

# MEDYCZYNA.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

**TREŚĆ:** Z kliniki chirurgicznej Uniwersyteckiej prof. Kosińskiego w Warszawie. Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem. Podał Wł. Matlakowski asystent tejże kliniki. (Dokończenie). — Z kliniki lekarskiej prof. dra Korczyńskiego w Krakowie. Kilka słów o pneumatometrii, czyli manometrii płuc pod względem fizyologicznym i rozpoznawczym. Podał dr. Rychlicki. (c. d.) — **Odcinek.** Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. J. W. (c. d.) — **Krotkie sprawozdanie z postępu wiedzy lekarskiej za granicą.** O wpływie cierpień narządów na przebieg obrażeń i operacji, i odwrotnie tych ostatnich na pojawienie się cierpień wygasłych, lub pogorszenie się istniejących. — **Przegląd biblijograficzny.** O metodzie rozpoznawania chorób. Skreślił Henryk Nussbaum doktor medycyny. Oceniał Gustaw Fritsche. — **Ogłoszenia.**

### Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ UNIWERSYTECKIEJ

Prof. Kosińskiego w Warszawie.

#### Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem.

Podał Władysław Matlakowski asystent tejże kliniki.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 28).

Zdawałoby się, że tak ważna i ciężka operacyja, przedsięwzięta, w części tak w naczynia bogatej jak szyja, pociągnie za sobą znaczny krwotok; tymczasem rzecz się miała odwrotnie dzięki temu, że operator trzymał się ciągle samej krtani, spotykając same tylko rozgałęzienia pni naczynnych. Wszystkiego podwiązano 3 tętnice, dwie gałązki tarczowej górnej, jedną gardzielowej. Nie obeszło się jednak bez wydarzenia, które, gdyby nie przytomność umysłu operującego, mogłaby się skończyć smutnie. W samym początku operacji, gdy wszyscy zajęci polem operacyjnym, tam zwrócili głównie swą uwagę, nagle chora przestała oddechać, bez względu na to, że wykonywała silne ruchy klatką piersiową. Błada twarz posiniała, chora zaczęła się dusić. Operator w mgnieniu oka wyciągnął cewkę i tampon z tchawicy, przypuszczając, że ten ostatni jest powodem niebezpieczeństwa. W samej rzeczy tampon to, nadęty silnie, zeslizgnął się z cewki tracheotomicznej, a wypełniwszy całe światło tchawicy, zatkał ją kompletnie. Uduszenie niechylnie groziło chorej. Po wyciągnięciu tamponu, nasadzeniu go na cewkę, kiedy chora przyszła do siebie, tampon znowu wprowadzono, i operacyja poszła dalej pomysłnie bez przypadku.

Chora po przebudzeniu się czuła się bardzo zmęczoną; zaraz wiano jej przez zgłębnik żołądkowy wina i mleka, ranę opatrzono kwasem bornym, tampon pozostawiony nadęty w tchawicy, ze względu na możebność na-

stępego krwotoku, poczem chora przeniesioną została z góry z sali operacyjnej, na dół na swoje łóżko.

Rana pooperacyjna była bardzo obszerną, rozciągała się wszcz od jednego m. mostko-obojęczyko-sutkowego do drugiego, a nawet oba te mięśnie były ogolocoone ze skóry, a z lewego mięśnia część powierzchownych pęczków i brzeg przedni zostały wycięte, jako przerodzone rakowato. W środku rany był podłużny otwór prowadzący do jamy gardzieli; po bokach oddzielona błona śluzowa i części miękkie ścianek bocznych tejże jamy, od dołu błona śluzowa odkrobana od tylnej powierzchni krtani (*resp.* od chrząstek nalewkowych i tarczowej) wraz z mięśniami tylnej powierzchni krtani tworzyła rodzaj *promontorium*, przesmyku, odgradzającego otwór do tchawicy od otworu do gardzieli.

Dalszy przebieg choroby podam o ile można najkrócej. Omijana przez różę, szczędzona przez rozmaite tak zwykłe powikłania ran, chora powoli zaczęła przychodzić do zdrowia. Na 3-ci dzień wyjęto tampon; zamiast niego, pozostawiono zwykłą cewkę tracheotomiczną.

Chora już na drugi dzień czuła się znacznie lepiej była wesolą, rozmawiała ustami i grą twarzy. Gorączka przyranna była nader łagodną i stosunkowo krótką.

Dnie	15	16	17	18	19	20	21	22	23								
T.	39 <sup>05</sup>	38 <sup>05</sup>	39 <sup>06</sup>	37 <sup>06</sup>	38 <sup>04</sup>	39 <sup>05</sup>	39 <sup>06</sup>	38 <sup>02</sup>	39 <sup>02</sup>	37 <sup>06</sup>	38 <sup>0</sup>	37 <sup>06</sup>	38 <sup>0</sup>	37 <sup>05</sup>	39 <sup>06</sup>	39 <sup>0</sup>	38 <sup>0</sup>
P.	120	112	116	112	120	132	120	120	140	120	120	120	132		131		132

Od tego dnia ciepłota stale była niegorączkową.

Co się tyczy samej rany, to sprawa zablizniania się, szła dosyć wolno. Z samego początku nastąpił bardzo znaczny obrzęk (*oedema*) błony śluzowej odseparowanej od tylnej powierzchni krtani. Błona śluzowa i części miękkie, otaczające wejście do gardzieli napuchły i tworzyły rodzaj czerwonych, napiętych, obrzękłych fałd, tak że prawie zupełnie zakrywały otwór do jamy gardzieli. Na 6—8 dzień zaburzenia w krążeniu i odżywieniu błony śluzowej, będące powodem obrzęku, wywołały zgorzel (*necrosis*) warstwy powierzchniowej pewnej części błony śluzowej. Niepomogły nie powierzchowne skaryfikacje. Części obumarłe oddzieliły się, rana pokryła się dość czerwonymi granulacjami. W 2 tygodnie po operacji: skóra zaczyna się nasuwać na ranę i pokrywać obnażone mięśnie mostko-obojęczyko-sutkowe. Obrzęk błony śluzowej po bokach skutkiem kurczenia się tkanek i odpadnięcia części zgorzelą dotkniętej znacznie się zmniejszył. Widoczny jest otwór owalny prowadzący do gardzieli. Brzeg otworu tworzy błona śluzowa gardzieli. W czasie spokoju otwór ten zakrywa obrzękła błona śluzowa tylnej ścianki gardzieli, tworząc rodzaj poduszeczki wchodzącej w otwór. Gdy chora łyka ślinę, lub wodę, lub gdy wykonywa ruchy wymiotne poduszeczka ta ze swojego otworu się usuwa ku górze i ku tyłowi i wtedy można zajrzeć do przełyku. Powoli pod wpływem tuszowania roztworem azotanu srebra obrzęk się znacznie zmniejszył.

Umyslnie dotychczas niemówiliśmy ani słowa o żywieniu chorej.

Chora sama ani jeść, ani pić nie może, nie mając przedniej ścianki gardzieli i wszystkie pokarmy jak równie lękana ślina wylewają się przez ranę na zewnątrz. Nie mało ważną więc było rzeczą karmienie chorej. Z początku karmiono ją forsownie, ile tylko było można, za pomocą zgłębnika żołądkowego i lewatyw. Codziennie wprowadzało się przez ranę wprost do przelyku 3 razy, zgłębnik żołądkowy i wlewało do się: mleko, wino, polewkę z jaj, cukru, wina i mleka, lub z piwa i żółtek rozbitych na płyn, rosół z tapioką, tartkę z kury i t. p. Te same płynne, a wielce pożywne, pokarmy wprowadzały się do odbytnicy. Mimo to wszystko, chora i tak już okropnie wycieńczona, chudła i słabła coraz bardziej. W cztery dopiero tygodnie po operacji, otwór się zmniejszył i skóra nasunęła się z boków na tyle, że przy podaniu chora mogła, mleko choć w nieznacznej części połknąć. Była to dla niej radość wielka. Dla pomóżenia jej usiłowaniami zakrywało się czystym płatkim otwór do gardzieli, na płatek kładło się gąbkę i następnie silnie naciskało, by w ten sposób zapobiedz wylewaniu się pokarmów przez ranę. Próba ta udala się znakomicie; odtąd chora zupełnie bez pomocy zgłębnika piła sama. Łaknienie poprawiło się znacznie, chora nie mogła się najęść, choć jadła za dwóch. Wkrótce też lepsze odżywianie odbiło się na stanie ogólnym chorej, która zaczęła siadać, podnosić z łóżka tak, że w połowie 7-go tygodnia po operacji mogła być przedstawioną przez prof. KOŚIŃSKIEGO na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Od 7-go tygodnia zaczęła z łatwością lękać (ciągle z pomocą zatykania otworu płatkim płóciennym) kaszę, mięso w drobnych kawaleczkach, sliwki i t. p., a zarazem zaczęła się poprawiać tak, że pod koniec drugiego miesiąca lepiej już wyglądała niż przed operacją.

Ponieważ chora, jako pozbawiona krtani, weale głosu wydać nie mogła, więc sprowadzono i z najlepszym skutkiem zastosowano u niej krtan sztuczną z twardego sprężnika wyrobioną. Oto opis przyrządu d-ra GUSSENBAUER'A, który był użyty u naszej chorej:

Jestto zwyczajna cewka tracheotomizna, tylko większego kalibru, A B, którą zapuszcza się do tchawicy. W tę cewkę wprowadza się drugą C D, która przez otwór x y w pierwszej wychodzi ku górze, i końcem D wystaje w gardzieli. Ta cewka ma również okienko. Nakoniec w cewkę CD wprowadza się sprężynkę osadzoną w osadce E F, jak to widzimy na ryc. 2. Sprężynka ta, czyli blaszeczka może się wahać i drgać w odpowiedniej szparze osadki E F, a wibrując, wydaje ton. Chora w czasie wydechania wpędza powietrze w cewkę B A, jakto wskazuje strzałka, powietrze na

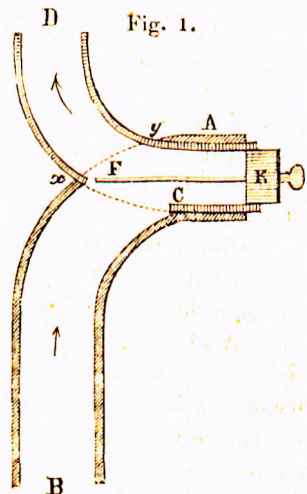


Fig. 2.



swej drodze spotyka szczelinę głosową w osadce E F, a w niej języczek a b; prąd powietrza wprawia w drganie języczek, tony wydobyte przenoszą się przez cewkę C D do jamy gardzieli, gdzie ulegają stosownemu urobieniu.

Przyrząd ten niezmiernie prosty i praktyczny przedstawia tę wygodę, że chora, gdy nie chce rozmawiać, może sobie wyjąć języczek wraz z osadką E F, dalej cewkę C D, a pozostaje jej się jedyna cewka tracheotomiczna A B.

Zasada przyrządu jest ta sama, co w tak zwanych „organkach” dziecinnych, przez które gdy się dmucha wydobywa się z nich ton odpowiedni do grubości, sprężystości i długości języczka. W rzeczy samej tony przyrządu są w zupełności podobne do tonów organkowych, mają podobnie jak one odciśnięcie nosowe i barwę drżącą.

Szczęśliwym trafem przywiezione narzędzie wybornie nadało się co do grubości dla naszej chorej. W 6-ym tygodniu po operacyi przyrząd wprowadzono; powoli chora do niego się przyzwyczaiła i codziennie za pomocą niego głośno czytała i mówiła.

Koledzy, którzy klinikę odwiedzali; podziwiali wyrazistość wymowy, która istotnie robiła pewne wrażenie. Zapewne brakło jej melodyjności, siły, barwistości i giętkości głosu ludzkiego, którym to warunkom podobać jest w stanie jedynie błona żywa i siła nerwowa, na której rozkazy czeka cała grupa odpowiednich mięśni, rozpiętych na chrząstkach, misternie ręką przyrody pozostawianych. Śmiało jednak powiedzieć można, że sztuka i tutaj potrafiła bardzo szczęśliwie naśladować przyrodę. Chora była przedstawioną na publicznem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, gdzie także nieco mówiła. Długiemu mówieniu staje na przeszkodzie śluz, nagromadzający się w gardzieli i spływający do przyrządu, gdzie zalewa języczek i zatyka szparę głosową, tak że co chwila trzeba go wyjmować i ze śluzu oczyszczać.

Z dalszych losów chorej, możemy przytoczyć, że na początku 3-go miesiąca po operacyi rana się zupełnie zagoiła. Otwór do tchawicy od otworu do gardzieli przegradza fałda błony śluzowej, powstała skutkiem wywinięcia się tej ostatniej na zewnątrz, w następstwie kurczenia się błony: naturalnie, gdy powierzchnia przednia, odseparowana od krtani się zmarszczyła, powierzchnia tylna, pokryta błoną śluzową uległa wywinięciu na zewnątrz.

Chora wkrótce zaczęła nabierać ciała, wzmogła się w siły i 21 Czerwca, a zatem w 3 miesiące z górą po operacyi opuściła klinikę, ze znacznym polepszeniem w stanie ogólnym.

W chwili opuszczenia, przy badaniu przez jamę ustną gardzieli, nie widać nigdzie regeneracyi na łukach podniebiennych. Za to w górnym brzegu otworu, wiodącego do gardzieli mniej więcej w miejscu odpowiadającym k. grdykowej i okolicy podszczękowej wyczuwa się nacieczenie podejrzanej przyrody. Same błizny po byłej ranie są zdrowe i nigdzie w nich nie widać odrodzenia nowotworu.

Przy obejrzeniu wyciętej krtani okazało się, że cały kąt przedni był wypełniony masą rakową; struny głosowe zupełnie przerodzone; błona śluzowa na tylnej powierzchni głosni była zdrową. Ku dołowi rak sięgał po dolny brzeg chrząstki obrączkowej, nie przechodził wszakże na tchawicę. Zniszczywszy i przebiwszy jabłko Adamowe, wyrósł na zewnątrz w postaci grzybowatej narośli. Komórki, z których się składał należały do typu stożkowatego.

Korzystając ze względności prof. KOSIŃSKIEGO, pozwalam sobie umieścić niektóre wnioski, których myśl poczerpnięta z jego rękopismu.

Rozbierając wszystkie możliwości prof. KOSIŃSKI dochodzi do wniosku, że jedynym wskazaniem do wycięcia krtani był i będzie rak tego przyrzędu. Aczkolwiek HEINE wykonał raz częściowe wycięcie krtani, z powodu znacznego stopnia zwężenia, którego przyczyną nie było rakowate przeistoczenie, to jednak operacja ta, jakkolwiek tylko częściowa ostać się nie może, zważywszy jak mało się wygrywa, a jak wiele ryzykuje, przez narażenie na niebezpieczeństwo życia chorego, korzyści bowiem z wstawienia przyrzędu głosowego błado wyglądają przy jaskrawych barwach niebezpieczeństw. Lepiej tedy choremu ze zwężeniem spowodowanem przez zapalenie chrząstek i ochrzęstni (*chondritis et perichondritis laryngea*) zrobić tracheotomię i mowy go pozbawić, niż ratując głos na niebezpieczeństwo utraty życia go wystawiać.

Przypadek nasz jest jedynym w literaturze, w którym nowotwór przedziurawił chrząstkę tarczową i wyrósł na zewnątrz. Wielce ważnym dla pomysłnego zejścia momentem była tracheotomija, wykonana blisko na rok przed wycięciem krtani. Tchawica miała czas najzupełniej przyrosnąć do skóry, ustalić się w swem położeniu, co nie pozostaje bez wpływu na przebieg rany, broniąc ją od możliwych ropni i nacieczeń tkanki łącznej luźno otaczającej tchawicę. Prof. KOSIŃSKI stawia za warunek, by tracheotomija wyprzedzała koniecznie kilkoma tygodniami wycięcie krtani.

W końcu co się tyczy niektórych statystycznych danych, to odnośna literatura podaje co następuje: wszystkie dotąd operowani byli mężczyźni. Na 9 przypadków, 5 operowanych żyło od 3 do 6 u miesięcy; przyczyną śmierci była recydywa. Pozostali czterej pomarli w kilka (od 14—4) dni po operacji skutkiem zapalenia płuc (3 przypadki) i upadku sił (*collapsus*). Jak widzimy z tego śmiertelność samej operacji nie jest zbyt wysoką, lecz nad chorym zagraża nawet po wygojeniu się rany recydywa. Co do wykonania samej operacji z początku, BILLROTH robił ją, odcinając przedewszystkiem krtani od tchawicy, później dla widocznych powodów przeważał inny kierunek: oddzielanie krtani zgóry na dół, przyczem operację zamyka się oddzieleniem krtani od tchawicy.

## Z K L I N I K I L E K A R S K I E J

Prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

## VI.

Kilka słów o pneumatometrii czyli manometrii płuc pod względem fizyjologicznym i rozpoznawczym.

Podał dr. Władysław Rychlicki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 27 i 28).

## Zasady fizyjologiczne.

Jako ogólne prawidło przyjąć należy:

1. Siła wdechowa w stanie fizyjologicznym jest mniejszą od wydechowej czyli parcie wydechowe przewyższa wciąganie wdechowe.

Napotykaemy jednak na wyjątki od tego prawidła i to w dwojakim kierunku t. j. albo obiedwie wartości są równe, albo wartość wdechowa przewyższa wartość wydechową. Opierając się na własnych doświadczeniach, które odnoszą się do 50 mężczyzn zupełnie zdrowych między 20 a 30 rokiem życia, możemy powiedzieć, że w 10% przypadków wartości wdechowe i wydechowe były równe, a w 6% siła wydechowa była mniejszą od wdechowej <sup>1)</sup> tak, że tylko w 84% sprawdziło się ogólne prawidło, wykazujące przewagę wydechu nad wdechem. WALDENBURG nadmienia jedynie ogólnikowo, że w małej tylko liczbie przypadków wartości wdechowe i wydechowe były równe u osób zupełnie zdrowych, z zestawienia zaś doświadczeń LASSAR'A wynika, że (uwzględniając najwyższe cyfry przy oddechaniu ustami) w 13.5% istniał wyjątek od ogólnego prawidła fizyjologicznego, czyli inaczej mówiąc, że takowe okazało się słusznem w 87% przypadków. Według WALENTIN'A wyjątki od prawidła wynoszą 10%. Inni dwaj autorowie całkiem niezgodnie podają częstość wyjątków: EICHHORST na 2.3%, BIEDERT zaś przy badaniu trestką WALDENBURGA na 30%.

Już z tego samego wynika, że nietyko równość obu sił oddechowych nie pozwala na rozpoznanie stanu chorobowego narządu oddechowego, lecz nadto, że przewaga wdechu nad wydechem może w wyjątkowych przypadkach leżeć w zupełności w zakresie fizyjologicznym. Na pierwsze zdanie zgadza się WALDENBURG, drugą możebność tłumaczy jednak w każdym przypadku obecnością rozedmy płucnej w pierwszych początkach, które, polegając tylko na uposledzeniu sprężystości płuc, nie objawiają się jeszcze żadnymi przypadłościami przedmiotowymi lub czynnościowymi.

2. Pomiędzy siłą wdechową a wydechową istnieje stały stosunek występujący na jaw przy zliczeniu sre-

<sup>1)</sup> Przypadki te są następujące:

- |                |          |            |         |      |    |        |
|----------------|----------|------------|---------|------|----|--------|
| 1. D. lat 25 : | + 34,—50 | dynamometr | okazuje | siłę | 32 | kilog. |
| 2. O. lat 38 : | + 34,—42 | „          | „       | „    | 45 | „      |
| 3. Ż. lat 24 : | + 20,—26 | „          | „       | „    | 35 | „      |

dnich wartości pneumatometrycznych z większej ilości przypadków. Już HUTCHINSON (3 str. 68) podaje, że wartość wydechu jest zazwyczaj około  $\frac{1}{3}$  cz. większą od wartości wdechu, a zdanie to przyjmuje także WALDENBURG. LASSAR podaje jako średnie wartości + 45 mm. dla wydechu, a — 38 mm. Hg dla wdechu; EICHHORST w przecięciu u mężczyzn + 60 i — 44, u kobiet + 36 i — 26 mm. Hg. BIEDERT wykazuje, że średni stosunek między wdechem a wydechem zależy od sposobu badania i że badając za pomocą swej maski otrzymuje w przecięciu dla wdechu 65, a dla wydechu 110 mm. Hg co obliczone w odsetkach przedstawia średnią przewagę wydechu o 67% nad wdechem, czyli prawie  $\frac{1}{3}$  takowego. Średnie wartości z naszych doświadczeń po odtrąceniu przypadków odstępujących od pierwszego prawidła fizjologicznego wynoszą u mężczyzn dla wydechu + 66.3, a dla wdechu — 48.5 mm. Hg a więc zupełnie prawie odpowiadają prawidłu HUTCHINSONOWSKIEMU.

Jest rzeczą prawdopodobną, że biorąc średnią z bardzo wielkiej liczby doświadczeń możnaby wynaleść cyfrę jeszcze dokładniejszą od powyższych, któraby oznaczała stały średni stosunek wdechu do wydechu.

3. W każdym pojedynczym przypadku bliższy stosunek siły wdechowej do wydechowej jest tak zmiennym, że nie da się ująć w żadne prawidło ogólne. I tak np. według WALDENBURG'A wydech jest niekiedy o  $\frac{1}{2}$ , niekiedy zaś tylko o  $\frac{1}{13}$  silniejszy od wdechu. W naszych doświadczeniach napotkaliśmy przypadki, w których wydech był o  $\frac{3}{4}$  silniejszym od wdechu, inne, w których różnica między wdechem a wydechem nie była prawie żadna. Śledząc przyczyny, dlaczego w jednych przypadkach różnica wartości oddechowych zbliża się do ogólnego prawidła (2-go), w innych zaś w jednym lub drugim kierunku od takowego odstępuje, zwracaliśmy uwagę na wiek, budowę, wysokość ciała, rozmiary i rozszerzalność klatki piersiowej; na siłę mięśniową, którą mierzyliśmy w każdym przypadku dynamometrem COLLIN'A; nakoniec na pojemność żywotną płuc, jednakowoż nie doszliśmy pod tym względem do żadnych pewnych wypadków. Spodziewać się jednak godzi, że skoro rozpowszechni się użycie pneumatometru i nagromadzi się więcej spostrzeżeń starannych, można będzie w każdym przypadku wykryć i wytłumaczyć przyczynę stosunku wzajemnego wartości pneumatometrycznych.

4. Tem samym bardzo względną jest w pojedynczych przypadkach różnica między wysokością wdechu, a wydechu wyrażona liczbami, wynosi bowiem niekiedy 5—10, niekiedy 40—60, średnio jednakże zazwyczaj 20—30 mm. Hg, jakto podaje WALDENBURG. W naszych doświadczeniach największa różnica między wdechem a wydechem wynosiła 80, a średnia różnica 18 mm.

5. Bez względu na wartości pneumatometryczne t. j. wysokości, do jakich osoby zdrowe podnoszą lub obniżają słupek rtęci w manometrze podczas wdechu lub wydechu, zależne są w pewnej części od płci, wieku, siły mięśniowej i poruszalności klatki piersiowej.

Mężczyźni okazują przy różnych zresztą warunkach wartości pneumatometryczne większe aniżeli kobiety, a mianowicie według WALDENBURG'A przy użyciu oddechania swobodnego u mężczyzn parcie ujemne czyli wdechowe waha się między 50 a 120 mm.; parcie dodatnie między 60 a 150 mm., wartości zaś średnie wynoszą dla wdechu 60—90, dla wydechu 70—100 mm.; u kobiet parcie wdechowe 25—60, parcie wydechowe 30—80— mm. Według EICHHORST'A średnie wartości u mężczyzn wynoszą dla wdechu 44, dla wydechu 60 mm.; u kobiet zaś dla wdechu 26, a dla wydechu 36 mm. Nasze doświadczenia wykazujące, jak wyżej wzmiankowano, dla mężczyzn średnie parcie wdechowe 48.5, a średnie parcie wydechowe 66.3 mm. prawie zupełnie zgadzają się z wypadkami doświadczeń EICHHORST'A.

U dzieci, z powodu wielkiej podatności klatki piersiowej napotykanymy względnie bardzo wysokie wartości, które nierzadko równają się zupełnie wartościom ludzi dorosłych. U ludzi starych wartości pneumatometryczne są bardzo małe z powodu wiotkości mięśni i niepodatności klatki piersiowej.

Osoby wykazujące na dynamometrze znaczną siłę mięśniową mają niekiedy wysokie wartości oddechowe, lubo wyjątki od tego pravidła własnie może z tego powodu są częste, że dynamometr podaje nam siłę mięśni rąk, która może wcale nie zostawać w stosunku z siłą mięśni oddechowych. Zdanie to potwierdzałoby spostrzeżenie, które wprawdzie należy do patologicznych, jednakowoż przydać się może i na tem miejscu. Badając słuchacza medycyny G. nadzwyczaj silnie zbudowanego, który od lat kilku zajmował się udzielaniem lekyi gimnastyki, zdziwiliśmy się, że okazywał nizkie wartości pneumatometryczne (+ 40, — 30) i niezbyt wielką pojemność płuc żywotną (3650 c. sz. na spirometrze FOEBUS'A), pomimo, że mięśnie jego bardzo dobrze były wykształcone, a dynamometr wykazywał siłę mięśniową rąk na 52 kilogram. Dokładne badanie narządu oddechowego nie wykazało żadnej nieprawidłowości w płucach; w rok jednak później pokazały się u niego pierwsze początki nacieku w szczycie płuca lewego.

Między rozszerzalnością klatki piersiowej, a wysokością liczb pneumatometrycznych nie mogliśmy wykryć żadnego pravidła, lubo WALDENBURG twierdzi, że najwyższe wartości pneumatometryczne okazują osoby mięsiste, z bardzo poruszalną klatką piersiową. Dla przykładu przytoczymy dwóch słuchaczy medycyny w równym wieku, jednako odżywionych, z których jeden przy klatce piersiowej 83 ctm., w obwodzie mającej, rozszerzającej się przy wdechu o 9 ctm., a wartości spirometrycznej 4550 c. sz., okazywał wdech — 60, a wydech + 70, drugi zaś z klatką piersiową 82 ctm., w obwodzie mającą i rozszerzającą się o 6 ctm., przy wartości spirometrycznej 3500 c. sz., okazywał wartość wdechową — 70, a wydechową + 100.

Zdarzają się jednak bardzo często przypadki, gdzie wartości pneumatometryczne nie odpowiadają tym ogólnym pravidłom, a dopiero przyszłe badania zdołają wykazać przyczynę niezgodności dla każdego pojedynczego przypadku.



6. Wartości pneumatometryczne nie stoją w żadnym stosunku do wysokości ciała i do pojemności życiowej płuc. Zdanie to wypowiedziane przez WALDENBURG'A potwierdzają w zupełności nasze doświadczenia. I my również nie mogliśmy sprawdzić twierdzenia HUTCHINSON'A, jakoby osoby 5'7" i 5'8" wysokie miały mieć największe wartości pneumatometryczne i przekonałiśmy się także, iż przy wysokich wartościach spirometrycznych wartości pneumatometryczne są niekiedy bardzo małe i na odwrót.

#### Zasady patologiczne.

Gdybyśmy znali wartości pneumatometryczne właściwe osobie badanej w stanie zdrowia, moglibyśmy każdą zmianę w wartościach pneumatometrycznych bezwzględnych lub we wzajemnym ich stosunku w stanie choroby na pewne odnieść do choroby samej i z zestawienia wielkiej liczby podobnych przypadków przyszlibyśmy, i zapewne kiedyś przyjdziemy, do dokładnej znajomości objawów pneumatometrycznych każdej chorobie właściwych. Skoro jednak, jak się to najczęściej dzieje, badamy osobę poraz pierwszy dopiero w czasie choroby i skoro prawidła fizjologiczne dla pneumatometrii są w ogóle względne, musimy tylko bardzo wybitne odstępstwa od prawideł fizjologicznych uważać jako objaw chorobowy i z nich wyprowadzać wnioski o charakterze zmian pneumatometrycznych z zachowaniem wielkiej ostrożności. Zbytnią pochopność do wyciągania wniosków pewnych i ogólnych więcej może zaszkodzić tej nowej nauce, niż pomódz.

Zboczenia pneumatometryczne objawić się mogą w trojakim kierunku, stosownie do tego, czy wdech, czy wydech, czy obydwaj są niemiarowe, a względnie niedostateczne. Z tego powodu rozróżniamy niedostateczność wdechową, wydechową i niedostateczność obydwóch wartości pneumatometrycznych. Ponieważ ostatnia nie przedstawia wielkiej wartości semiotycznej, przeto pozostają do omówienia dwa główne typy patologiczne.

Niedostatecznością wydechową nazywamy stan, gdzie wydech jest słabszym od wdechu. Niedostatecznością wdechową stan, gdzie wprawdzie wydech jest silniejszym od wdechu, gdzie jednakże wdech nie osiąga najmniejszości (*minimum*) wartości, jaką powinien okazywać odnośnie do płci, wieku i innych stosunków ubocznych. Już z tego łatwo pojąć, że rozpoznanie niedostateczności wydechowej jest łatwiejszem i daleko pewniejszym, aniżeli rozpoznanie niedostateczności wdechowej, gdyż pewniki fizjologiczne są w pierwszym razie daleko silniejsze aniżeli w drugim.

Nazwa niedostateczności pneumatometrycznej nie jest równoznaczącą z bezdechem (*dyspnoë*), jak to podaje WALDENBURG, gdyż pierwsza odnosi się do oddechania w każdym razie nasilonego, druga jest zboczeniem w mechanizmie oddechania fizjologicznego. Wprawdzie duszność tak samo jak niedostateczność pneumatometryczna może być wdechową (np. w dławcu krtani) lub wydechową (jak np. w rozedmie płucowej), jednakowoż w niebardzo późnych okresach choroby oddechanie może być jesz-

eże zupełnie prawdziwem co do czystości nasilenia i toru oddychowego a mimo to występuje już niedostateczność pneumatometryczna. Niedostateczność pneumatometryczną najlepiej jeszcze porównać można do niedostateczności odczytanej z obrazów oddychowych zdjętych stetoskram; obiedwie oznaczają zmniejszenie styły wdechowej lub wydechowej nie tylko w przypadkach wyraźnej duszności, ale nawet w czasie, gdy duszność występuje dopiero przy zwiększeniu liczby oddychów lub oddechaniu nastło-nem, jak to np. ma miejsce u ludzi dotkniętych rozchinną płucną miero-nego stopnia, którzy zadyuszają się dopiero wtedy, gdy idą pod górę lub przyspieszą krok.

(*lok. nast.*)

## OPCJINEK

Sztamba zdrowia w wojsku tureckiem

Podał Dr. W. J

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 21 i 26.)

Po szpitalu w Mostarze wzmiankę zasługującą szpital wojskowy w Trebin. W czasie ostatniej wojny z Cesarstwem Turczym jako punkt najbliższy pola walki, była także i miejscem zbiorowem całego kompletni ludzi powołanych do obżużenia znacznej nowczas floty rannych. W rannych to czasach miejsce obrane na pomieszczenie chorych, do dziś dnia pozostało w pierwotnie nadanym mu charakterze i ze względu na swe umiędscowienie, w istocie może być uważane za najbardziej odpowiedniące wymaganiom higienicznym. Domy obrane na pomieszczenie chorych są położone nad jeźnem z ramion grzybasnej Trebinieży i sianno-wię rodząj willęgiatur mającniejszych miejscowych mieszkanców, a będące położone od miasta tylko o kilkaset metrów, pozostają ukryte w gęstnie wspaniałych ogrodów drzew orzechowych, pamiągęch nad uprawami fa-nami, jakie obecują, każdy z położonych tu domów. Są to budowle jednopi-e-trowe z obszernymi pokojami, szeregowe zaopatrzone w szereg wysoki-ohien, z których najszarowniejszych przedstawi się widok na obszerną dolinę, pokrytą uprawami łanami i na smięję się w posród nich wstęję Trebinieży. Dalej oko spożywa na wyłanęjących się w oddali pasmach Alp dynarskich z naprzemian nagami i zielonę pokrytemi szczytami, a wszystkie to pozwała chorym korzystać nie tylko z dostatecznego zasobu powietrza ale jeszcze i z widoku zachwycająco pięknych obrazów jakie natura rozstala przed okiem chorego naprawe się jej wdziękami. Ludom zas wschodu, to właśnie przyznać należy, że o ile mało ich interesuje wzmętniane utrzymanie domów, to główna jednak uwaga zawsze była zwracaną na możebność posiadania najpiękniejszego widoku, jeżeli już nie dla mężczyzny, to przynajmniej dla kobiet. Oto dla czego i szlachta tre-binska, imięję się w ich dołnie, chłodząc piętęnie wodę z mętów gęra-jeżęgo w pobliżu potoku, te to właśnie miejsce obrane na pobyt w porze roku, w której, rozpalone promieniami słonecznymi fortecy, tylko białaka zmuszają do pozostania w jej murach. Dopóki jednak kraj wojnym był od dawania wymuszonych aszytyckim przybyzszom zowięgłym się wojskiem partyzackim, dopóły i posiadacze pozamięjskich „wili” używali z całą swobodą rozkoszy życia w pięknych z wycich siedziach. Od chwili jednak zjawienia się w Hercegowinie wojsk rzędowych, choć z zalem ale

zawsze potrzeba się było zgodzić na pewne ustępstwa mianowicie gdy władza zamierzała przeprowadzić w czyn projekt założenia szpitala dla wojskowych. Zajęcia jednak całej dzielnicy nie wymagał pozostający w garnizonie jeden batalijon piechoty z małym oddziałem artylerzystów. Dla pomieszczenia więc chorych wybrano jednopiętrowy dom z bardzo obszernym dziedzińcem, zdobnym w kilka drzew morowych, położonym od strony miasta i bardzo dobrze zabezpieczonym od stosunku z innymi w pobliżu lożacami budowlami. Oddzielenia takiego wymagał, z jednej strony zwyczaj turecki, z drugiej potrzeba przerwania wszelkiej komunikacji dla chorych, którzy zechcieliby korzystać, z pobliskich ogrodów owocowych lub też dzięki zwykłej ciekawości stać by się mogli przyczyna rozpedzenia towarzystwa kobiet, lubujących się w przepędzeniu wolnych chwil w cieniu rozłożystych konarów drzew. Miejscowość więc sucha z natury, dom czysto utrzymany, izby mogące wygodnie pomieścić do 40-tu chorych, każda posiadająca kominek ogrzewowy, dostateczny zasób powietrza, wystawione prócz tego na działanie czystego południowo-wschodniego wiatru od strony doliny, oto cały szereg warunków szpitala garnizonowego w Trebini. Niedziw więc, że przy sprzyjających warunkach higienicznych bliskości Raguzy, z kąd z największą łatwością można było sprowadzić wszystko, czego brakowało dla apteki, znajdujemy w wykazach statystycznych lekarzy garnizonowych, że ruch chorych w szpitalu był zawsze prawie bardzo nieznaczny, a śmiertelność nie zdołała nigdy dojść do cyfr zbyt wygórowanych. Zresztą czystość w salach, czyste wiejskie powietrze i ogromny zasób bielizny, żelaznych łóżek i poscieli pozostałych jeszcze z czasów wojny z Czarnogóra, niezmiernie wpłynęły na utrzymanie szpitala w stanie pożądanym, zapewniając również chorym znośny w nim pobyt.

W jakże jednak nie do poznania odmiennej szacie przedstawia się dzisiaj tenże sam szpital trebini, dawniej tak czysty i we wzorowym utrzymaniu porządku. Miejscowość wprawdzie taż sama, nie inne też warunki klimatyczne, widoki w niezem nie stracił swego uroku, taż sama spokojnie płynąca rzeka i parę poważnych cyprysów, w niezem wprawdzie nie zmieniły powabu wiejskiego zacisza, a jednak zdaje się że dzisiaj porozumiały się wzajemnie by nadać całej dzielnicy charakter nacechowany niewypowiedzianą pośpnością.

Wojna to i wynikające z niej następstwa przeważnie na to wpłynęły. Nieznaczna odległość Trebini od granicy dalmackiej, sąsiedztwa z Zubeami i Bilek, a nieco dalej i z Popowem polem były powodem, że w tych okolicach w ciągu całego powstania odbywały się liczne przejścia wojsk, których oddziały pozostawiały zawsze znaczny kontyngens żołnierzy zniezdolnialych, niezdolnych do dalszej ekspedycji. Szpital zatem garnizonowy musiał rozszerzyć swe granice. Potrzeba było powołać się do patryjotycznego uczucia właścicieli, niechętnych do wynajęcia swych letnich mieszkań, na przysiętę pomieszczenie chorych, aby przysłużyli się swem mieniem ku niesieniu ulgi nieszczęśliwym i po wielu usiłowaniach połączonych z niezmiernymi trudnościami, zdołano nareszcie przekonać bejów że ustąpienie ich z dzielnicy jest rzeczą niemięknioną, z powodu potrzeby zajęcia całej tej miejscowości na szpital. Ze względu na sam obszar nie można było narzekać. Łatwiej bowiem jak w Mostarze można tu było przynajmniej domy na pomieszczenie cierpiących podług charakteru ich chorób i wtedy gdy w szpitalu głównym panował największy chaos, w Trebini od samego początku urządzono się porządnie przeznaczając pokoje najjaśniejsze i zasobne w powietrze na pomieszczenie rannych i chorych z cierpieniami zakaźnymi, wtedy, gdy inne domy również przy-

prowadzone do porządku objęły całą powstającą ilość i jakość chorych. Długo tylko wypadało walczyć z potrzebą zaopatrzenia się w stosowną ilość sienników, pościeli i bielizny, ponieważ przy coraz bardziej zwiększającej się liczbie chorych, zasoby które zdawna były pod ręką, okazały się niewystarczającymi. W każdym jednak razie pomimo całej opieszałości władzy, dla pierwszych przybyszów z pola walki nie zabrakło na miejscu i okryciu, a to li tylko dzięki zasobom pozostałym z czasów uprzednich, zasobów, które szczerze chciano porozprzedawać, bo przecież w Turcji żyje się i rządzi tylko z dnia na dzień.

Przy całym jednak zbiegu okoliczności, sprzyjających urządzeniom szpitalnym muszę zauważyć, że i w Trebini nie podobna było stanąć na tym stopniu, aby przez ścisłe zachowanie przepisów higienicznych zabezpieczyć się od powstania i złośliwości pierwiastków zakaźnych. Potrzeba jednak przyznać, że zapanować nad ich szybkim rozwojem, było tutaj daleko łatwiej, aniżeli w wielu innych punktach prowincyi, co potrzeba zawdzięczyć suchości i naturze zwirowato-wapiennego gruntu, miejscowości zasobnej w okazy drzewne i łatwości urządzenia spadków ku rzece, która płynąc u podnoża dzielnicy, szybko pochlaniała i unosiła przenikające do niej odpływy.

Szpital w Trebini dalby się doprowadzić do wyższego jeszcze stopnia doskonałości, gdyby nie nadejście nagłej potrzeby pomieszczenia naraz znacznej ilości chorych żołnierzy, których osobista higiena przekona nas następnie, że po ich przyjęciu do szpitala, bardzo jest trudno zachować czystość sal, w razie gdy te ostatnie zostaną wypełnione ludźmi najgorszych kategorii, że względu na dbanie o konieczną i pożądaną dla wszystkich czystość. Jeżeli więc w czasie pokoju, żołnierze nie mając koszar w mieście i będąc rozkwaterowani po domach, w okolicznych wioskach porzeczka Trebinczyce, nie mogli narzekać na stan zdrowotny, to przeciwnie w pierwszych zaraz chwilach kampanii postać ta rzeczy natychmiastowej uległa zmianie. Żołnierz niemając koszar cisnął się pod namioty. Pogorszająca się pora roku i zbliżająca się zima była największym powodem, że dla uniknięcia ich wpływów, całemi kolumnami wyruszano z pod namiotów i ze łzami w oczach błagano o przytułek pod dachem szpitalnym, zapelniającym się coraz bardziej i niemogącym w ciągu całej zimy pozbyć się tego rodzaju gości, których nie choroba, lecz tylko jej obawa parły ku wrotom szpitalnym. Dla tej to kategorii przybyszów zastawo zarezerwowanych kilka sal, jako „ambulatorium”, w ktorem pozostający żołnierze wygłodnieli lub przeziębieni, po kilkodziwnym wypoczynku i pośileniu się, jeżeli tylko w istocie nie ulegli chorobie, byli wyselani do batalijonów. Na czas wojny takiej jak herecogowińska, podobny rodzaj czasowego przytułku dla żołnierzy w szpitalu okazał się bardzo korzystnym. Na nieszczęście nie wszędzie zrozumiano jego doniosłość i tam właśnie, gdzie największa przedstawiała się ku temu potrzeba, pominięto ich urządzenie. Wprawdzie lekarze mieli także często do zwalczania zarzuty ze strony władz, uważających podobne przytułki jako punkta gromadzenia się leniwych. Lecz niepodobna było się oprzeć względem litości, widząc o płakany stan na pół nagiego żołnierza i niewnikając w pobudki jego zamiarów, sumienie nakazywało dać mu choćby kilkodziwny wypoczynek, już tylko z potrzeby wzmocnienia wyczerpanego z sił biedaka. Ze względów zdrowotnych, przez podobny podział szpitala, unikało się przepelnienia innych sal, do których przyjmowano tylko ludzi z potwierdzonym już stanem chorobowym. Jednak ze ślepą uporczywością władzy, długi czas niepodobna było sobie poradzić, bo dopiero po kilku zaledwie miesiącach trwania ruchu, zdołano za przykładem szpitala w Trebini, urządzić i przy

innych oddziały ambulatoryjne, lecz okazało się to już czynem spóźnionym, ponieważ przepelnienie sal w początkach, zmusiło oplakiwać stratę znacznej liczby ofiar, zwykle następstwo niedbalstwa intendenty wojskowej.  
(d. c. n)

### Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**0 wpływie cierpień narządów na przebieg obrażeń i operacyj, i odwrotnie tych ostatnich na pojawienie się cierpień wygasłych, lub pogorszenie się istniejących** W gospodarstwie ustrojowym, mimo niezależności do pewnego stopnia pojedynczych narządów, istnieje ścisły związek jednych z drugimi, wzajemne oddziaływanie na siebie. Naturalnie, ma to miejsce nie tylko w stanie fizyologicznym ustroju, lecz i w patologicznym. Złąd cierpienia jednych tkanek powodują zwykle mniejsze lub większe zbożenia w innych. Pierwiastki anatomiczne, które winny wypełniać naruszenia całości (*laesio continuitatis*), mogą nabyć mocy i jedności wtedy tylko, gdy krew odżywiająca je, jest prawidłową co do jakości i ilości. Jeśli wątrobą nie oddziela ze krwi kwasów żółciowych, jeśli nie wyrabia więcej cukru i komórek krwi; — jeżeli nerki nie wydalają mocznika, lecz przeciwnie przyczyniają się do nagromadzenia go we krwi, jeśli pozwalają na wydalanie się białka, ciała nieodzownego do budowy pierwiastków anatomicznych; — jeśli płuca przeszkadzają utlenianiu się krążków krwi, a więc odbierają jej dużo wartości pożywnej; — jeśli serce i naczynia krwionośne powodują zaburzenia w dowożeniu odżywczych materjałów, to łatwo zrozumieć, iż i nowotworzenie tkanek, mające zapelnić szczerby spowodowane zranieniem tych tkanek, nie może odbywać się w tenże sposób, jak w stanie prawidłowym wymienionych czynności. Pojęcie to, tak proste, a bogate w następstwa dla patologii ogólnej, od niedawna dopiero zwróciło uwagę i znalazło potwierdzenie kliniczne. W r. 1845, chirurg angielski NORMAN CHEEVERS, pomieścił w *Guy's Hospital Reports* pracę o pewnych przyczynach śmierci po obrażeniach i operacjach w szpitalach Londyńskich. W 134 przypadkach pośmiertnych oględzin u zmarłych w skutek zranień rozmaitych, znalazł on 90 razy cierpienia nerek, wątroby, śledziony, pojedynczo każdego lub jednocześnie wszystkich tych 3 narządów. Wedle C. trzewia te cierpiały długo przed zranieniem lub operacją. Wszelkie naruszenia całości (dowolne lub mimowolne), choćby najłżejsze, przy cierpieniu nawet lekkim powyższych narządów, bardzo często stają się groźnem, śmiertelnem.

W nowszych czasach, wpływ cierpień ustrojowych na wyniki obrażeń i operacyj, znalazł dwóch gorących zwolenników, w osobie prof. PAGER'A w Londynie i VERNEUIL'A w Paryżu. SIR JAMES PAGER (*On the various risks of operations* i *Leçons de cliniques chirurgicales*, tłumaczenie L. H. PERIT'A Paris 1877) mówi: „Pomiędzy cierpieniami narządów trawienia, które dość często wywołują śmierć po operacjach, sądzę, iż żadne inne nie mają tego znaczenia co choroby wątroby. Prawidło ogólne, powinności być roztropnie operując tych, których wydzieliny żółciowe są zazwyczaj chorobliwie zmienione, lub tych, którzy miewali często żółtaczkę, lub wreszcie tych, których twarz biała, brunatnawa, skóra sucha, powieki zgrubiałe i t. d. każą przypuścić nieczynność wątroby. W niektórych przypadkach traumatyzmu i operacyj, myślą po prostu o spóźnionem wyleczeniu, a chorzy umierają powoli z wycieńczenia; czasami znajdziecie w tych faktach główną przyczynę wadliwych gojeń się, które wiodą do wtórnych krwotoków.... Obawa tych następstw powinna służyć za prawidło żeby nie operować nigdy cierpiących na kości i stawy, bez poprzedniego uważnego zbadania wątroby.”

We Francji prof. VERNEUIL oddawna już sam, lub przez swych uczniów, ogłasza prace nad omawianym przedmiotem. W 1875 r., odczytał on na kongresie Brukselskim pracę o stosunkach cierpień trzewi i obrażeń. Obecnie jeden z jego uczniów LONGUET podjął też samą myśl i wziął ją za przedmiot rozprawy (*De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*. Paris 1877) pisanej pod okiem profesora. Opisuje w niej kilka przypadków, z których jasno wychodzi wpływ znaczny, jaki cierpienia przewlekłe wątroby mają na przebieg obrażeń. Wyprowadza on takie wnioski ze swych spostrzeżeń:

1) „Iż niektórzy chorzy uległszy obrażeniu, czasem bardzo lekkiemu zadrażnieniu, uderzeniu, prostemu zwiechnięciu lub złamaniu, umierają szybko, wśród powikłań bardzo ciężkich, przylączających się bez żadnego powodu.

2) Iz te powikłania wydarzające się w przebiegu obrażenia, nie były nigdy w stosunku z natężeniem cierpienia miejscowego, a dały się wytłumaczyć jedynie cierpieniem całego ustroju. Krwotoki, zgorzel, puchliny, zapalenia rozlane i t. d., nie spozstrzegają się gdy zranieni nie mają jakiej wady ustrojowej, wszystkie te zmiany istniały w przypadkach przez nas opisanych. Jeśli rozważymy z drugiej strony, iż ten zbiór objawów jest taki sam, jak cechujący cierpienia ustrojowe wątroby, ujawniające się również krwotokami, podbiegnięciami surowiczeni, zapaleniami rozlanemi, szczególnym rodzajem charaictwa, to czy można zarzucić nam, mówi dalej LONGUET, iż z jednakowości skutków wnosimy o jednakowości przyczyn?

3) Iz rozbiór pośmiertny stale wykrywał zaburzenia w utkanii wątroby, a brak cierpień innych trzewiów, któreby można obwinieć w podobny sposób jak poprzednie.

Oto, pokrótce wyliczone powody, walezące na korzyść stosunku, który staraliśmy się okazać między cierpieniami wątroby, a zaburzeniami w przebiegu obrażeń. Streszczają się one w tych słowach: nieznaczone obrażenia, stwierdzenie cierpień wątroby, natura powikłań spozstrzeganych.”

W przypadkach LONGUET'a, cierpienia wątroby istniały przed nastąpieniem obrażeń, za czem już mówi ich natura przewlekła. Były to zwyrodnienia tłuszczowe i mączkowate, marskość i t. d. Cierpienie wątroby nie zdradzające się prawie żadnym objawem, rozwija się w całej swej pełni, po nastąpieniu obrażenia I tak: żółtaczka, bolesność wątroby i t. d. zjawiają się nagle pod wpływem obrażenia lub operacyi jakiejkolwiek części ciała. Z drugiej strony gdy obrażenie trwa długo i towarzyszy mu przewlekłe ropienie, to, jak wiadomo, może nastąpić zwyrodnienie tłuszczowe i mączkowate wątroby, śledziony i nerek, będące powodem niepomysłnego zejścia operacyi, jak: wypilowanie (*resectio*), odjęcie (*amputatio*) członka i t. d.

Cierpienia przewlekłe śledziony mają także wielki wpływ na przebieg obrażeń. W rozprawach dotyczących tego przedmiotu DERSAUD'A (1868) i TREMBLAY'A (1876) znajdujące się opisy, stwierdzają to przekonanie i podobne są do znanego przypadku VERNEUIL'A młody człowiek w skutek nieznacznego zranienia nogi, dostaje kilkakrotnie zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*), sięgającego aż do kolana. Zamieszkiwał on okolicę malaryczną i miał obrzmienie przewlekłe śledziony. Wśród tego wybuchu napad zimnicy (*f. intermittens*). Po podaniu chininy, ustępują objawy zapalenia tkanki łącznej i zwiększenie śledziony.

Wpływ cierpień nerek na obrażenia i odwrotnie, oddawna jest znany chirurgom. Wiadomo, iż najlepsze operacyje, np. cewnikowanie, u osób mających nerki zmienione, mają przebieg śmiertelny. Ztąd zwyczajem jest badać mocz przed dokonaniem operacyi. U podobnych chorych VERNEUIL często widywał, występowanie różny rozszerzającej się z wielką szybkością i powodującej śmierć operowanego. Patrz o temże—REVOUY (*Des relations de l'érysièle avec les affections rénales. Paris 1876*).

Przed kilku miesiącami VERNEUIL wystąpił znów z pracą o wpływie obrażeń na pojawienie się ukrytego charaictwa zwłaszcza gruźlicy (*tuberculosis*). (*Des blessures considérées comme causes du réveil des diathèses et comme motifs de leurs déterminations locales. De la tuberculisation d'origine traumatique w Revue mensuelle N. 1. 1877*). Opisuje w niej przypadek u 28-letniego mężczyzny żołnowatego w dzieciństwie, u którego rana moszny spowodowała wystąpienie gruźliczków w narządach moczopłciowych i płucach.

Wprawdzie zwykle podrażnienie wywołane obrażeniem, mówi VERNEUIL, wywołuje *in loco morbi* tylko wystąpienie ciałek białych krwi i bujanie tkanki łącznej, a nie miewa nigdy między swemi następstwami gruźliczków, lecz za to w pewnej odległości od ogniska chorobowego czyni żywszem odżywianie tkanek, wywołuje ich przerost i wystąpienie zło-gów (produktów) cechujących pewne charaictwo. Jedynym tylko warunkiem nieodzownym, jest istnienie poprzednie tego charaictwa w ustroju i żeby narząd podrażniony był z liczby tych, którym właściwem jest dobrowolne wytwarzanie tych „*produits diathésiques*.”

Np. w gruźle sutkowym nie występują nigdy pierwotnie gruźelki, ztąd i zranienie ich u kobiet dotkniętych charactwem gruźliczym nie spowoduje, wedle V., wystąpienia gruźlicy. Przeciwnie, narządy płciowe, zwłaszcza u mężczyzn, są uprzywilejowanym miejscem pojawienia się gruźelków, „ztąd nie dziwnego, iż u zolzwatych (skrofulicznych) podrażnienie tych narządów wywołuje ich gruźlicę.” Nietylko zranienia, zdaniem VERNEUIL'A, mają tu smutny przywilej, — uderzenia, zgniecenia, nadużycie płciowe, rzeźączka, mogą także być przyczynami wywołującymi obudzenie się istniejącego charactwa.

Zapowiedzianem jest pojawienie się pracy o wpływie cierpienia przyrzędu krwionośnego (serca i naczyń) na przebieg obrażeń i operacyi, o której, po jej zjawieniu się, uczynimy także wzmiankę w tem piśmie.

W. Gajkiewicz.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

O metodzie rozpoznawania chorób. Skreślił Henryk NUSSBAUM doktor medycyny. Warszawa 1877.

Pojąc trudno, co skłoniło pana NUSSBAUM'A do napisania pracy dość pokaźnej bo 72 stronnice zawierającej, w przedmiocie w którym najdzielniejsi ludzie w zawodzie naszym głos zabierali. Dziel o podobne miałyby rację bytu tylko w takim razie, jeżeliby autor dowieść potrafił, że metoda rozpoznawania chorób, dotychczas przez lekarzy używana, jest wadliwą i zdola wskazać inną, lepiej i pewniej do celu prowadzącą. Tymczasem rzecz się ma zupełnie inaczej: w całej owej pracy nie znajdujemy, ani jednej myśli oryginalnej, ani jednej takiej, którejby każdy jako tako z praktyką oswojony lekarz, oddawna nie był sobie przyswoił. Przytem przedmiot traktowany jest bardzo pobieżnie, grzeszy zbytnią rozwlekłością i szerokiemi roztrząsaniem kwestyj, które kilkoma wyrazami zbyć należało. Nie myślimy bynajmniej polemizować z autorem, gdyż niewypowiada on żadnego zdania grzeszącego przeciwko nauce, lub przeciwko logice; zgadzamy się np. najzupełniej ze zdaniem jego, że nie można dokładnie rozpoznać choroby, spojrzawszy się na chorego, ale uważamy za zupełnie niepotrzebne rozpisywanie się nad tem, na stronnicy 12-ej i 13-ej i wymienianie aż 4-ch przyczyn, dla których z pierwszego wejżenia na chorego, nie można ocenić jego choroby; przyczyn takich można by ze sto wymienić, gdyby szło o zadrukowaniu papieru, ale pocóż niepotrzebnie zajmować czas sobie i czytelnikowi. Również przyznajemy autorowi, że nie należy „każdego chorego, który nam się w ręce dostaje, obnażyć, obejrzeć ze wszech stron, potem oftalmoskopować, ryoskopować, otoskopować, laringo-metro-uretroskopować, dalej opukać, osłuchać, gdzie można są d o w a ć (!), rozebrać urynę, płwocinę, obejrzeć kał i t. d.” i „że kiedy przyjdzie do nas chory skarżący się, iż upadł i kolano stłukł, lub, że po współkowaniu rzeźączki dostał, nie mamy obowiązku z a p u s c i ć (!) się w głębsze dyagnostyczne poszukiwania, a (!) pozostać tylko przy ścisłym obiektywnym zbadaniu lokalnych fenomenów,” ale rozpisywanie się na ten temat na stronnicy 37, 38, 39 i 40, nazwać musimy nadużywaniem cierpliwości czytelnika. Co tu słów napróżno rzuconych! Przecież każdy lekarz, nawet początkujący, wie dobrze, że: „jeżeli dziewczyna skarży się na tysiączne przypadłość, a ani słowa nie wspomina o upławach białyeh, to wcale nie dowodzi, że o n a (!) na takowe nie cierpi.” A podana tu cyfra 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadków, w których badanie dokładne wszystkich narządów, nietylko narządu cierpiącego jest niezbędne, zupełnie jest dowolna i żadnej niema wartości.

Przeczytawszy całą pracę pana NUSSBAUM'A, czytelnik nie przychodzi bynajmniej do przekonania, że autor bądź obfitością spostrzeganych przez siebie przypadków chorobnych, bądź bystrością spostrzegawczą, bądź umiejętnem wyyskiwaniem badanych chorych na rzecz nauki, zdobywa sobie prawo nauczania kolegów, choćby początkujących, (o których w przedmowie swojej napomyka), a dwa czy trzy przypadki chorobne, przytoczone przez niego zupełnie są pospolite i bezwarunkowo niczego nie dowodzą.

Język w całej tej pracy bardzo jest niepoprawny, styl niestaranny, i miejscami tak niejasny, że nie wiadomo, co autor powiedzieć pragnie. I tak, np. na str. 12-ej czytamy: „Wejżenie na chorego ma znaczenie drogowskazu, który na rozdrożu wykazuje prawdo-

podobieństwo tej drogi, na której rozwiązanie poszukiwań naszych znajdziemy, nie jest to bez wartości, albowiem samo przez się dopełnia niedostatków, o które i w innych metodach nie trudno." Na str. 13: „.....mówiąc o pierwszym wrażeniu lekarza, nie myślimy tu tylko zmysłu wzroku." Wreszcie na str. 36-ej „Jeżeli znajdujemy wadę serca, jeżeli jest wytłumaczy się z takowej dający obrzęk ogólny, to jednakże jeżeli w danym razie mamy zkądinąd wskazanie do aplikowania wezykatoryi to ostrożni być z tem winniśmy dopóki i t. d." Oprócz tego mnóstwo błędów językowych napotykaemy i tak: zmysły nasze użyte w naturalnym stanie, weźniemy, fenomeny, fakty, symptomy, potrafiemy, mówieny, znaczenie „tych symptomatów objaśnić sobie stajemy się zdolni," „wątroba i śledziona zawieszona są między organami dętymi" (!), i t. d.

Streszczając powyższe uwagi, dodajemy wreszcie, że dzieło pana NUSSBAUM'A dowodzi wprawdzie, iż autor jej należy do myślących i zastanawiających się lekarzy, ale praca ta nie odpowiada żadnej potrzebie, ani braku żadnego nie zapoźnia, ani też nie przyczynia się do wzbogacenia piśmiennictwa krajowego.

*Gustav Fritsche.*

## OGŁOSZENIA

W tych dniach wyszło dzieło p. n. **Na pamiątkę czterechsetletniej rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika—Rys Anatomii stosowanej**, przez PAULET'A, przekład z francuzkiego, studentów Romana KOWALEWSKIEGO i Władysława MATLAKOWSKIEGO. Warszawa. 1877 i jest do nabycia w księgarni Maurycego Orgelbranda w Warszawie. Cena rs. 1 kop. 50.

**Dr. Maurycy ŻEBROWSKI** ordynować będzie przez czas pory kąpielowej w Szczańcu, a podczas leczenia winogronowego i miesięcy zimowych w Meranie.

## TOWARZYSTWO MIĘDZYNARODOWE WYRABIANIA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

Ma zaszczyt podać do wiadomości, że wata hygroskopijna opatrunkowa d-ra Bruns'a, obowiązująca w armijach i szpitalach wojskowych, oraz rozpowszechniona w prywatnej praktyce leczniczej zamiast szarpi zwyczajnej, **oryginalna**, znajduje się w paczkach funtowych, w papier obłożonych, lub zawierających 50 albo 250 gramów wagi, opakowanych w pergamin roślinny, zaopatrzonych **etykieta**, z godłem krzyża czerwonego i **plombą**. Towarzystwo ręczy za prawdziwość wyrobu, tylko noszącego na sobie cechy powyższe.

**Sprzedż hurtowa i detaliczna**, tak waty hygroskopijnej, jako też **wszelkich środków opatrunkowych**, dla szpitali, składów materjałów aptecznych, aptek i handlujących u p. **JAKÓBA PIK**, Jeneralnego Ajenta Towarzystwa na Królestwo i Cesarstwo, w Składzie Centralnym w Warszawie, ulica Miodowa, Nr. 497<sup>A</sup>.

## KĄPIELE SIARCZANE

Z monosulphuratum sodii podług farmakopei Paryskiej.

*Bain de Baréges artificiel*, cena kąpeli kop. 75.

*Balneum sulphuratum liquidum* z trójsiarku, kąpiel kop. 40.

z pięciosiarku kąpiel kop. 40.

*Balneum sulphuratum Plenki* z pięciosiarku i kwasu solnego kop. 50.

Wyrabia **Apteka Karpińskiego** przy ulicy Elektoralfnej w Warszawie; za staranność i akuratność poręczam.

**W. Karpiński**, magister farmacyi.

**Z d. 1 Sierpnia r. b. Biuro Redakcyi Medycyny**, przeniesionem zostanie do domu Nr. 57, przy ulicy Marszałkowskiej w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.