia swoją powagą postawili na czas jakiś sposób osunięcia znowu na arenie naukowej, ale na czas bardzo krótki, bo dzisiaj widzimy wszędzie wykonywaną metodę wydobywania, a metoda osunięcia cieszy się tylko powodzeniem u pokątnych okulistów, tak zwanych w Niemczech herumziehende Staarstecher.

Zanim przejdziemy do przeglądu sposobów operacyjnych wydobywania zaciemka, które jak to już powiedzieliśmy wyłącznie obecnie są używanymi a zatem najbliższemu nas obchodzić muszą, musimy porozumieć się w ważnej kwestyi upadku metod osuwania i usuwania zaciemka. Wytlumaczenie panom powodów tego upadku poprzedzę krótkim opisaniem metod w mowie będących.

Metody te osuwania i usuwania zaciemka w podobny bardzo sposób wykonywanymi były igłą tak zwaną zaciemkową, której parę egzemplarzy panowie



Rysował i wycinał na drzewie Karmański.

macie przed sobą, fig. 1. Igłę tę ujętą w prawą rękę wkuwano w oko z zewnętrznej jego strony o 5—6 mm. od brzegu błony rogowej a o 2 mm. poniżej równika poziomego, wprowadzając ją płaszczyną równoległą do równika poziomego; po wejściu rozszerzonego końca igły do wnętrza kuli oka przekręcano ją tak, iż płaską stroną stawiała równoległą do płaszczyzny tęczy i w tym kierunku posuwając się do głębi oka starano się wejść pomiędzy tęczę a przednią krzywizną soczewki do źrenicznego otworu. Gdy operator ujrzał koniec szerokiej igły w źrenicy, wówczas stosownie do tego jaką metodą chciał soczewkę z osi widzenia usunąć, nowy igłę nadawał kierunek. W razie zamierzonego osunięcia koniec szerokiej igły posuwał ku górze po przedniej krzywiznie soczewki a doszedłszy do jej górnego brzegu naciskał tenże płaszczyzną igły ku dołowi tak długo, aż mógł przypuszczać iż cała soczewka znajduje się niżej rzęskowego brzegu tęczy; wówczas przez parę sekund utrzymywał ją w tym nowym położeniu, a gdy mógł przypuszczać iż ciało szkliste posuwając się z tyłu w miejsce które soczewka uprzednio zajmowała, zdolne już jest tę ostatnią w nowo nabytym położeniu utrzymać, cofał igłę tą samą drogą i w tym samym położeniu w jakim też weszła do oka.

Kiedy zamiarem operatora było usunięcie zaciemka, wówczas koniec szerokiej igły widziany w źrenicy zasuwano w części poza wewnętrzy brzeg tęczy; w ten sposób całą płaszczyzną igły mógł działać na przednią krzywiznę soczewki. Poruszywszy parę razy soczewkę z przodu ku tyłowi, poznawał czy nacisk wywiera na jeden z jej równików, bo tylko w takim razie soczewka w całości mogła być ku tyłowi posunięta, a gdy się przekonał, iż w dobrym kierunku naciska usuwał soczewkę od przodu ku tyłowi i na zewnątrz. Oczywiście w środku oka kierunku usuwania soczewki nie mógł śledzić, ale kierunek ten był łatwym do przewidzenia, bo soczewka posuwała się przed igłą, a koniec téjże opisywał łuk, a raczej odcinek koła, którego środkiem była rana w błonie twardej, a promieniem część igły w oku zanurzona. Soczewka w kierunku tego łuku posuwa-

na, dochodziła na koniec do średniej części zewnętrznej połowy kuli oka, w tém miejscu utrzymywana była przez kilka sekund, a gdy operator przypuszczał, iż ciało szkliste, przez które soczewka swą drogę przebywała, kanał po jój przejściu powstały zapełniło, usuwał igłę z oka.

Wnosząc z tego opisu i jak się panowie przy ćwiczeniach praktycznych przekonacie, sposoby osuwania i usuwania zaciemka z wielką wykonywają się łatwością, a skutek ich bezpośredni prawie zawsze jest zadawalniający; jakież jest powód upadku tych sposobów? Powodem tym jest niepewność ostatecznych rezultatów. Statystyki z wszelką bezstronnością ze znacznej ilości chorych temi sposobami operowanych zbierane wykazały, iż w pierwszych tygodniach po operacji procent wypadków nieszczęśliwych nie był większy, a nawet czasami nieco mniejszy niż takiż po operacjach wydobywania zaciemka. W późniejszych jednak tygodniach, czasami zaś nawet miesiącach i latach, chorzy metodą usunięcia operowani podlegali niejednokrotnie cierpieniom dla oka zgubnym, tak iż po przeciągu lat dwóch od daty operacji, ilość wyleczonych znacznie się zmniejszała, a ilość wypadków niepomysłnych od 5—8% (procent wypadków niepomysłnych w pierwszym tygodniu po operacji) do 30—40% dochodziła. Na ten stosunek statystyki w początku dopiero bieżącego stulecia zwrócono uwagę, jakkolwiek z pewnością istniał on może nawet w niepomysłniejszych jeszcze i większych rozmiarach w czasie monopolu metody osuwania, kiedy chorzy nie byli tak troskliwie pielęgowani po operacjach, jak to miało miejsce w czasie walki zwolenników metody osuwania i wydobywania zaciemka. W owym to błogim czasie, kiedy wszystkie zaciemki osuwaniem były, lekarze zadawalniali się obserwacją bezpośredniego najczęściej dobrego rezultatu, a jeżeli niejednokrotnie i dochodziła ich w późniejszym czasie wiadomość o cierpieniach i utracie wzroku pomyślnie operowanych pacjentów, to tyle nasuwało się pozornie racjonalnych przyczyn tego niefortunnego ostatecznego zejścia, w zajęciach chorego, we wpływach atmosferycznych i t. p., że nie można się nawet dziwić, iż przyczyna rzeczywista zapoznaną i niedostrzeżoną zostawała. Przyczyną tą, jak to nowsze dokładne i sumienne obserwacje wykazały, była zawsze pozostawiona w oku soczewka. Zwolennicy metody osunięcia twierdzili, iż osunięta soczewka w bardzo prędkim czasie po operacji ulegała rozdrobnieniu i wessaniu, tymczasem sekcyje oczu osób, które za życia pomyślnie przez osunięcie operowanemi były i które wiele lat po operacji dobrym się cieszyły wzrokiem w $\frac{9}{10}$ wypadkach wykazały znaczne pozostałości osuniętych zaciemków; koniecznie więc nasunęło się przekonanie, że jeżeli w wypadkach pomyślnie operowanych osunięte zaciemki w nowém swém położeniu stale się utwierdziły i były tolerowane przez błony oka wewnętrzne, to jednak nie przestały one być ciałem obcym dla tych części, z którymi w zetknięcie operacjami wprowadzonymi były; że więc przy mniej korzystnych warunkach na podobieństwo ciał obcych, ciągle drażniąc siatkówkę i naczyniówkę mogły się stać przyczyną przeróżnych cierpień zgubnych dla delikatnych i szlachetnych wewnętrznych błon oka.

(D. c. n.)

K A Z U I S T Y K A.

Ze szpitala i o szpitalu.

Dr. Wygrzywalski.

Gazeta Lekarska nakreśliła sobie zadanie: zespolić wszystkie siły lekarskie w kraju, skoncentrować rozproszone czynniki w jedno ognisko i stać się z jednej strony organem odśrodkowym roznoszącym światło wiedzy i wiadomości specjalnych po kraju, z drugiej znów stroną organem zbierającym promienie, a choćby i odbłyśki wiedzy od zewnątrz do środka, a tym sposobem zużytkować wszystkie siły naukowe ku jednemu celowi, ku ogólnemu dobru.

Pierwszemu zadaniu Gazeta Lekarska wedle sił swoich i możliwości odpowiedziała. Lecz czy drugiemu? Zapewne prawdą jest, że umiejętność nie może być popularną, i zniżać się do powszedniości. — Ale ztąd nie wynika wcale, że wszystko co nie jest na zenicie nauki ma być niczem i bez żadnej wartości, szczególnie w nauce doświadczalnej jaką jest medycyna. — „*Non cuius datum adire Corynthus*“ — Drobne, pojedyncze postrzeżenia, jeżeli ich będzie wiele, będą zawsze materiałem użytecznym do dalszych badań, a łatwość wzajemnego udzielania ich sobie i poddawania sądowi będącym na czele postępu nauki w kraju, zachęci do więcej specjalnych poszukiwań, powiększy chęć ogłaszania pojedynczych wypadków, bądźto w myśli zasięgnięcia rady współkolegów, bądźto celem poddania własnych postrzeżeń i wniosków krytyce lub sprostowaniu więcej specjalnych kolegów.

Ta druga połowa pierwotnego założenia nie została dotychczas w Gazecie Lekarskiej w sposób zadawalniający przedstawioną, a zda mi się ona istotną ¹⁾. Tych kilku słów użyłem jako wstępu do ogłoszenia kilku seryj drobnych obserwacji, które nie mając wielkiego naukowego znaczenia, muszą mieć jakieś usprawiedliwienie, a może i tę rzeczywistą korzyść, że zachęcą i innych kolegów z prowincyj do naśladownictwa w udzielaniu swoich spostrzeżeń drukiem. Bo czyż nie są dotąd szpitale na prowincyi w znacznej części ową „*terra incognita*“ i materiałem zupełnie straconym. Oprócz cyfr żywionych w nich chorych, wyzdrowiałych lub zmarłych, niewiele dochodzi do wspólnej lekarskiej wiadomości. Pod względem higieniczno-statystycznym, może to mieć pewną wartość, ale pod naukowym zostaje jeszcze teraz bez żadnego prawie znaczenia.

W tę więc myśl spostrzeżeń moich nie ustawiam w formę sprawozdania, lecz podaję wypadki jakie mi się od ogłoszenia drukiem ostatniego sprawozdania wydarzyły w pewnych gruppach, mogących mieć jakąś większą lub mniejszą naukową wartość, a dodatkowo tylko załączę liczebny wykaz chorób chirurgicznych. Tej to właśnie części mojego artykułu, nadałem tytuł: „*z e s z p i t a l a*“, „*o s z p i t a l u*“ zaś napiszę później.

¹⁾ Redakcyja Gaz. lek. niczego bardziej sobie nie życzy, jak najdokładniejszego przedstawienia owej drugiej połowy założenia w myśli Szau. Korrespondenta, i byłaby zadaniu temu dawno uczyniła zadosyć, gdyby niestety nie ta kardynalna przeszkoda, że do spełnienia tego potrzebna właśnie współpraca PP. Kolegów na prowincyi żyjących, którzy dali Redakcyi niepraktykowaną dotąd cyfrę prenumeratorów, ale stosunkowo nader szczupłą liczbę współpracowników.

A. Miejscowe znieczulenie zajmuje dziś znacznie uwagę lekarską. Korzyść dla operującego i operowanego z tej nowej metody wynikające są tak wielkie, że się jój zastosowanie z każdym dniem zwiększać będzie. Ale czy ona nie ma także i ujemnych stron? to pytanie tylko większa liczba bezstronnych obserwacji rozstrzygnąć potrafi. Tu pomieszczę kilka wypadków operacyj w ten sposób dokonanych.

1. T ł u s z c z a k na szyi (*Lipoma*), ważący półtora funta. Antoni G..., włościanin 22-letni, miał narośl wielkości głowy dziecka, w okolicy podszczękowej. Narośl ta sięgała od gruczołu przyuszego aż ku połączeniu lewego obojczyka z kością mostkową. Był to zwyczajny tłuszczak. Został on przy znieczuleniu miejscowem bez trudności wyłuszczone, i choć go w częściach głęboko leżących oddzielać przypadało, chory nie dał wciągu operacji najmniejszej oznaki bólu i owszem z operującym ciągle w żartobliwy sposób rozmawiał. Rana w znacznej części zgoiła się przez sklejenie, a w ogóle zabliźnienie było szybkim.

2. W y ł u s z c z e n i e o b y d w ó c h n ó g w s t a w i e s t ę p o s t o p o w y m. Antoni K..., 17-letni chłopak, zabłąkawszy się w lesie odmroził obiedwie nogi, a nie mogąc kroku z miejsca postąpić, strawił tam 5 dni i nocy bez pożywienia. Gdy go do szpitala przywieziono, obiedwie nogi były zgorzelą dotknięte, całe kości palców i kości stopowe do połowy były odsłonięte. Gdy się zgorzel ograniczyła, przystąpiliśmy do wyłuszczenia w stawie stępostopowym. Dwa narządy R i c h a r d s o n a działały, jeden z wierzchu, drugi z pod spodu. Po uformowaniu górnego i dolnego płatu (o ile pozostała skóra dozwalała), wyłuszczenie dość wolno zostało wykonanem. Mimo to chory nie dał najmniejszej oznaki bólu, a nawet gdy go chciano do wyłuszczenia drugiej stopy chloroformem uspić, on się chloroformować nie dozwolił, prosząc, aby mu i drugą stopę „z maszynką“ odjęto.

Co też również bez bólu zostało dokonanem. — Chory jest obecnie konwalescentem.

3. A m p u t a c y a p r z e d u d z i a. Mikołaj W..., w robnik 55-letni cierpiący od lat kilku na Elephantiasis stopy, przybył do szpitala z żądaniem odjęcia odnogi, która mu gwałtowne bóle sprawiała. Palce lewej nogi były zniszczone, stopa cała w dwójnasób zgrubiła i skóra dolnej trzeciej części przedudzia przeistoczona.

Amputowaliśmy *in loco electionis* znieczulając części na około 3 przyrządami R i c h a r d s o n a. Ponieważ znieczulenie miejscowe od powierzchni w głąb postępuje, a chcąc choremu bólu oszczędzić i mieć dokładną o znieczuleniu obserwację, nie robiliśmy płatu z łytki (jak zwykle robimy), zgłębi ku powierzchnią ciętego, lecz operowaliśmy cięciem kolistem z skórnyim mankietem. Ten nie dał się dobrze odwinąć z powodu stwardnienia skóry przez zamrożenie, ztąd też cięcie przez mięśnie wypadło niżej i rana niedość dokładnie została pokryta. Chory podczas operacji jęku żadnego ani krzyku nie wydał, ani się rzucał, uskarżając się tylko na uczucie palenia w miejscu operowanem. Największą oznakę bólu okazał on w chwili odpitowania kości. Operacja (prócz początkowego natryskiwania przez minut 6), trwała minut 8.

4. Wyłuszczenie raka z piersi i z pod pachy (extra muros szpitala dokonane) należy też policzyć do bezwarunkowo korzystnych rezultatów operacji przy znieczuleniu miejscowém. P. E.... G..... była w roku 1865 pierwszy raz na raka piersi i gruczołów pod pachą operowaną. Podczas chloroformowania nastąpiła asfiksya, która zaniepokoiła nas o życie operowanej. Dla tego też gdy powtórny raz była w roku 1866 operowaną, nie można ją było bez niebezpieczeństwa chloroformować, i tylko odurzona chloroformem, czuła niemal cały ból podczas operacji. Gdy następnie wciągu 10ciu miesięcy potworzyły się wzdłuż dawnej blizny twardości rakowate od wielkości pomarańczy do wielkości orzecha, ból i cierpienia pozbawiające chorą spoczynku zniewoliły ją domagać się wycięcia nowotworu po raz trzeci.

Wykonaliśmy to przy znieczuleniu miejscowém z pomocą dwóch przyrządów. A choć samo wyłuszczenie z głębi pachy było bardzo mozolném, gdyż ramie dla blizn dawniejszych mało co mogło być od ciała oddalonym, i jedna twardość na samym zwoju pachowym (plexus axillaris) siedząca musiała być wyłuszczoną, chora właściwego bólu żadnego nie czuła, opisując go tylko jako uczucie gorąca, i ucisku na narośle i dodawała, że gdyby nie wiedza i słuch, toby nie mogła powiedzieć czy była operowaną lub nie.

5. Amputacja w przedbarku. Michał N..., robotnik, 50 lat mający przybył do szpitala mając cztery palce ręki (prócz wielkiego) sieczkarnią odcięte, miękkie części ręki zgniecione, skórę dolnej części przedbarku zdartą.

Sprobowaliśmy najpierw rękę utrzymać, lecz gdy po 36 godzinach części zgniecione dotknięte zostały zgorzelą, musieliśmy się na amputację zdecydować. Niedowierzając cośkolwiek miejscowemu znieczuleniu, poddaliśmy chorego działaniu chloroformu, lecz zaledwie przez pół minuty zaczął nim oddychać, dostał on tak gwałtownych kurczów tężcowych, oddech stał się chrapiącym, tętno tak słabém, że bez niebezpieczeństwa niemożna było dalej dawać chloroformu.

Zastosowaliśmy więc miejscowe znieczulenie dwoma narządami Richardsona. Było ono niezupełném, gdyż chory w chwili przecięcia nerwu łokciowego gwałtownie krzyknął, oznaczając ból jakiego doznał tak, jakby mu kto ząb wyrwał.

Obserwacya ta z dwóch względów zasługuje na uwagę. Najpierw, zdarzyło mi się wznacznój liczbie chloroformowanych spotkać podobną idiosynkrazję, żeby po 30—40 sekundach, takie zatrucie chloroformem nastąpiło; powtóre, że choć znieczulenie miejscowe nie było zupełném, to jednak uczucie bólu było znacznie przytęploném. Być także może, że i szybkość operowania nie dała choremu całego bólu uczuć, gdyż amputacya z podwiązaniem mało więcej nad dwie minuty zajęła.

Porównyując poprzednie wypadki między sobą, to zapewne wyłuszczenie w stawie stawowym będąc dużo powolniejszym rękoczynem jak amputacya przedbarku, już przez to samo jest bezwątpienia boleśniejším, a jednak na obydwóch nogach wykonane ze znieczuleniem miejscowém było zupełnie bezboleśném. Tak też mam wyłuszczenie rakowatych narośli, siedzących w bliznach w głębi pachy

na zwoju nerwowym za boleśniejszą operację, jak amputację, a jednak chora na żaden wyraźny ból się nie uskarżała.

Wnosićby z tego można (co i łatwem jest do zrozumienia), iż tam znieczulenie miejscowe jest zupełnem, gdzie przebiegają cieńsze nitki nerwowe, a zaś muićj kompletnem, gdzie są grube pnie nerwów. *(Dalszy ciąg nastąpi.)*

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Uranoplastyka

podług B. Langenbecka.

Nazwa ta z greckiego *οὐρανός* (niebo) wzięta, oznacza operację mającą na celu zamknięcie organiczne dziur i szczelin w twardem podniebieniu się znajdujących. Operacja ta należy do wynalazków naszego stulecia, bo pierwszym (*) jej wykonawcą był W. Krimer, lekarz z Akwisgranu, który w r. 1824 dziewczynie 18-to letniej, mającej od urodzenia wilczą paszczę, przywrócił normalne podniebienie. Po nim zasługę oddać należy PP. Dieffenbach, Roux, Wutzer, Blandin, Botrel, Field i Baizeau, których operacje z pomyślnych skutków są znane. Operowali i inni, lecz tych wypadki w części nie są opisane, a w części pomyślnym nie mogą się poszczycić skutkiem. Sposoby, jakimi operowano, były rozmaite: i tak Krimer oddzielał płaty błony śluzowej od kości, pozostawiając je w połączeniu z brzegami samego rozdwojenia podniebieniowego; następnie wywracał je tak, że dawna ich powierzchnia w górę, a nowo utworzona (od kości oddzielona) na dół obróconą była, i brzegi ich w linii środkowej połączył za pomocą szwu; Nélaton i Blandin podobnie jak Krimer korzystali z miękkiego podniebienia, tworząc zeń płaty służące do wypełnienia szczeliny w twardem podniebieniu.

Dieffenbach, przekonawszy się o zbawiennem zastosowaniu zwalniających bocznych nacięć przy stafilografii, użył ich przy uranoplastyce; dla tego nie wywracał oddzielonych od kości płatów błony śluzowej, lecz przysuwał je do siebie i po okrwawieniu zeszywał. Podobnym sposobem operowało wielu chirurgów, mianowicie Roux, w nowszych czasach W. Ferguson, Pollak, Field, w Ameryce Warren i inni; lecz w rezultatach nie cieszyli się wielkiem szczęściem, bo w największej liczbie wypadków musieli dopełniać operacji przez zamykanie pozostałych dziurek sztucznymi abturatorami, albo po częstokrotnych dopiero przypalaniach pożądali osiągnięcia skutek.

Wreszcie tak nowo utworzone podniebienie nie stało się zbytnią pociechą dla operowanych, bo było tylko miękką zapełnione substancją, t. j. błoną śluzową. Dieffenbach chcąc usunąć tę niedokładność, podał projekt wypełnienia szczelin twardego podniebienia za pomocą tkanki kostnej; w tym celu radził przepiłować piłką łańcuszkową Heyne'go kości podniebieniowe muićj więcćj równoległe z brzegami rozdwojenia, zbliżyć je do siebie i połączyć złotym lub ołowianym drutem. Lubo sam nie wykonał ani razu swego pomysłu, znalazł atoli zwolenników i to najprzód u lekarza Wutzer z Bonn, który w r. 1834 młodzieńcowi 20-to letniemu szczelinę dość znaczną w podniebieniu operował z pomyślnym skutkiem. Po nim Bühning, Löwenhardt, C. O. Weber, Gray, byli zwolennikami osteoplastyki, lecz skutki ich operowania nie były zadawalniające. Wspomnieć tu należy o sposobie który Blasius wykonał przenosząc skórę z czoła w wypadku, gdzie oprócz rozdwojenia podniebieniowego także i nos uległ zniszczeniu. O skutku tej operacji wiadomości nie mamy, zdaje się jednakowoż że nie był pomyślny. Nie wiele szczęśliwsi byli chirurdzy, którzy dziury podniebieniowe zamykać zamierzali tylko za pomocą środków żrących (caustica). B. Langenbeck, któremu przynależy przysługa zebrania wszystkich dotyczących uranoplastyki materyałów, i ogłoszenia ich drukiem w „Archiv für klinische Chirurgie”, doprowadził operację tę, można powiedzieć do szczytu doskonałości. Operował on i sposobem Krimera i Dieffenbacha, lecz skutki tego operowania nie były bardzo pomyślne.

(*) Graefe w Berlinie r. 1816, a Roux r. 1819, wykonali pierwsi Staphyloraphiam,

To też przekonawszy się o skutkach przenoszenia błony okostnej przy tworzeniu sztucznych nosów w r. 1859 na dwóch chorych, jednym w Berlinie, a drugim w tutejszym szpitalu starożytnych, oparty na doświadczeniu, że odkrobanie okostnej bynajmniej nie grozi niebezpieczeństwem psucia się kości, że błona ta wspólnie z miękkimi częściami (skórą, lub błoną śluzową) oddzielona, nie traci swój żywotnej siły, lecz przyłożona do obnażonej kości znówu do niej przrasta; nakoniec, że przeniesiona w celu wypełnienia szczeliny kostnych może kość wytworzyć, — powziął myśl zastosować przenoszenie okostnej przy wykonaniu uranoplastyki.

Zanim przystąpimy jednakowoż do szczegółowego opisanja téj operacji, wspomnieć nam wypada, jakiego kształtu bywają szczeliny podniebieniowe, pomijając opis anatomiczny prawidłowego podniebienia, umieszczony w dziele, z którego czerpiemy wiadomości nasze. Opiszemy tu tylko szczeliny wrodzone, nie zaś w skutek próchnienia kości powstałe.

Rozdwojenia więc podniebienia bywają:

A. Całkowite (*Hiatus palati duri totalis*, *Uranoschisma*), które występują tylko w połączeniu z rozdwojeniem miękkiego podniebienia, i po największej części także z rozdwojeniem wargi górnej. Te zaś dzielą się na: 1) Środkowe (*Hiatus palati duri intermedius*, *Uranoschisma intermedium*), przyczem okazuje się zupełny brak kostek międzyszcękowych, kości lemieszowej i międzynoszdrza; 2) Obustronne (*Hiatus palati duri bilateralis*, *Uranoschisma bilaterale*), wleczą paszczą zwane, gdzie oprócz rozdwojenia podniebienia miękkiego w linii środkowej, wargę górną przez dwie szczeliny boczne na trzy płaty podzieloną bywa, a wyrostki podniebieniowe są prawie całkowicie nierozwinięte. 3) Jednostronne (*Uranoschisma unilaterale*), częściej napotykanne; tu także miękkie podniebienie jest rozdwojone w środku, a wargę górną rozdzieloną przez szczelinę, położoną zwykle po lewej stronie. Kostki międzyszcękowe z prawą połową szczęki górnej stopione, jój wyrostek podniebienny (*processus palatinus*) nie leży prawidłowo poziomo, lecz prawie pionowo i jest do kości lemieszowej przyrośnięty; lewa połowa nie rozwinięta, a jój wyrostek zębodołowy (*processus alveolaris*) znacznie odstający. Dodać należy, że im wcześniej rozdwojenie wargi usuniętem było, tém mniejszą staje się szczelina w podniebieniu, należy zatem każde dziecko przychodzące na świat z tego rodzaju zniepodobnieniem (*difformitas*) warg, ile możności wcześniej operować.

B. Częściowe rozdwojenia podniebienia (*Uranocoloboma*, napotykanne w rozmaitych kształtach i tak: 1) jako rozdwojenie całego twardego podniebienia z wyjątkiem wyrostka zębodołowego; tutaj rozdwojenie wargi i miękkiego podniebienia nie jest koniecznem, ale za to mamy brak części poziomych kostek podniebiennych i wyrostka podniebiennego; kostki międzyszcękowe są prawidłowo zrośnięte z wyrostkiem zębodołowym, a kość lemieszową widać jako czerwony rąbek przedzielający rozdwojenie na dwie połowy. 2) Rozdwojenie podniebienia twardego, aż do środka wyrostka podniebiennego zachodzące; *Langenbeck* wspomina tylko o dwóch wypadkach tego rodzaju, w których i miękkie podniebienie i wargę górną były rozdwojone, wyrostek zaś zębodołowy zupełnie prawidłowo wykształcony. 3) Rozdwojenie samej części poziomej kostek podniebieniowych, również jak i 4) rozdwojenie samego tylko podniebienia miękkiego, rzadziej już są napotykanne. 5) Brak wyrostka podniebiennego, przy zupełnie prawidłowem zachowaniu się wszystkich innych części, jest bardzo rzadkim, również jak i 6) brak jednej lub obydwu kostek międzyszcękowych; najrzadziej napotykanmy 7) nieprawidłowo rozszerzoną przetokę przewodu zębodołowego (*Hiatus foraminis palatini anterioris*).

Narzędzia (*), jakich *Langenbeck* używa, są: dwa tępce haczyki, elastyczną taśmą z sobą połączone i służące do rozszerzenia otworu ustnego; szczypcezyki o długich ramionach, haczykowato zakończone (*pincettes*), proste i na kant zagięte; nożyk z ostrzem brzuszkowatém do okrawiania brzegów rozdwojenia i przecięcia powłoki śluzowo-okostnej podniebienia, i nóż mocno zakrzywiony, z ostrzem na swym brzegu wklęsłym (*tenotom*), do przecięcia mięśni podniebiennych; skrobaczki (*raspatoria*) i drążki (*elevatoria*) gładko polerowane i nie rafowane; nożyk obosieczny, guziczkiem zakończony i trochę zakrzywiony, do oddzielania podniebienia

(*) Narzędzia kompletne w pudełku kosztują 25 talarów u *Luttra* w Berlinie przy ulicy Francuskiej Nr. 53.

miękkiego od tylnego brzegu podniebienia kostnego; wreszcie narzędzie służące do przeprowadzenia nitki przez brzegi okrwawionego podniebienia. Narzędzie to jest podobnem do szewskiego zakrzywionego szydła, i składa się z grubej rękojeści z kości słoniowej i stalowego pręcika, zakończonego pod rozwartym kątem ostrą igłą długości 8—10". Przez całą długość narzędzia od rękojeści aż do końca igły, przechodzi rurka, w której znajduje się sprężynka spiralna, opatrzona haczykiem złotym w bliskości ostrego końca igły; haczyk ten wysuwa się z powyższego końca rurki na zewnątrz za posunięciem tarczy, osadzonej na pręciku stalowym tuż przy rękojeści. Użycie narzędzia igłowego nie jest trudnem: operator przedziurawia niemię płat jakby szydłem i wysuwa sprężynkę haczykową, na którą pomocnik zaczepia nitkę: wtedy puszca się tarczę z pod palca, sprężynka się chowa pociągając za sobą nitkę do rurki, poczem wyjmuje się narzędzie igłowe z płata wyciągając zarazem jeden koniec nitki, którą się łatwo odczepia. Do zaczepienia nitki, które, nawiasem mówiąc, nie jest zbyt łatwem, używa pomocnik zgłębnika zakończonego dwoma palczykami, na których wypręta nitkę i podaje ją chwytającej sprężynce. Każdy koniec nitki musi być osobno schwytyany i przez płat przeprowadzony. W początkach używał *Langenbeck* tylko nici jedwabnych, teraz zaś dodaje do nich jeszcze parę szwów z drutu srebrnego, i nie wiąże ich pojedynczo lecz dopiero wtenczas, skoro już wszystkie przeciętniętmi zostały. Aby się nie pomylić przy wwiązaniu nitki, zakłada na głowę operowanego obrączkę złożoną w połowie z metali, a w połowie z wulkanizowanego kauczuku; połowa metalowa znajduje się na czole i opatrzona jest 10—12 kleszczykami, służącemi do utrzymania tyłu nitki przeprowadzonych przez płaty. Przy zszywaniu używa *L.* zamiast szczypek do przytrzymania, haczyka ostrego, podobnego do haczyka *Bromfielda*. Operację należy wykonywać na siedzącym chorym, chociaż na leżącym łatwiej jest oddzielać powłokę śluzowo-okostną; lecz chory wtenczas za wiele zwykle polyka krwi, co niekiedy może być szkodliwem.

Znieczulenie ogólne za pomocą chloroformu nie jest dobrém, gdyż użycie ustnego wziernika w tenczas niezbędnem się staje, a takowy przeszkadza tylko operującemu, mającemu i tak mało miejsca. Zresztą operacja nie jest tak bolesną, żeby się chorzy nań zbyt często skarżyli. Dzieli się ona na pięć głównych działań: 1) Okrwawienie czyli ożywienie brzegów rozdwojenia, 2) przecięcie mięśni podniebiennych, 3) boczne nacięcia, 4) oddzielenie powłoki śluzowo-okostnej od kości, i 5) zeszyte brzegów.

Co do pierwszego, skoro usta za pomocą haczyków są dostatecznie rozszerzone, operator chwyta szczypkami jedną połowę języczka a przyciągnawszy ją nieco do siebie, rozpoczyna końcem nożyka brzuszkowatego cięcie, idące od nasady języczka aż do przedniego kąta rozdwojenia w odległości 1" od brzegu szczeliny, przyczem zajmuje całą grubość miękkiego podniebienia aż do kości. Cięcie należy tak prowadzić, aby brzeg ożywiony został ukośnie, przez co otrzyma się większe powierzchnie, daleko łatwiej zrastające się *per primam intentionem*. Następnie takie same cięcie robi się na brzegu przeciwnym rozdwojenia, i łączy się obadwa cięcia w kącie tylnym, wycinając przy pomocy szczypek i nożyczek rozdzielającą przy nasadzie języczka kawałek miękkiego podniebienia.

Przecięcie mięśni: dźwigacza podniebienia i zwieracza paszczy (*Mm. levator veli palatini et pharyngo-palatini*) musi być po obu stronach wykonane i to w ten sposób, że operator wprowadza nożyk zakrzywiony poniżej haczyka szydlastego (*hamulus pterygoideus*), i posuwając go z zewnątrz na wewnątrz, i z przodu ku tyłowi przez miękkie podniebienie do tylnej ściany paszczy, przecina je w całej swej grubości, aż do tylnego brzegu kostki podniebieniowej. Cięcie to nie jest dłuższem nad $\frac{3}{4}$ ", a zwalnia dostatecznie miękkie podniebienie i nie narusza naczyń przez przewody skrzydłasto-podniebienne (*canales pterygo-palatini*) przechodzących. Co do nacięcia bocznego, to te robi się albo po obu stronach, albo tylko po jednej, i to zawsze na wewnętrznej powierzchni wyrostka zębodołowego, przez całą grubość powłoki śluzowo-okostnej. Jeżeli rozdwojenie jest jednostronne i wyrostek podniebieniowy z lewyszem pionowo zrosnięty, wtedy nacięcie poprowadzić należy tylko po stronie przeciwnej, w innych zaś razach nacina się oboustronnie.

Nacięcie powinno zawsze mieć kierunek mniej więcej równoległy do brzegu ożywionego, aby płat utworzony miał dostatecznie szerokie mosty, łączące go z resztą podniebienia. Na-

stopniem przychodzi kolej na oddzielanie powłoki śluzowo-okostnej, dla utworzenia płatów mających wypełnić szczelinę w podniebieniu.

Otóż w rozdwojeniu środkowym, gdzie po obu stronach robią się nacięcia zwalniające, rozpoczyna się oddzielenie płatów o l nacięcie bocznych do brzegów ożywionych rozdwojenia, a więc w kierunku od zewnątrz na wewnątrz; w rozdwojeniu zaś jednostronnem rozpoczyna L. po tej stronie, gdzie wyrostek podniebienny z lemiuszem jest zrosnięty, t. j. od brzegu ożywionego; z drugiej zaś strony, od zrobionego poprzednio nacięcia bocznego. L. skutecznie oddzielenie z początku za pomocą skrobaczki, a skoro już około $\frac{1}{4}$ odłączył, używa pewnego rodzaju podważacza, za pomocą którego w kilku poruszeniach pożądaný cel osiąga.

Założenie szwów można zaraz po odłączeniu płatów uskutecznić, gdyż krwotok pomimo licznych przerw na naczyń krwionośnych nie jest zbyt silnym.

Wykonać je tak należy, ażeby powierzchnie brzegów ożywionych w całej swej ukośnej okazałości do siebie przytykały. Dla tego więc przekłuwa się płat narzędziem igłowym w odległości więcej jak $1'''$ od samego brzegu, przytrzymując go haczykiem ostrym. Do przebicia prawego płatu należy narzędzie igłowe uchwyścić ręką prawą, a do lewego lewą, haczyk zaś drugą odpowiednią.

L. zakłada zwykle pierwsze szwy przez twarde podniebienie, poczynając od przedniej części; po przeciągnięciu obu dwóch końców nitki, wkłada je w jeden kleszczyk obrączki na głowie umocowanej, i tak postępuje z każdą nitką wciągając ją w następny osobny kleszczyk. Przez środek płatów mających zastąpić podniebienie twarde przeprowadza drut srebrny i to w następujący sposób: ponieważ drut nie mogłby się zahaczyć za sprężynkę złotą z narzędzia wychodzącą, gdyż nie jest dostatecznie giętki, przywiązują się zatem do obu dwóch końców przeznaczonego drutu dwie nitki jedwabne, które pomocnik na palczykach zgłębnika operującemu podaje. Do zszywania miękkiego podniebienia używa L. znowu nici jedwabnych. Skoro już dostateczna ilość nitek przeprowadzoną została, których przy całkowitem rozdwojeniu powinno być 10—12, natenczas przystępuje się do zwięzywania, poczynając od nici w pierwszym znajdujących się kleszczyku, a kończąc na ostatnim.

Opatrunek chorego po operacyi ogranicza się na zimnych okładach, które jako chustka na szyję kilka razy dniami ponawiać należy; zatrzymanie stolca, tak często u chorych leżących napotykané, najlepiej jest usunąć za pomocą lewatyw. Gdyby powstało silne zapalenie miękkiego podniebienia, natenczas przystawić należy w drugim lub trzecim dniu 6—8 pijawek na przedniej górnej części szyi. Dość częstém następstwem po operacyi bywa ślinotok, który Langenbeck radzi łagodzić płókaniem z lekkiego rozczynu aluinowego; przy ropieniu zaś niektórych ranek, z przebicia igłą powstałych, wystarczało płókanie naparem rumianku z małym dodatkiem tynktury myrrowej. Pokarmy winny być podawane w płynach ile możności pożywnych jak: rosół z kaszką i jajkiem, mleko i t. p., lecz nie należy zbyt często powtarzać.

Zaraz po operacyi dostawali chorzy trochę wina z wodą, kawałki lodu lub też lody cukrowe. Szwy odcinowano zwykle w czwartym lub szóstym dniu, lecz tylko łączące twarde podniebienie; co zaś do srebrnych, te pozostawiał L... 14—20 dni; resztę wyjmował w 8 lub 10tym dniu.

Chorzy opuszczali łóżko dopiero po wyjęciu ostatnich szwów. Ponieważ rozdwojenia wrodzone po największej części połączone bywają z rozdwojeniami miękkiego podniebienia, zachodzi przeto pytanie, czy należy operować współcześnie całe podniebienie, czy też osobno miękkie, a osobno twarde i które wprzód? Langenbeck operował do końca 1863go roku czterdzieści dwa wypadki, lecz tylko 25 ogłosił drukiem wraz ze szczegółowym przebiegiem; operował najrozmaiciej t. j. równocześnie całe podniebienie, lub najprzód miękkie a potem twarde, i przeciwnie, i na zasadzie tego postawił wniosek, że lepiej jest połączyć najprzód twarde, a później miękkie podniebienie. Operując równocześnie miękkie i twarde podniebienie, otrzymał zwykle pożądaný skutek tylko w twardej podniebieniu; połączenie zaś miękkiego zawsze się nie udało i musiał tego dokonać przy pomocy powtórnej operacyi.

Po połączeniu najprzód miękkiego tylko podniebienia, operacya następna nierównie trudniejszą była do wykonania, z powodu znacznie uszczuplonego miejsca dla działania narzędzia-

mi. To też w ostatnich czasach L... zawsze operował najprzód twarde podniebienie a dopiero po zagojeniu tego miękkie. Twarde podniebienie zawsze się zrosło, bo okostna oddzielona od kości i znowu do niej na innem miejscu przyłożona, prędko się z kością zrasta, — okoliczność, dająca nam niemalą rękojmię spojenia się połączonych brzegów rozdwojenia, gdyż ułatwia zadanie nacięć bocznych, koniecznych nie tylko do utworzenia płatów, ale także i do zmniejszenia napięcia po ich połączeniu. Otrzymawszy spojenie twardego podniebienia, łatwiej jest połączyć miękkie, gdyż nieoperowane połowy znacznie wtedy zbliżają się do siebie, tak, że często niepotrzebnym już bywa przecinanie mięśni podniebieniowych, jeśli tego poprzednia nie wymagała operacya, jak to w kilku wypadkach miało miejsce. Zresztą nadmienić jeszcze wypada, że po operowaniu samego twardego podniebienia, nigdy nie było tak silnych objawów zapalnych jak po operacyi samego miękkiego, a tém mniej jak po połączeniu jednorazowem całego podniebienia.

Uranoplastyka może się nazwać operacyą najszczęśliwszą dającą wypadki. Na dwudziestu-pięciu operowanych, pięciu tylko nie uzyskało zupełnego połączenia; dziewiętnastu było zupełnie uleczonych, a jeden tylko wypadek wcale się nie udał. W 17-tu zaś dotąd nieogłoszonych wypadkach, gdzie Langenbeck zawsze najprzód twarde połączył podniebienie, nie masz ani jednego, któryby się nie udał. Najważniejszą z korzyści, jaką uleczony z powyższej operacyi odnosi, jest poprawa mowy, która przedtem była niezrozumiałą, syczącą lub gwizdającą, w skutek niemożliwego, lub też niedokładnego tworzenia się spółgłosek w jamie ustnej. Uposledzeni podobnem kalectwem wolą raczej milczeć i tylko pismem porozumiewać się z otaczającymi, aniżeli okazać jak przyskre wydają z siebie głosy, wstydząc się tego, co wcale nie jest ich winą. Szczególniej chorzy, którzy w skutek syfilisu utracili podniebienie, podejrzewając, iż każdy pragnący z nimi rozmawiać, domysla się prawdziwej tego przyczyny, unikają usilniotowarzystwa i takim sposobem czują się najniezszczęśliwsi w świecie jednostkami. Często także po zamknięciu nieprawidłowych dziur lub rozdwojeń, uleczeni bardzo długo trwają uporczywie w dawniejszem milczeniu, niedowierzając iżby mowa ich zrozumialszą się stała. Wprawdzie po operacyi rozdwojeń wrodzonych, nie zaraz mowa prawidłową się staje, i tylko wielkie polepszenie jej otrzymuje się; mięśnie językowe bowiem mogą się powoli tylko przyzwyczaić do działania w ciśniejszej jamie ustnej; — uleczeni przeto muszą się uczyć mówić. Inaczej ma się rzecz z operowanymi, których dziury w podniebieniu są nabyte. Tych mowa wkrótce po zamknięciu szczeliny do dawnego prawidłowego powraca stanu, i zupełnie zrozumiała się staje. Dziury nabyte operuje Langenbeck tak samo jak i wrodzone, t. j. przenosząc warstwę śluzowo okostną na miejsce próżne. Nacięcia boczne robi albo po obu stronach szczeliny, albo tylko po jednej; nie podaje jednak żadnych prawideł co do właściwości wykonania ich w danym wypadku, zostawiając to zupełnie do woli operującego. Nadmienić nam w końcu należy o sposobie, którym Langenbeck w czterech wypadkach operował małe dziurki, pozostałe po niezupełnem zagojeniu się brzegów połączonych. Sposób ten polega na wcisnięciu w częściowo okrwawioną dziurkę małej zatyczki (obturator), wykrojonej z powłoki śluzowo-okostnej i przewróceniu jej tak, że powierzchnia śluzowa do góry a okrwawiona ku dołowi jest skierowaną. Dolna ta powierzchnia styka się w zupełności z okostną, należącą do nowoutworzonych i brzegami spojonych z sobą płatów bocznych. Sposób ten we wszystkich czterech wypadkach dobrym uwieczniony był skutkiem; przedstawiając bowiem dwie ścianki okrwawione powierzchnie, ściśle do siebie przylegające, daje niewątpliwą rękojmię prędkiego i silnego zrośnięcia się tychże.

Dr. Tubaczyński.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 29 Maja do 4 Czerwca (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozostalo.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	583	374	191	18	543
„ Sgo Ducha	133	33	31	5	132
„ Ewangelickim	57	18	9	3	63
„ Sgo Rocha	62	35	21	2	73
„ Sgo Jana Bożego	169	3	4	2	166
„ Sgo Łazarza	314	66	57	1	322
„ Starozakonnych	370	91	97	7	357
Ogółem:	1690	420	410	39	1661

KORRESPONDENCYA.

Każdy obeznany cokolwiek z rozwojem nauk przyrodzonych przyzna zapewne, że umysł ludzki w dociekaniu praw natury, na każdym kroku na nieprzewidywane napotyka przeszkody; jużto w obserwacji samych faktów, jużto w następstwie wyprowadzaniu wniosków, od racjonalnego zestawienia których zależy wykrycie praw kierujących pewnym zjawiskiem. Droga to mozolna i ciężka, przechodząca przez rozmaite szczeble, poczynając od hipotezy, prawdopodobieństwa, a sięgająca czasem zupełnej pewności! Nic więc dziwnego, że w tej wewnętrznej pracowni ducha ludzkiego, runie nie raz nie jeden gmach, zbudowany siłą wieków, uświęcony tradycją i czczony przez wiele pokoleń. Medycyna pod tym względem szczególnie uderzające przedstawia przykłady: pojęcie niemal o każdej chorobie jakimto uległo zmianom, nie sięgając nawet dalej XIXgo stulecia. Ta przelotność teorii zrodziła w społeczeństwach zupełną obojętność na fakta, którym brak dostatecznych obserwacji na utrwalenie prawa obywatelstwa w nauce. Zastosowanie jednakże tych prawdopodobnych wyników w dziedzinę praktycznego życia, jeśli nie przyniosłoby pożądaných rezultatów w danych wypadkach, wskazywałoby przynajmniej badaczom, że na inną drogę zwrócić się należy. Uwagi te głównie mamy na myśli odnieść do epidemii cholery. Niespełna 40 lat jak gość ten zawitał do nas, mnóstwo najdziwniejszych o jego naturze powstało teorii, a jednak wśród tej powodzi stoją odosobnione fakta, które poparte coraz nowemi spostrzeżeniami domagają się ścisłego zastosowania w praktycznym życiu społeczeństw. Pojęcie zaraziwości cholery i uważanie odchodów cholerycznych w zetknięciu z rozpadowemi istotami organicznemi za jedno z główniejszych źródeł rozszerzania się tej choroby, jakkolwiek nie jest owocem badań ostatnich czasów, pojęcia te albowiem błąkały się od początku ukazania się cholery w Europie, lecz w ostatnich czasach poparte mnóstwem spostrzeżeń i doświadczeń, zyskują w gronie lekarzy coraz większą liczbę zwolenników, tak, iż w czasie ostatniej epidemii wzięte zostały w części za podstawę naszych policyjno-sanitarnych urządzeń. Wiemy, że główny rezultat jaki z zastosowania ich osiągnąć jesteśmy w stanie, zależy tylko na możliwości ograniczenia rozwoju tej epidemii. Przepisy na tych zasadach podane, znane są każdemu lekarzowi, nie mam potrzeby ich tu szczegółowo podawać; chcemy głównie zwrócić naszą uwagę na niedokładność a nawet zupełne zaniebdanie ich wykonania przez większą część mieszkańców, a ztąd niepodobieństwo przy takich okolicznościach otrzymania rezultatu, jaki głównie mają na celu t. j. ograniczenia epidemii. — Przyczyn takiej obojętności szukać potrzeba raz w niemożności w pewnych wypadkach wykonania, przez pojedyncze jednostki tych przepisów, trudno albowiem wymagać np. od familii, aby gdy ktokolwiek z jej członków ulegnie zarazie, zajmowała się odwonianiem odchodów, oczyszczaniem powietrza, praniem bielizny i t. p.; główna jej uwaga zwraca się na pielęgnowanie samego chorego, a gdy ten umrze, żal po utracie każe zapomnieć o najważniejszych sanitarnych przepisach; z drugiej strony niski stan oświaty naszego społeczeństwa zdradza niewiarę w skuteczność podawanych wskazówek, i kępuje nieraz i w niwecz obraca najracjonalniejsze środki. Społeczeństwo znajdując się w czasie epidemii w tak niebezpiecznym stanie pod względem utrzymania swego życia, winno się uciec do nadzwyczajnych i wyjątkowych środków, zapewniających mu ściśle wykonanie przepisów przez każdą jednostkę. Jeśli w czasie grassującego księgosuzu, społeczeństwo dla powstrzymania jego rozwoju i zabezpieczenia się od strat materyalnych, chętnie zgadza się na pewne ofiary i ograniczenia swęj własności: dlaczegóżby w wypadkach grożących jego własnej egzystencji nie miało ponieść pewnych ofiar, zapewniając sobie przez właściwe urządzenia, ściśle wykonanie przepisów mających na celu powstrzymywanie rozwoju cholery? Aby się pod tym względem zabezpieczyć i usunąć samowolne lub niezależne od jednostek przeszkody, społeczeństwo winno z łona i kosztem swoim w czasie pojawienia się cholery wytworzyć oddzielną służbę choleryczną, którejby obowiązkiem było nie tylko pilnowanie wykonania pod tym względem wydanych przepisów, ale i wykonanie ich tam, gdzie niemożność lub ciemnota jednostek stają temu na przeszkodzie. W tym kierunku przedsięwzięte przez władze nasze, w czasie ostatniej epidemii w Warszawie, usiłowania uwiecznione pomyślnym rezultatem, przyczynią się zapewne na przy-

szłość do rozwinięcia i uzupełnienia w tym kierunku urządzeń na całym obszarze kraju. Na tój bowiem j e d y n i e d r o d z e, w obecnym stanie naszych wiadomości możemy się spodziewać pomyślnych dla nas rezultatów. Nie mogę pominąć tu milczeniem pewnego faktu, który przyczynia się zapewne głównie do szybkiego rozprzestrzenienia się cholery w naszych miastach i miasteczkach zaludnionych po większej części przez starozakonnych, a na który dotąd nie zwracano należnej uwagi, a tём jest: tłumne przenoszenie się jedynie z obawy, starozakonnych z miejsc dotkniętych już zarazą do okolicznych miejsc wolnych jeszcze od niej. Szkodliwość tego rodzaju wędrówek nie tylko przyczynia się do szybszego rozprzestrzenienia epidemii, ale równocześnie zwiększając ciasnotę i tak szczupłych żydowskich pomieszczeń, przez przybycie nieraz znacznej ilości niezawsze w tym czasie pożądaných gości, powiększa i stopień natężenia epidemii. Podobnego rodzaju wizyty powinny być surowo wzbronione, a dopilnowanie tego, możnaby najwłaściwiej poruczyć w c z a s i e e p i d e m i i projektowanej s ł u ż b i e c h o l e r y c z n e j. Przy szczegółowém rozpatrzeniu u nas warunków i okoliczności sprzyjających rozwojowi cholery, wieleby przybyło jeszcze obowiązków służbie cholearycznej, urządzenie której zdawałoby się zapewnić najistotniejsze korzyści, jakie z naszej nauki obecnie społeczeństwo wyciągnąć jest w stanie. Niedostateczność bowiem środków terapeutycznych jakie posiadamy, winna zwracać więcej uwagę Władz na ulepszenie sanitarnych urządzeń, niż na dostarczanie lekarstw niezamożnej ludności. Tego rodzaju starania mogą być powierzane filantropijnym stowarzyszeniom, jakie się u nas w czasie epidemii, szczególnież między starozakonnymi zawiązały zwykły. Szczeram się tutaj ogólnie wykazać potrzebę oddzielnych policyjnych urzędów na czas cholery, uznanie tój myśli będzie dla mnie bodźcem do przedstawienia szczegółowszych w tym kierunku ulepszeń.

Dr. Wileczyński.

Od Redakcyi. W Tygodniku lekarskim z d. 20 Maja r. b. Nr. 22 umieszczona została niby korespondencya z prowincyi, której autor, jakiś p. Żyrański (?) robi Gazecie lekarskiej ten zarzut, jakoby w wykazie statystycznym za miesiąc Luty podana cyfra urodzeń była fałszywą, opierając się na tём, iż się nie zgadza z cyfrą przez Tygodnik lekarski podaną, a która ma być prawdziwą dla tego, że się zgadza z cyfrą podaną przez Dziennik Warszawski. Ztąd wyciąga wnioski, pełne pochwały dla Tygodnika lekarskiego, podnoszące jego zasługi a potępiające Gazetę lekarską. Wzięliśmy sobie za zasadę nieodpowiadać nigdy na zarzuty nie mające naukowej podstawy. Tym razem widzimy się jednak zmuszeni odstąpić od niej, dla tego iż zarzut, jakkolwiek niesłuszny i grubą niewiedomością rzeczy nacechowany oparł się przypadkiem na podstawie *urzędowych* źródeł Dziennika Warszawskiego, przez coby mniej świadomości tych źródeł łatwo w błąd wprowadzeni być mogli. Przytoczywszy na wstępie, t. j. zaraz w pierwszym numerze naszej Gazety, we wstępnym artykule do działu statystycznego (str. 13) z jakich źródeł nasze statystyczne wiadomości czerpać będziemy; że „na mocy łaskawego zezwolenia wyższych Władz korzystania ze sprawozdań i raportów urzędowych, będą one miały ten charakter rzetelności, jakie takie źródła posiadają, nieważaliśmy za rzecz stosowną trudnić się kontrollowaniem danych, przez inne dzienniki podawanych, a najmniej jeszcze Tygodnika lekarskiego, tём bardziej, iż sposób, w jaki je ten ostatni podaje, aż nadto jasno dowodzi, iż je z drugiej ręki czerpie; z tego powodu i owa ich zgodność z Dziennikiem Warszawskim nikogo zadziwiać nie może. O tём wiedzieliśmy jednak bardzo dobrze, iż nasze dane nie są zgodne z datami, podawanymi przez Dziennik Warszawski, i zgodne być nie mogą, chociaż jedne i drugie są prawdziwe. I gdyby autor owego artykułu znał podstawy naukowe statystyki, gdyby wiedział jakie są metody zbierania dat, jaka wadliwość każdej z nich, jaka doniosłość społeczna i naukowa, możność ich stosowania i t. d., toby również tak samo wiedział jak i my o przyczynach owej niezgodności i nie byłby nam tak mało naukowo uzasadnionego zarzutu sformułował; gdyby zaś czynił ten zarzut j e d y n i e dla dobra nauki, śledząc rzeczywście w tym celu postępy statystyki u nas, jak to pisze, to byłby zaraz przy pierwszych numerach naszej Gazety tę różnicę dostrzegł nie tylko w datach urodzeń, ale i śmiertelności w tój mierze, nieczekając miesiąca Lutego, wyjaśnienia zażądał. To wyjaśnienie zamierzylismy sami dać naszym czytelnikom we właściwym

czasie, t. j. przy *rocznym* raporcie, któryby nam dopiero dozwolił dojść do ogólniejszych wniosków; lecz ów zarzut zmusza nas do uczynienia tego natychmiast.

Otóż źródłem danych, ogłaszanych przez Dziennik Warszawski, a zatem i przez Tygodnik lekarski, są raporty *Urzędników stanu cywilnego* Warszawy. Wiadomém zaś jest powszechnie, iż księgi tych urzędników obejmują cyfry urodzeń i śmiertelności nie tylko samego miasta ale i *gmin okolicznych po za rogatkami leżących, należących do parafii Warszawskich*, jak np. Mokotów, Wola, Powązki, Marymont, Grochów, Żabki i wiele innych.

Prócz tego gminy kościelne ewangelickie i starozakonne rozciągają się na kilka mil po za obrębem miasta, tak że urodzenia i wypadki śmierci w tych miejscowościach, zaciągane w księgi miasta, wchodzą tém samém w skład odpowiednich cyfr. Znanym jest dalej zwyczaj u ludu, iż nie chrzci swe dzieci zaraz po urodzeniu, ale dopiero później, wyczekując pewnych okoliczności, np. dni świątecznych, imienin, urodzin, zapustów, świąt wielkiej nocy i t. p. słowem takich okoliczności, któreby mu i czas swobodniejszy zostawiły do uroczystego obchodzenia chrztu lub obrzezania i sposobność połączenia dwóch uroczystości lub obchodów razem, dla uniknienia kosztów. Dla tego też księgi urzędników stanu cywilnego nie wykazują ilości urodzeń, ale właściwie i l o ś c h r z c i n o d b y t y c h, lub o b r z e z a ń i innych religijnych obrzędów, spełnianych na dzieciach nowo narodzonych. Jeżeliby autor owego artykułu był rzeczywiście bacznie i okiem naukowem śledził te dane w Dzienniku Warszawskim, toby nie było uszło jego bystrości, że w dniach poniedziałnych lub po świątach i uroczystościach wykazana jest zawsze potrójna, poczwórna a nawet i większa liczba urodzeń, aniżeli w dnach przy końcu tygodnia lub bezpośrednio przed takimi dniami. Z tego to powodu dane Tygodnika lekarskiego nieprzedstawiają rzeczywiście ani liczby urodzeń, ani też nie reprezentują li ludności Warszawskiej pod względem urodzeń i śmiertelności, lecz ludność co do ilości nam nieznaną i w odmiennych zupełnie hygienicznych warunkach żyjącą, a to, jak wszystkim wiadomo, którzy z statystyką mają do czynienia, do żadnego naukowego wyводу i użytku posłużyć nie może. I namby było łatwiej wypisywać te data wprost z Dziennika Warszawskiego, nie wymagałoby to ani pracy ani zachodu. Lecz te data, wystarczające wogóle dla czytelników Dziennika, dla naszych celów naukowych byłyby niedostateczne. Staraliśmy się więc o to, abyśmy mieli takie, któreby rzeczywiście reprezentowały *ludność Warszawską*, i odnosiły się li do tego czasu, za który je podajemy. Naukowe też względy skłoniły nas do wykazywania ilości urodzonych dzieci z małżeństwa, z stanu wolnego i podrzutków, chociaż autor owego artykułu nie przypuszcza, ażeby się podrzutki rodziły, a pod względem śmiertelności: wie ku zmarłych, ich stanu i form chorobnych. Jak na teraz więcćj uczynić nie było podobna.

Co do innych zarzutów i wniosków, zawartych w przytoczonym artykule Tygodnika Lekarskiego, sądzimy, żebyśmy sobie samym wyrządzili krzywdę, gdybyśmy się chcieli pokusić o odparcie choćby jednym słowkiem tego, co podyktowały widocznie osobiste cele.

Od Redakcyi. Z m. lipcem b. r. rozpoczyna się drugi rok i trzeci tom Gazety lekarskiej, który w tym samym co i dwa pierwsze ściśle naukowym kierunku wydawanym będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby dla uniknienia zwłoki w przesyłce pierwszych numerów 3go tomu, raczyli wcześniej zgłaszać się do prenumeraty w miejscowych urzędach pocztowych, lub też wprost do Redakcyi.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można w Redakcyi, na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Redakcyja *Gazety Lekarskiej* przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni *Gazety Polskiej*.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
