

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Bąblowiec wątroby (*echinococcus hepatis*). Operacja. Śmierć. Spostrzeżenie Dra A. J. Glaeser'a. przyczynek do nauki o t. z. „Shok.“ Przez Dra Fryderyka Falka, prywat-docenta w Berlinie. (Dokończenie).—Kronika zagraniczna. Krótkie zarysy nauki o suchotach płucnych ze stanowiska higienicznego i klinicznego. Przez Dra P. Niemeyer'a.—Wiadomości bieżące. Zjazdy lekarskie: Grodzisko,—Mnichów. Od Redakcyi. — Dodatek. Anatomii Patologicznej ark. 27. Medycyny Sądowej T. II ark. 37 i 38. Termometrii ark. 7. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr 13. Wody Mineralne—dodatek III.

## Bąblowiec wątroby (*echinococcus hepatis*). Operacja. Śmierć.

Spostrzeżenie Dra J. A. Glaeser'a.

Dnia 9 Października 1873 r. przyjętą została do pierwszego oddziału terapeutycznego szpitala ogólnego w Hamburgu. niezamężna 23-letnia Heitmann. Była bladą i wychudzoną, w ogóle jednak zbudowana prawidłowo z wyjątkiem mającego się poniżej opisać guza w okolicy wątroby, oraz bocznego skrzywienia kręgosłupa (*scoliosis*) w nieznacznym stopniu. Pacjentka utrzymuje, że bladą i szczupłą była zawsze, ale się czuła w ogóle zdrową, aż do ostatniego roku; również i miesiączkowała prawidłowo. Przed rokiem po raz pierwszy dostrzegła, że zwykle jej suknie stawały się za ciasne, a wkrótce i bez widocznej przyczyny, wystąpiło wypuklenie dolnej części prawej okolicy żebrowej, które z początku było niebolesne, następnie zaś zaczęły się doń stopniowo przyłączać i bóle. Uczucia bolesne, występujące pod postacią gwałtownych kolek, stawały się coraz silniejsze, nigdy jednak nie przychodziło do bólów trwających

przez czas dłuższy. Na niewiele dni przed przybyciem do szpitala, chora spostrzegła, że guz który dotąd bardzo się wolno powiększał, teraz nagle zaczął szybko wzrastać, co ją właśnie zmusiło szukać pomocy w szpitalu.

Podczas przyjęcia do szpitala, oraz w ciągu kilku dni następnych miały miejsce nieprawidłowe podskoki ciepłoty ciała, co jak się zdaje, pozostawało w związku z lekkim nieżytem żołądka, który się uwydatniał w utracie łaknienia, w obłożonym języku, a wreszcie i w jednokrotnych wymiotach.

Objawy te jednak, przy należytem uregulowaniu diety, wkrótce ustąpiły, tak że stan ogólny chorób w ogóle był zadawalniający przez cały, blisko dziesięciomiesięczny czas pobytu w szpitalu, aż do chwili operacyi. Bóle kłujące w okolicy wątroby występowały rzadko i były wcale znośne. Tylko od połowy listopada do początku grudnia pacjentka była zapadła na reumatyzm mięśni i stawów, przebiegający z lekką gorączką.

Tym sposobem mogę historję choroby uwolnić od niepotrzebnych szczegółów, to tylko z góry zastrzegłszy, że z wyjątkiem zaburzeń uwarunkowanych bezpośrednio mechanicznym wpływem guza (t. j. zwężeniem przestrzeni), żadne zmiany patologiczne nie były zauważane.

Przy ogólnym oglądzie ciała pacjentki, zaraz uderzała wielka jego niesymetrya w prawej dolnej okolicy klatki i górnej brzucha w porównaniu ze stroną lewą. Na prawo żebra dolne mocniej były wygięte niż na lewo, prawy łuk żebrowy nie wyraźnie się odgraniczał od przyległych części miękkich, te bowiem mocno były napięte i wypukłone. Wypuklenie powyższe obejmowało prawe podżebrze, całe nadbrzusze (*epigastrium*), oraz wewnętrzną połowę podżebrza lewego. Największy obwód ciała wynosił 75 ctm. Dolna granica tępości guza przebiega znacznie wyżej, niż granica namacalna, z kąd wnosić było można, iż pomiędzy guzem a ścianą brzuszną, od dołu, mieściły się кишки, znoszące w tem miejscu tępość. Dolna, dająca się wymacać granica, w której wyczuwamy wolny brzeg wątroby, równy choć nieco obrzmiały, przebiega na dwa palce poprzeczne ponad prawym kolcem biodrowym przedniogórnym (*spina os. ilei ant. sup.*) w kierunku poziomym ku pępкови i ku lewej linii brodawkowej (*lin. mamillaris*): w tém miejscu linia graniczna zwraca się ku górze z wypukłością na zewnątrz zwróconą i daje się wymacać tylko na bardzo nieznacznej przestrzeni.

Przy opukiwaniu dolna granica bezwzględnej tępości przebiega poziomo zaledwie na 2 palce poprzeczne poniżej wolnego brzegu żeber. Granica lewa wznosi się ku górze w linii brodawkowej. Powyżej i na lewo przyłącza się do niej nowa przestrzeń tępa przy opukiwaniu, która była wzięta za śledzionę, ale jak to okazała sekcyą, odpowiadała powiększonemu lewemu płatowi wątroby.

Górna granica opukowa przebiega poziomo wzdłuż trzeciego żebra od jednej linii brodawkowej do drugiej. Obie te linie odpowiadają zarazem bocznym, wypukłym na zewnątrz, granicom guza. Uderzenia serca (*ictus cordis*) spostrzedz się dają w czwartym przestworze międzyżebrowym bezpośrednio pod brodawką. Wysokość tępej przestrzeni, odpowiadającej guzowi, wynosiła 25 ctm., szerokość jej nie mogła być oznaczona z powodu przyległej do niej tępości błędnie przypisywanej śledzionie. Od tyłu odgłos opukowy płucny sięgał obustron-

nie aż do 10 żebra. Część guza dająca się wymacać bezpośrednio pod łukiem żebrowym okazywała przy dotyku sprężystą odporność. Chełbotanie (*fluctuatio*) na całej powyżej zakreślonej przestrzeni było wyraźne—nawet pod żebrami, — ale jakby pochodzące z głębi. Prócz tego od czasu do czasu się zjawiał i znów potem znikał szmer tarcia, dający się wyczuć i wysłuchać. Szmer ten nie dawał się dostrzedz przy wstąpieniu choréj do szpitala, lecz w przeddzień operacyi był bardzo wyraźny. Również zmiennym okazywał się szmer wodunkowy (*hydaticenschwirren*), którego częstokroć brakowało, to znów się zjawiał. Stan ogólny choréj, jak już powiedziano, był wkrótce po jéj przyjęciu do szpitala wyborny. Obwód ciała nawet się powiększył, zabarwienie skóry miało wszystkie cechy zupełnego zdrowia. Pacjentka oddawała się zatrudnieniom fizycznym i, z wyjątkiem występujących niekiedy, lecz zawsze bardzo nieznacznych bólów kłujących, skarżyła się jedynie na duszność zjawiającą się nawet przy nieznacznych poruszeniach. Miesiączka, która nie przychodziła od 16 tygodni, znowu wystąpiła. Powiększenie guza nie miało miejsca. W obec tych okoliczności odłożyłem operacyę, o której myślałem na początku stycznia.

W lutym tegoż roku guz widocznie się zwiększył, wyczuwalny bowiem brzeg wątroby spuścił się głębiej. Ale o operacyi ani teraz ani nawet przez pewien czas później nie można było myśleć, gdyż guz bezpośrednio przylegał do ścian brzusznych tylko w zakresie żeber, wszędzie zaś indziej pomiędzy nim a powłokami brzucha wsunięte były кишки. W kilka potem miesięcy wprowadzie przeszkoda powyższa znikła, ale ogólny stan choréj był tak zadawalniający, żeśmy nie mieli odwagi poddawać ją operacyi wprost zagrażającej życiu. I znów zeszło kilka miesięcy! Tymczasem guz począł szybko wzrastać, a z drugiej strony śmiertelne zejście jednego z chorych, w którym sekcyja dopiero wykryła bąblowca, ostatecznie skłoniły nas do przedsięwzięcia operacyi.

Na postanowienie to zresztą wpłynęło także dokładne zważenie wszystkich okoliczności towarzyszących. Wiadomo, że bąblowce wielkości takiej jak ten z którym mieliśmy do czynienia, nie podlegają zanikowi. Stosownie do tego spodziewać się należało, że powierzchnia oddechania, które i tak już było znacznie upośledzone, z biegiem czasu musi się jeszcze bardziej zmniejszyć, a pacjentka, z powołania swego wyrobnicza, chociaż mogła jeszcze pełnić lżejsze zatrudnienia, nie mogła się wcale oddać zwykłej swéj pracy. A przytém, pominawszy już owe pewne niebezpieczeństwo, jakim nieustanny wzrost guza zagrażał, wzięść także należało pod uwagę niebezpieczeństwo przypadkowe, zresztą w położeniu choréj bardzo możebne, a mogące powstać skutkiem obrażenia guza *resp.* rozerwania pęcherza bąblowcowego.

Piękne wyniki otrzymane przez Simon'a skłoniły nas do obrania jego metody otworzenia worka pomiędzy dwoma trójgranicami, wywołującemi zrośnięcie guza ze ścianami brzucha. Obwód brzucha wzrósł tymczasem z 75 na 85 cm. Tym sposobem 29 lipca dopełniony został (bez chloroformu) pierwszy akt operacyi Simon'a, która jak przypuszczamy, znaną jest czytelnikowi. Użyliśmy trójgraniców nieco grubszych od tych, jakimi zwykle Simon się posługuje; pomimo tego jednak oprócz mléczno-białego strzępka, odpłynęła z kanek

nieznaczna tylko ilość wodnistej i przezroczystej płynu. Uwarstwiona budowa pomięzionego strzępka oraz wykryte w płynie (zawierającym zresztą ślady białka) haczyki potwierdziły rozpoznanie.

Kanki zostały zamknięte drewnianymi korkami i czyniły mocne bardzo poruszenia w kierunku pionowym. W 5 godzin po operacji chora zwymiotowała spożytą poprzednio zupełną mleczną. Przedtem oddała 400 ctm. sz. wodnistej moczu o nieznacznym (1005) ciężarze gatunkowym. W nocy nie spała, ale się czuła dobrze, z wyjątkiem lekkich bólów biorących początek w miejscach przekłucia. Dnia następnego (30 lipca), w czasie wizyty, stan był bezgorączkowy, moczu dobrowolnie nie oddawała. Mocz wypuszczony cewnikiem (cięż. wł. 1012) wolny był od nieprawidłowych składników.

31 lipca. Wczoraj wieczór ciepłota nieznacznie się podniosła (38,2), dziś w południe dosięgła 40°. Wyraz chorób cierpiący. Tętno małe, 128. Po zażyciu 0,01 morfiny spała tylko godzinę. Ból głowy oraz ból w ranach szerzący się ku krzyżowi. Język jednostajnie obłożony nalotem szarawo-białym; wymiotów brak. Brzuch miękki, nigdzie ani śladu bolesności na ucisk; stolca nie ma; brak odczynu dokoła miejsc przekłucia. Mocz oddała dobrowolnie.

Załączam tu tablicę ciepłoty aż do śmierci chorób:

godzina:	7	9	11	1	3	5	7	9
30 lipca	n o r m a l n a				38	38	38,2	38
31	—	38	39,4	39,8	40	39,8	38,8	39
1 sierpnia	39	38,8	38,8	39,2	38,8	39,2	39,2	39,8
2	—	38,8	38,4	—	—	39,8	—	39,8
3	—	38,6	—	—	—	39,6	—	39,2
4	—	38,8	—	—	—	39,4	—	39,4
5	—	39,4	—	—	39,8	—	39	—
6	—	39,2	—	—	39,2	—	39,2	—
7	—	38,4	—	—	39,2	—	39,8	—
8	—	38,8	—	—	—	41,4	—	† 9 sierpnia o go-

dzinie 1½ rano.

1 sierpnia. Ból głowy i krzyża ustały. po oleju rycynowym 2 stolce, brzuch miękki i niebolesny, moczu w szczupłej ilości (1028), dobrowolnie oddany, wolny od białka, tętno małe, 112, wyraz twarzy cierpiący, łaknienia brak, język niezmienny.

2 sierpnia. Stan ogólny lepszy, lecz tętno małe i bardzo częste (132), łaknienia brak, język pozostaje obłożonym, sen i stolec przychodzą tylko po użyciu odpowiednich środków. Zwykła dawniej wesołość znikła; pacjentka wygląda cierpiąco. W otoczeniu miejsc przekłucia nieznaczna czerwoność i poczynające się ropienie. Przy próbach wydobycia korków z kaneł, pokazuje się, że pierwsze napęczniały. Wydobycie jednego korka udaje się z trudnością, drugiego wcale nie. Po wyjęciu korka z kanki płyn wcale nie odpływa, nawet przy wsysaniu za pomocą strzykawki, pomimo że kanka całkiem jest wolną i obok niej wycieka kroplami płyn wodnisty.

5 sierpnia. Łaknienie bardzo małe, stolec opieszały, moczu w szczupłej ilości i stężony, chora popadła w stan zwątpienia, całkiem sprzeczny ze zwy-

kłębem jej wesołym usposobieniem, sen przychodzi tylko po wielkich dawkach morfiny, spojówka oka żółtaczkowo zabarwiona. Nie skarży się przytém na żadne bóle, z wyjątkiem miejsc przekłucia; również i miękki, podatny brzuch nigdzie nie okazuje żadnej bolesności, oprócz wymienionych miejsc. Te ostatnie przybrały wygląd niezadawalniający: otoczenie ich zaczerwienione i obrzmiałe; czerwoność ciemna; brzeg ranki nalotem błonicowym (*diphtheritis*) pokryty, okazuje skłonność do rozpadu w kierunku do kanki naprzeciwko umieszczonej. Skutkiem tego obie kanki luźno się tylko w rankach trzymają i wzajemnie ku sobie się nachyliły. Wyciekający obok nich płyn zawsze jest jeszcze wodnisty i jasny i w nieznacznej ilości wypływa także z otwartej kanki. Tętno 124, regularne. Oddech przyspieszony, jednak nie utrudniony. Kanki poruszają się wyraźnie wraz z oddechem, lecz ruchy te, poprzednio pionowe, mają teraz kierunek bardziej poziomy.

Z powodu własności, jakie przybrały rany, uważamy za potrzebne nadmienić, że użyte narzędzia pozostawały przed tém przez czas dłuższy we wrzącej wodzie, a potém były posmarowane olejkiem karbolowym i w tym stanie wprowadzone. Następnie miejsca przekłucia ciągle były pokryte płatkami zmoczonymi w kwasie karbolowym.

7 Sierpnia. Stan w ogóle mało zmieniony. Jednokrotny stolec w szczupłej ilości, brzuch pozostaje miękkim, wymiotów niema. Spożyła więc wyciągu mięsnego na zimno sporządzonego (*extr. carn. frig. parat.*). Język jednostajnie obłożony nalotem szarawo-białym. Oddech częstszy, niż poprzednio. Mocz bez białka. Kanki zawsze mocno się poruszają, lecz w kierunku poziomym. Nalot błonicowy szerzy się w głąb lejkowato rozszerzonych kanałów rannych.

8 Sierpnia z rana. Stan wczorajszy. O godzinie 3½ po południu gwałtowny dreszcz wstrząsający w ciągu ¾ godziny, przyczem ciepłota wynosiła 41,4. Tętno nie daje się zliczyć i bardzo małe. Po dreszczu wystąpiło wielkie zmęczenie i senność, z powodu jednak gwałtownych bólów w kanałach rannych chora spać nie może. Dwie dawki makowca po 0,1 nie sprowadziły snu, ani też zmniejszyły bólów. Raz wystąpiły wymioty i 5—6 stoleców wodnistych, zielonawo zabarwionych. Z kanki odchodzi biały pęcherzyk oraz surowica wodnista, blade-żółtawa. Przytomność niezakłócona. W nocy o godzinie 12½ chora nagle zmarła.

Sekeya i protokół sekeyjny Dra Martini. Zwłoki okazują na całym ciele bardzo wydatną sinicę. Opona twarda przekrwiona. W zatoce podłużnej długi skrzep. Wewnętrzna powierzchnia opony twardej, która zwłaszcza na wysokości obu półkul mocno jest zgrubiała, delikatnie nastrzyknięta i usiana drobnymi wynaczynieniami z nowoutworzonych naczyń. Opona naczyniowa na wysokości obu półkul zmętniała i mocno zgrubiała; od znacznej części zawojów, które się cechują swoją małością (zanik) opona jest uniesiona przez płyn obrzękowy. Istota mózgu mocno przekrwiona, w stanie miernego obrzęku, zresztą budowy prawidłowej. Pojemność komórek niezmienniona; surowica tychże zlekka zabarwiona na kolor krwisty. Klatka piersiowa w dolnej swjej części

rozszerzona, brzuch rozdęty jak beczka. Dokoła obu miejsc przekłucia daje się widzieć rozpad drobinowy skóry, a mianowicie przy otworze wewnętrznym na szerokości około  $1\frac{1}{2}$  ctm. Wewnętrzna powierzchnia obu kanałów rany pokryta błonicowym nalotem. Badając powłoki brzuszne warstwami, dostrzegamy na 1 ctm. dokoła kanałów rany zbite nacieczenie, które na przekroju okazuje zmętnioną i przekrwioną tkankę. W tkance łącznej podskórnej oraz w warstwie mięśniowej znajdują się podłużne małe ropnie, wypełnione zresztą ropą „dobrą.“ Zgrubiała otrzewna połączona z leżącą pod nią torbielą za pomocą zrostów w części dawnych, w części dających się jeszcze mocnym pociągnięciem oddzielić, już całkiem zorganizowanych (a więc nie podobna przypisać takowych podrażnieniu ze strony przekłucia<sup>1)</sup>). Wypuklenie torbieli ku górze do tego stopnia unosi przeponę, że wierzchołek serca leży w linii brodawkowej na górnym brzegu czwartego żebra, przy czym oś podłużna serca ma kierunek prawie całkiem poziomy. Pojemność prawej jamy opłucnej, skutkiem wypuklenia torbieli i istniejący prócz tego świeży wysięk opłucny około 100 gm., a pomimo skrzywienia kręgosłupa z wklęsłością prawą, — jest do tego stopnia zwężona, że prawe płuco w większej swjej części całkiem zapadłe (*atelectasis*) i tylko w nieznacznym stopniu dotknięte obrzękiem. Dolny zraz tego płuca sklejonny jest ze zrazami górnym i środkowym świeżym wysiękiem ropiasto-włóknikowym. Prawie we wszystkich gałęziach t. płucnej (*art. pulmonalis*) z wyjątkiem przednich, znajdują się już to w drugim, już trzecim i czwartym podziale takowych, luźne, żółto-czerwonawe, nieregularne zatyczki (*emboli*), pochodzące z żyły wątrobowej (*v. hepatica*) (patrz niżej). Wynaczynień w obwodowej części płuca nie było. Lewe płuco normalne tak co do swjej tkanki, jako i opłucnej; ztyłu u dołu również zapadłe. Tętnica płucna lewa wolna od zatyczek. Serce bardzo wątłe, zresztą normalne. Sieć żylna przepony, wraz z dolną powierzchnią téjże, połączoną z powierzchnią wątroby za pomocą licznych płaskich i powrózkowych zrostów, okazuje znaczne nastrzyknięcie obejmujące także i sieć włosowatą. Również i naczynia chłonicze (limfatyczne) znakomicie są rozszerzone. Skutkiem powiększenia górnej części prawego płatu wątroby (która to część właśnie jest punktem wyjścia bąblowca) żołądek jest do tego stopnia odepchnięty na lewo, że część jego wpustowa (*pars cardiaca*) wraz z dolnym końcem przełyku przebiegają prawie poziomo: śledziona zaś odcisnięta mocno na lewo. Szerokość wątroby wynosi 36 ctm., wysokość na lewo 27, na prawo 24 ctm. Jak już nadmieniono, prawy płat wątroby zajęty jest prawie całkiem przez torbiel, a tkanka wątrobowa zanikła skutkiem ucisku. Płat lewy uległ przerostowi następczemu (*hypertrophia vicaria*): szerokość jego wynosi 14, wy-

---

1) Przeciwno temu wnioskowi możnaby powiedzieć, że w przeddzień operacji w miejscu gdzie ta była później dopełniona, stwierdzony został niewątpliwie szmer tarcia, a zatem wówczas zrostu jeszcze nie było. Przypuściwszy zaś, że szmer miał miejsce gdzieindziej, t. j. wewnątrz torbieli pomiędzy (gładkimi) ścianami pęcherzy, odrzucić jesteśmy zmuszeni wartość pomienionego objawu jako znaku nastąpnego zrośnięcia z otrzewną.

sokość 24, grubość 5 cm. Żółć rzadka, jasno-brunatna. Torbiel napełniona znaczną ilością mocno wypełnionych i niewielką liczbą pękniętych i zapadłych pęcherzy, przez których przezroczyste ściany widzieć się dają liczne grupy skoleksów. W torbieli napotykam rozległe ropienie, które poprowadziło do rozluźnienia warstw wewnętrznych oraz w wielu miejscach i do ropnego nacieczenia skóry. Ponieważ torbiel wraz ze swą otoczką przylega bezpośrednio do pnia żyły wątrobowej, przeto ropne nacieczenie worka w dwóch miejscach poprowadziło do zapalenia ściany żylniej. Na ścianie tej utworzył się płaski zakrzep ścienny, który szybko uległ rozpadowi. Jedno z tych miejsc pokryte jest jeszcze nieregularnie poszarpanemi skrzepami, na drugim błona wewnętrzna (*intima*) nastryknięta mocno czerwono i obrzmiała. Tu właśnie upatrywać należy źródło znalezione w płucach zatoru. Zawartość pojedynczych pęcherzy nie jest wcale zainfekowana ropą, przeciwnie przedstawia się w postaci płynu jasnego jak kryształ. Śledziona mała i twarda, mięsz jój normalny. Obie nerki normalne, warstwa korowa świeżo obrzmiała. Oba jajniki w najwyższym stopniu zanikłe skutkiem rozwoju tkanki łącznej międzyodstępowej obok jednoczesnego zgrubienia otoczki aż do 2 mm., tak iż zaledwie resztki mięszu mogły być wykryte. W prawym jajniku dawne ciało żółte (*corpus luteum*) z rdzawą otoczką i ciemnym jądrem. Macica mała, szyjka jój wązka.

Boję się iż przy rozpatrzeniu powyższej historyi naszej chorój wyda się czytelnikowi zarówno, jak i mnie samemu, że prawdopodobnie opóźnienie operacyi spowodowało zejście fatalne. Wprawdzie z początku stawało temu na przeszkodzia wciśnięcie się kiszek pomiędzy ścianę brzuszną a guzem, ale w ciągu całych potem miesięcy przeszkoda ta ustąpiła i zarówno wyniki badania perkusyjnego jak i dotyku, a wreszcie i wyraźny szmer tarcia dowodziły stanowczo, że torbiel na znacznej przestrzeni przylegała do ścian brzucha. To tylko w celu wytlómaczenia się i usprawiedliwienia mogę przytoczyć, że przyczyną mego wahania się było zatrwajająco wielka śmiertelność przy wszystkich sposobach operowania, z wyjątkiem sposobu Simon'a, obok stosunkowo pomyślnego stanu zdrowia pacjentki. Zresztą stosunkowo rzadkie występowanie u nas tego rodzaju wypadków nie wyrobiło jeszcze tego mocnego i niezachwianego przekonania o niezbędności wczesnego operowania, jak to ma np. miejsce przy torbielach jajnika, których oddalenie połączone jest nawet z nierównie znaczniejszém obrażeniem, niż np. postępowanie Simon'a.

Gdyby niezbędność operacyi raz została uznana, to należałoby operować jak można najprędzej, już to aby zapobiedz zgubnym przemianom w ścianie torbieli oraz wzrastającemu wciąż utrudnieniu oddechu, już też korzystając z pomyślnego stanu zdrowia pacjentki, który w każdym razie bardziej mógł zachęcić do przyspieszenia operacyi, niż do jój odłożenia. Na dwie jeszcze okoliczności chcę tu zwrócić uwagę: na czas potrzebny do wywołania zrośnięcia oraz wspomniane ruchy kanek.

Przystępując do operacyi, postanowiłem przeczekać czas podawany przez Simon'a aż do przecięcia mostu łączącego obie rany, a to w celu bardziej pewniejszego działania. Jednakże zdaje się, jak to wskazują opisane przez

Uterharta wypadki, że nawet Simon w razach naglących krótszy czas uważa za wystarczający. W obec nieustającego złego stanu chorej, który przypisywałem ropieniu odbywającemu się w torbieli, w obec coraz bardziej pogarszającego się wyglądu ranek, których otoczki zapalne prawie już się stykały ze sobą, postanowiłem wreszcie w sam dzień katastrofy, przystąpić do przecięcia w dniu następnym, pomimo iż od chwili operacyi przeszło tylko  $11 \times 24$  godzin.

Sekeya pokazała, że nastąpiło obszerne i wystarczające zrośnięcie (miejsca przekłucia odległe były od siebie na 3 ctm.). Żeby zrost ten nastąpił przed przekłuciem, — jak to twierdzi obducent, uważam za nieprawdopodobne z przyczyn wyżej przytoczonych w przypisku, pomijając już, że w takim razie ruchy pionowe kanek spostrzegane w pierwszych dniach po operacyi, nie miałyby tego znaczenia jakie im Simon przypisuje. Zresztą czas potrzebny do zorganizowania wysięku może być oznaczony tylko w przybliżeniu, przy czem rozumie się zdanie indywidualne wielką odgrywa rolę. Nie zupełnie dokładnie pojmujemy, od czego mogła zależeć przemiana ruchów pierwotnie pionowych na poziome a to w czasie — ostatnie dni przed śmiercią, — gdy zrost już niewątpliwie istniał. Przybliżenie torbieli do ściany brzusznej nie mogło być tego przyczyną. Ponieważ do tego zdania później dopiero przyszedłem, za życia zaś chorej ruch ten kanek powstrzymywał mię właśnie od wcześniejszego przecięcia. Przypuszczam obecnie, że przyczyną ruchów poziomych było mocne wypełnienie torbieli wtórnymi pęcherzami, pomiędzy które koniec kanki się wciśnął. Ponieważ i po zarośnięciu torbieli ruchy przepony nie mogły pozostać bez wpływu na jej zawartość, przeto pęcherze potraçały się jeden o drugi, a ztąd i koniec kanki ulegał przesuwaniu. Ruch zaś końca komunikował się górnej części kanki, która się poruszała w kierunku, na jaki kanał rany najwięcej na to pozwalał, to jest w kierunku poziomym.

---

### Przyczynek do nauki o t. z. „Shok.“

Przez Dra Fryderyka Falka, prywat-docenta w Berlinie.

(Dokończenie).

Co się najprzód tyczy pierwszego przypadku, to jest rozkurczowego zawieszenia czynności serca w następstwie podrażnienia nerwu błędnego, — to o stanie takim w ogóle wtedy tylko może być mowa, gdy zapaść (*collapsus*) zjawia się wnet po chwilowem i całkiem ograniczonem uszkodzeniu brzucha. Na okoliczność tę zresztą już i Maschka zwrócił uwagę<sup>1)</sup>. W wypadku tego rodzaju, przy anatomicznem badaniu serca, znajdziemy znaczne wypełnienie jam tegoż (oraz wielkich naczyń) krwią płynną lub tylko miękkie skrzepy zawierającą. Znane są każdemu przykre objawy występujące po uderzeniu

---

1) Prager Vierteljahrschrift 1868. I. pag. 96.



w okolicy żołądka lub moszen. Ale od tych przemijających przypadłości nie mały jeszcze krok pozostaje do nagłej śmierci osoby dotąd całkiem zdrowej. Pomijając już, że mi się nie zawsze udawało przeprowadzenie doświadczenia Goltz'a na zwierzętach ssących, dawniej już wyraziłem powątpiewanie<sup>1)</sup>, aby takie odruchowe podrażnienie nerwu błędnego mogło pociągać za sobą tak niebezpieczne następstwa. Dla tego też wystąpiłem przeciwko zbyt rozległemu stosowaniu doświadczenia Goltz'a do wypadków patologicznych. Później Meyer i Przibram<sup>2)</sup> w zajmującej swęj pracy „*Studien zur Physiologie d. Herzens d. Säugethiere*“ wypowiedzieli zdanie, iż przy tego rodzaju uszkodzeniach brzucha zejście śmiertelne nierównie łatwiej następuje wtedy, gdy jednocześnie zakłóconem zostanie normalne odżywianie rdzenia przedłużonego, a to przez zwężenie tętnic mózgowych. Zwężenie takie autorzy wywoływali w swych doświadczeniach drażnieniem ściany żołądka. Z tém wszystkiém już nawet wyniki sekcyjne u ludzi nie mówią na korzyść tego poglądu. Dla tego, wspierając się na mem dotychczasowem doświadczeniu, trzymam się swego dawniejszego zdania i mniemam, że do śmiertelnego zejścia tego rodzaju odruchowych podrażnień nerwu błędnego przyczyniać się muszą jeszcze inne ważne momenty, że wymienię tylko organiczne wady serca. Skutkiem tych ostatnich siła skurczowa serca osłabioną była już przed podrażnieniem nerwu błędnego, traumatyczne zaś powstrzymanie czynności w mowie będącego organu, w obec pomienionego osłabienia, łatwo się staje trwałem czyli sprowadza śmierć. Wypadek tego rodzaju opisałem w ostatnich czasach<sup>3)</sup>. Tutaj kobieta niemłoda, dotknięta wadą serca, nagle skonała przy końcu zbyt gwałtownego spółkowania. Wypadki zaś takie, jak np. Elmer'a<sup>4)</sup>, w którym zdrowy człowiek zakończył życie skutkiem odruchowego podrażnienia nerwu błędnego, przy uszkodzeniu brzucha,—wypadki takie, zdaniem mojem, jeżeli je tylko uważać można za właściwy shok, w każdym razie należą do największych rzadkości.

Do drugieji kategorii należą te śmiertelne wypadki shok'u, które dają się odnieść do traumatycznego porażenia nerwów naczynioruchowych, w szczególności zaś nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*). Tu jednak bodziec, wywołujący porażenie naczyń, działać powinien przez czas dłuższy i dotykać szerszej powierzchni, wreszcie pacjent może dłużej pozostać przy życiu. Z góry można już przypuszczać, że w podobnych razach znajdziemy serce próżne, ściągnięte, obok jednoczesnego przekrwienia w jamie brzusznej. Wypadek, szczegółowo opisany na początku niniejszego wykładu, należy właśnie do téj kategorii. Natychmiast po obrażeniu wystąpiły tu wprawdzie objawy odruchowego podrażnienia nerwu błędnego (to jest objawy shoku pierwszjej kategorii), objawy te jednak wkrótce minęły, bodźca zaś, który zejście śmiertelne spro-

1) Arch. f. Anatomie u. Physiologie v. Reichert u. du Bois—Reymond. 1870.

2) Wiener Akademische Sitzungsberichte 1872.

3) Friedrich's Monatsblätter f. gerichtl. Medicin 1875. III.

4) Sitzungsber. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark 1873—1874 pag. 58.

wadził, szukać należy nie w samym akcie obrażenia; rolę takiego bodźca odgrywały: podrażnienie trzewiów skutkiem zetknięcia ich z powietrzem atmosferycznym, zaciśnięcie pętlic kiszkiowych w ranie, oraz szarpanie ustalonego w ranie kawałka sieci. Owóz i sekeya pokazała, że w tym razie w rzeczy samej nastąpiły rozległe podbiegnięcia krwawe i przekrwienie w nietkniętych zresztą błonach kiszkiowych i w kręzce; znaleźliśmy dalej zebranie krwi wprawdzie nie wewnątrz wielkich naczyń brzucha, lecz skutkiem przesiąkania pośmiertnego wprost w jamie brzusznej, podczas gdy inne jamy, w których zwykle przesiąkanie takie bywa znacznym, tutaj były znalezione w stanie próżnym. Serce i mózg, lubo nie tak bezkrwiste jak po śmierci z utraty krwi, zawsze jednak były ubogie w krew, w każdym razie uboższe od narzędzi brzusznych.

Ale i w tego rodzaju wypadkach porażenie naczyń samo przez się nie może śmierć sprowadzić, i tu również spóldziałać muszą inne jeszcze czynniki. Do takich należy przedewszystkiem utrata krwi, która może się stać zgubną pod dwoma względami: Najprzód, jasną jest rzeczą, że już skutkiem znacznej utraty krwi z rany, serce musi się do pewnego stopnia opróżnić, a tym sposobem osłabienie czynności tego organu, spowodowane napływem krwi do brzucha, wzrosnąć może do tego stopnia, że śmierć za sobą pociąga. Z drugiej zaś strony w razie, gdy krew zostaje wylaną do jamy brzusznej, po obrażeniu nawet stosunkowo nieznacznym, wówczas krew ta działać może na podobieństwo wysięku zapalnego, wywołując drażnienie, które podtrzymuje porażenie naczyń brzusznych z następującą bezkrwistością serca i nerek. Wypadek taki, niesłychanie interesujący pod względem sądowo-lekarskim, opisany został przezemnie gdzieindziej<sup>1)</sup>.

Lecz na tego rodzaju porażenie serca równie ważny wpływ wywiera także istniejąca choroba organiczna serca. I w powyższym wypadku serce dawało obraz stłuszczenia z rozszerzeniem obok całości zastawek,—stan oczywiście spowodowany nadużyciem napojów wysokich. Serce zwyrodnione i osłabione już samo przez się, nagle skutkiem uszkodzenia jeszcze krwi zostało pozbawionym, nie więc dziwnego, że w końcu musiało ulec porażeniu.

W każdym razie, jeszcze raz kładę nacisk na to, że sam odruch nerwowy skutkiem obrażeń brzucha występujący, nie może być uważany za przyczynę śmiertelnego shoku.

Przejdźmy teraz do zranień na innych częściach ciała, wprzód jednak zatrzymamy się chwilę nad shokiem występującym w przebiegu chloroformowego uśpienia.

Fischer opisuje pewien wypadek w celu pokazania, iż nie raz się zdarza, że w razie, gdy chloroform nie został we właściwym czasie usunięty, następuje nagła śmierć, którą zawsze przypisujemy chloroformowi, co nie zawsze bywa słusznym, albowiem śmierć taka w pewnych razach może także zależeć

1) Viertelj. f. gerichtl. Med. 1875. III.

od shoku: przy téj sposobności pomieniony chirurg czyni uwagę, że ów „wyborny środek“ nie przeszkadza wcale wystąpieniu shoku <sup>1)</sup>.

Na to można zrobić tę uwagę że chloroform do pewnego stopnia może jednak przeciwdziałać wystąpieniu w mowie będącego stanu, albowiem doświadczenie Goltz'a nad żabą zachloroformowaną wcale się nie udaje. Z drugiej atoli strony Dogiel wykazał, że na początku uśpienia chloroformowego serce pozostaje w spoczynku, zaś Holmgren, a następnie Kretschmer <sup>2)</sup> spostrzegali, że podrażnienie błony śluzowej nosa wdechaniem chloroformu wywołuje zawieszenie oddechu w momencie expiracyi. Tym sposobem byłoby możebnem w pewnych razach nagłe wystąpienie zapaści (*collapsus*) pod wpływem chloroformu, wprzód za nim tenże się przedostał do krwi obiegu.

Otóż wspomniany wypadek Fischera dotyczy wypiłowania szczęki górnej. Wypadek ten zyska może na jasności, gdy go porównamy z wynikami doświadczeń następujących. Schiff wywoływał podrażnieniem rozgałęzień nosowych *nervi supramaxillaris* znaczne zwolnienie oddechów, dłuższe zaś podrażnienie prowadziło do trwałego zwolnienia przepony <sup>3)</sup>. Podobnie Kretschmer spostrzegł, iż przy dłuższém podrażnieniu *nervi supramaxillaris* i bez jednoczesnych zmian w pulsacyi serca, przepona stopniowo przechodzi z położenia wdechowego (inspiracyjnego) w wydechowe (expiracyjne) i pozostaje w tem ostatniem. Od powyższego stanu do nagłej śmierci zdaje się mały tylko krok pozostawać zwłaszcza jeżeli przypuścimy w danym razie pomnożoną wrażliwość, lub pomniejszoną oporność ustroju. A jednak statystyka wypiłowań szczęki górnej wskazuje, że zejście śmiertelne jest tu co najmniej wyjątkowém. Zawsze jednak uszkodzenia w zakresie czuciowych gałęzi nerwu trójdzielnego zdają się znaczny wpływ wywierać na powstawanie nerwic odruchowych <sup>4)</sup>. Fiziologia dotąd jeszcze nie wykazała, żeby podrażnienie innych nerwów obwodowych (oprócz wspomnianych włókien nerwu współczulnego) wywoływało stale drogą odruchu zwolnienie czynności serca oraz rozległe i trwałe zwolnienie naczyń.

Goltz robi uwagę <sup>5)</sup>, że silne bodźce, jak: rozległe spazmy, zmiążdżenie członków, skutkiem nadmiernego pobudzenia ośrodków nerwowych włącznie z rdzeniem przedłużonym, mogą wywołać tak gwałtowne wstrząśnienie, że pomienione części na chwilę przestają sprawować swą czynność, zaś przy dłużej trwającem podrażnieniu stan ten rdzenia przedłużonego przejść może w rzeczywistą śmierć.

Otóż, co się najprzód tyczy oparzeń, to już dawniej wykazałem <sup>6)</sup>, że wiele objawów zapaści po tego rodzaju wypadkach daje się sprowadzić do tego,

---

1) Berl. klin. Woch. 1871 Nr 24.

2) Wiener Akad. Sitzungsber. 1870.

3) Comptes rendus, tom 53, pag. 331.

4) Fr. Köppe. Archiv. f. Ohrenheilk. Bd. 9. Heft 4, pag. 221.

5) Pflüger's Arch. f. Physiol. Bd. 6, pag. 638.

6) Virch. Arch. 1871.

że skutkiem podniesionój ciepłoty występuje rozległe rozszerzenie naczyń w częściach uszkodzonych i w ich otoczeniu, a ztąd obwodowe przekrwienie z następującą bezkrwistością organów wewnętrznych. Tym sposobem wypadki te dają się zaliczyć do drugieji kategorii shoku skutkiem obrażeń brzucha. Nie mamy zaś tu wcale do czynienia z odruchowem porażeniem centrów oddechania.

Co się w ogóle tyczy hamującego wpływu podrażnienia nerwów obwodowych na oddechanie, to (pomijając już nerwy krtaniowe mniejszą mające doniosłość praktyczną) wprawdzie sam już wykazałem, że podrażnienie pewnych nerwów skórnych u zwierząt ciepłokrwistych wywołać może zawieszenie oddechania w momencie expiracyi<sup>1)</sup> po mnie zaś Röhrig<sup>2)</sup> i Schüller<sup>3)</sup> podobnie doświadczenia wykonali. Ale już wtedy wykazywałem, dla czego do przyjęcia tego rodzaju odruchowego porażenia oddechania jako przyczyny ny śmierci przystępować winniśmy z pewnem niedowierzaniem, a to nawet w razie jednoczesnego podrażnienia znacznej liczby skórnych zakończeń nerwowych, nawet w razie uwzględnienia potężnie przygnębiającego działania wrażenia psychicznego, jak to ma miejsce u ludzi.

Rollet tłumaczy inaczéj śmierć spowodowaną shokiem<sup>4)</sup>. Pomiedzy innymi przyjmuje on formę shoku spowodowaną bezkrwistością mózgu w następstwie tonicznego skurczu mięśni naczyniowych. Skurez taki ma powstać skutkiem gwałtownego podrażnienia jakiegokolwiek obwodowego nerwu czuciowego. I w rzeczy saméj lubo pewne doświadczenia czynione w celu okazania, że podrażnienie wielkich pni obwodowych nerwów prowadzi do zwężenia naczyń oponowych (meningealnych), nie zostały potwierdzone, z drugieji jednak strony Röhrig i zwłaszcza Schüller wywoływali zwężenie naczyń mózgowych za pomocą podrażnienia nerwów skórnych. Z tém wszystkiem bezkrwistość mózgu w sposób powyższy wywołują tylko słabsze bodźce mechaniczne skóry, podczas gdy bodźce silniejsze każą się raczej shoku spodziewać i wywołują skutek wprost przeciwny. A przytém przyjąwszy nawet niezwykłą wrażliwość przyrzędu naczynioruchowego w danym razie, podobny skurez odruchowy naczyń, co najwyżej, sprowadzić może zemdlenie, nie zaś śmierć nagłą. Na jakież to niebezpieczeństwa bylibyśmy wystawieni, gdyby słabe nawet podrażnienie obwodowych zakończeń nerwów mogło tak łatwo spowodować porażenia oddechu i krążenia!

Wprawdzie po ciężkich zranieniach dość często przyczyną śmierci bywa bezkrwistość mózgu, ale bezkrwistość ta uwarunkowana jest utratą krwi. To, co zwykle uważamy za shok po obrażeniach rozmaitych okolic ciała, z wyjątkiem brzucha, prawie zawsze przedstawia wyczerpanie skutkiem utraty krwi, nie odruch nerwowy.

1) Arch. v. Reichert u. du Bois - Raymond 1869.

2) Deutsch. Klinik 1873.

3) Arch. f. Klin. Medic. Bd. 14, pag. 592.

4) Steirische Sitzungsber. l. c.

Takież zdanie wypowiedział niedawnemi czasy i *Langenbeck*, który jednocześnie spodziewa się zmniejszenia liczby zejść śmiertelnych po wielkich operacyach na kończynach.— przez wprowadzenie do powszechnego użycia *Esmaireh'owskiego* sposobu ubezkrwienia danej części. Do tegoż przekonania doszedłem i ja, obserwując liczne wypadki zranień na polu bitwy. W braku znacznej utraty krwi, wtedy tylko przychodzi do groźnych objawów zaburzenia w oddechaniu i krążeniu, gdy rany spowodowanemi zostały grubszemi pociskami, które skutkiem gwałtownego wstrząśnienia zaraz od początku pociągają do współcierpienia ośrodki oddechania i krążenia. Nie widzę jednak powodu ściśle odgraniczać tego rodzaju wypadki od stanów zwykłego wstrząśnienia.

Co się wreszcie tyczy leczenia shoku, to *Fischer* gorąco zaleca stosowanie drażniweł skórnych wychodząc z faktu podanego przez *Goltz'a*, iż doświadczenie jego pozostaje bez skutku w razie, gdy jednocześnie z podrażnieniem trzewiów brzusznych, mieć będzie miejsce silne drażnienie czuciowych nerwów kończyn. Jednakże faktu tego, o którym *Goltz* jeszcze nie dawno powtórnie pisał, nie mogłem wcale stwierdzić. Z tém wszystkiem mocne drażnienie skóry już z tego względu możnaby zalecić, że środek ten przez wywołanie bólu może się przyczynić do pobudzenia przerwanego oddechania.

Wspierając się na pewnych doświadczeniach fizyologicznych, zaleca *Fischer* dalej kalabarę oraz, w celu zwalczania porażenia naczyń, tonizowanie rdzenia kręgowego. Jednakże o skuteczności tych środków nie mam dotąd żadnych pewnych wiadomości, a przytem zwykłe nasze środki pobudzające (*excitantia*) czynią je całkiem zbytecznemi.

---

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A .

---

### Krótkie zarysy nauki o suchotach płucnych ze stanowiska higienicznego i klinicznego.

Przez Dra P. Niemeyer'a.

(Memorabilien 1. 1875. Allg. Medic. Central-Ztg. 1875 Nr 35).

Autor w tomie drugim dzieła p. t. „*Medicinische Abhandlungen*“ jako też w znajdującym się pod pressą tomie trzecim tegoż dzieła wyprowadza wnioski, które tymczasowo podaje w postaci aforyzmów następujących:

1) Nauka o gruźelku i gruźlicy jest szczegółem anatomicznym, mającym dla klinicy i praktyka tylko znaczenie teoretyczne.

Autor sądzi, że zdania tego dowiódł w pierwszym wykładzie tomu I dzieła swego, ze stanowiska historycznego i krytycznego, w tomie zaś III rozwija dalej przedmiot ten przy ocenie najnowszych prac *Rühle'go* i *Rindfleisch'a*.

2) Suchoty są najpospolitszą postacią skarlenia świata ucywilizowanego, wykazaną przez statystykę.

Zrozumienie twierdzenia tego wymaga znajomości metody używanej przez statystów, szczególniej przez *Ketel't'a* („*Sur l'homme*“).

3) Częstość suchot znajduje się w stosunku prostym do skupienia i szkodliwych nawyków ludności.

4) Częstość ta nie ma jednak nic wspólnego z warunkami klimatycznymi. Epóikicznie (od ἐπί i οἶκος=dom, jak epidemia od ἐπί i δῆμος=dom) suchoty mogą występować na każdej szerokości i wysokości ziemi, gdzie tylko życie jest pod wpływem szkodliwych warunków kultury.

Już C a s p e r (Denkwürdigkeiten z. medicinischen Statistik str. 54) dowiódł, że wszelkie rozmaite warunki zależące od powietrza i pogody, temperatury, ciśnienia, wiatrów, wilgoci i t. d. nie okazują widocznego wpływu na śmiertelność przy suchotach płucnych.

5) Suchoty bywają daleko częściej nabyte, niż dziedziczne.

P o r t a l wprowadził zdanie o dziedziczności suchot, podając mylnie cyfrę jej na 66%, podczas gdy L o u i s zniżył ją do 10%. O s t e r l e n (Statistik, wyd. 2 str. 404) podaje, że wypadki, w których rodzice i krewni w linii wstępującej również byli suchotnikami, są najrzadsze, a przeważająca większość należy się chorym wolnym od wszelkich warunków dziedzicznych.

6) Odziedziczonem jest w każdym razie tylko usposobienie, polegające na słabiej budowie i słabym wytwarzaniu ciepła, które to stany mogą być wyrównane przez ćwiczenie przyrzędu ruchowego i regulacją ciepła. Słabowity m o ż e, ale nie m u s i, zapaść na suchoty.

7) Jeśli osoba taka przebywa w powietrzu szkodliwym dla oddechania, uczęszcza do szkół, lub zajmuje się czynnością upośledzającą odżywianie, to słabowitość tém prędzej przechodzi w suchoty im mniej się czyni dla wyrównania tych wpływów szkodliwych. Stosownie też do tego największa częstość odnosi się do wieku między 15 a 25 rokiem życia.

8) Objawy suchot należy rozróżnić na ogólne i szczegółowe.

9) Ogólnymi objawami są schudnienie i brak soków, niepewność wyrównania ciepła, krwawienia z naczyń włosowatych, pobudzenie do kaszlu.

10) Schudnienie i brak soków podtrzymywane są przez nawyknięcia upośledzające odżywianie.

11) Niepewne wyrównywanie się ciepła powiększa się wskutek utrudnionego ochładzania się przez płuca, pożywienia wzmacniającego przy życiu nieruchliwym i zaniedbaniu skóry.

Ochładzaniu się przez płuca autor poświęca wykład trzeci w tomie III, tutaj tylko nadmienia, że wydzielanie wody przez płuca na tyleż się przyczynia do ochładzania ciała co i wydzielanie jej przez skórę.

12) Krwawienie włosowate zależące podług F. v. N i e m e y e r'a od łatwego rozdzierania się naczyń, mają ostateczną przyczynę swą w przeszkodach w krążeniu, zależnych od siedzącego sposobu życia.

13) Pobudzenie do kaszlu — „suchy kaszel“ — powstaje wskutek suchości błony śluzowej gardła i krtani (następstwo braku soków), pobudzeń mechanicznych (pył), niedostateczności piersiowej i może powiększyć się do krwawienia (podobnie do skurczu zwieracza przy dysenterji).

Niedostatecznością piersiową („*thoracische Insufficienz*“) autor nazywa wygląd suchotniczy (*habitus phthisicus*), niezdolność ściany piersiowej do zupełnego wdechania i wydechania, jak wykazuje spirometr.

14) Opukiwanie i wysłuchiwanie nie dają w okresie tym pewnych znaków dla rozpoznania zajęcia szczytowego płuc, gdyż: a) zagłębienia obojczykowe są to przesłzenie zbyt małe a nadto pokryte niejednostajnymi i nierównymi warstwami przewodnieniami, i rzadko symetryczne, tak iż różnice w samej wysokości i trwaniu odgłosu (szczególnie przy zwykłym silnym opukiwaniu) nie upoważniają do robienia pewnych wniosków; b) nie można jeszcze wnosić ze zmienionego oddechu oskrzelowego i „suchych rzężeń“ o stanie miąższu szczytowego, szczególnie z prawej strony ponieważ pierwotny szmer oskrzelowy (porów. autora „Grundriss der Percussion und Auscultation“ § 72) wzmocnionym bywa *primo loco* przez większe zwężenie i sapanie ustne, a zatem głośniej jest przeprowadzony.

15) Patologia szczegółowa poczyna się zboczeniami w ukształtowaniu klatki piersiowej, prowadzącymi następnie do zboczeń w czynności płuc i nakoniec do ich zniszczenia. (Szczegóły podaje autor w dziele swem p. t. „*Physikalische Diagnostik*“, § 184).

16) Przedewszystkiem zatem należy odróżnić dwie postacie suchot, stosownie do starego podziału na suchoty suche i śluzowe. Podstawę podziału stanowią: w pierw-

szej zwężenie klatki piersiowej, w drugiej zaś postaci rozszerzenie takowej. Pierwsza odpowiada zwykle tak zwanym suchotom płucnym, druga zaś nieżyłowi z rozedmą.

17) „Suchoty szczytów płucnych“ są właściwą nazwą postaci pierwszej, nazywanej zwykle suchotami płucnymi. Poczynając się skróceniem 1-jej i 2-jej chrząstki żebrowej i upośledzając czynność i podnoszenie się całej ściany przedniej klatki piersiowej, postać ta prowadzi do zwężenia otworu górnego klatki piersiowej i niedostateczności piersiowej i płucnej (porów. autora „Physikalische Diagnostik“, § 114).

18) Zwężenie otworu górnego pociąga za sobą ucisk szczytów płucnych, a zatem niedostateczne przewietrzanie, zastój i wysychanie wydzielin, zastój krwi, zrosty listków opłucnej, nagromadzenie się pyłu, zapalenie płuc łuszczące, co wszystko łącznie prowadzi do obumierania płuc.

19) Rokowanie zależy od budowy klatki piersiowej, a mianowicie od tego, czy skrócenie dotyczy jednej, czy też obu pierwszych chrząstek żebrowych, czy jedno, czy też obustronnie, czy ono przeszło już w zwężenie, jak dalece pozostała część klatki piersiowej przyjmuje udział w zwężeniu, i w jakim stopniu zachodzi niedostateczność piersiowa i płucna.

20) Najważniejszym zadaniem leczenia jest zapobieganie w okresie usposobienia (porówn. Nr 7); przy rozwiniętej już wązkosci klatki piersiowej ma ono za cel oddalenie nawyknień oddechania szkodliwych, a rozwojowi suchot sprzyjających; w razie zaś już rozwiniętych suchot płucnych i zwężenia klatki piersiowej, może być mowa tylko o wstrzymywaniu zbyt szybkiego upadku sił przez sposób życia umiarkowanie ruchliwy, na świeżem powietrzu, niedrażniące pożywienie i pielęgnowanie skóry.

21) Metoda inhalacyjna jest sztuczną postacią systematycznego przewietrzania płuc.

22) Klimatyczna metoda leczenia jest spóźnioną postacią leczenia rdzennego, które w swoim czasie winno być przedsięwziętym przez lekarza domowego.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Zjazdy lekarskie: Grodzisko (Graz). Wydział przygotowawczy mającego tu odbyć się 48 zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich uchwalił następujący porządek: dnia 17 września. Powitanie gości w resursie. Dnia 18 września. Pierwsze posiedzenie. Wielka zabawa na stawie Hilmerowskim (Hilmerteich). Dnia 19 września. Rano śniadanie na górze zamkowej. Posiedzenia sekcyjne. Wieczorem koncert. Dnia 20 września. Posiedzenia sekcyjne. Po południu wycieczki w okolice. Dnia 21 września. II posiedzenie ogólne. Wieczorem widowisko w obu teatrach. Dnia 22 września. Dalsze wycieczki. Dnia 23 września. Posiedzenia sekcyjne. Wieczorem bal w salach redutowych. Dnia 24 września. III posiedzenie ogólne. Uczta pożegnalna.

— Mnichów. Porządek dzienny III Zjazdu niemieckiego Towarzystwa opieki zdrowia publicznego, mającego się odbyć w Mnichowie od 12 do 15 września r. b. jest następujący: 1) Ułożenie planu badań nad czasowym i miejscowym pojawianiem się zaraz durowych. Sprawozdawca prof. Pettenkofer, a współsprawozdawca lekarz sztabowy Port. 2) O wymogach higienicznych przy nowych budowlach, zwłaszcza w nowych dzielnicach miast większych. Sprawozdawca Varrentrapp. Współsprawozdawca Bürkli-Ziegler. 3) Wymogi higieniczne pod względem żywienia w zakładach dla sierot, koszarach, więzieniach, przytuliskach i w kuchniach ludowych. Sprawozdawca Voit. 4) Cel, zakres i środki policyjno-zdrowotnego nadzoru niektórych pożywek, mianowicie chleba i mięsa. Sprawozdawca Dr Hausner. 5) O publicznych rzeźalniach i zaprowadzeniu powszechnego przymusu rzeźalnego, jak również o oględzinach mięsa, ze szczególnym uwzględnieniem obowiązku wynagradzania rzeźników przez gminy. Sprawozdawca Gobbin pierwszy burmistrz Zgorzelic i Dr Börner. 6) Wniosek Dra Lenta i towarzyszy dotyczący wydania ogólnego niemieckiego prawa o oględzinach zwłok ze szczególnym względem na to, że lekarze mają przytaczać przyczynę śmierci.

## Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibl. Umiejętn. Lek.

I. **Gazeta Lekarska** i w przyszłym półroczu 1875 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 lipca 1875 r. zaczyna się tom dziewiętnasty. **Cena Gazety Lekarskiej:** 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. **Biblioteka Umiejętności Lekarskich**, w półroczu przyszłym 1875 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągle śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania **Biblioteka Umiejętności Lekarskich** rozpada się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

### 1) **Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,**

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

### 2) **Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.**

„Przegląd“ prac za rok 1874 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z **Dziełami** wyżej wyliczonymi, lub z **Gazetą Lekarską**. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. **Cena Przeglądu** za rok 1874 wynosi: 1) dla prenumeratorów **Gazety Lekarskiej** i pierwszego działu **Bibl. Um. Lek.**, t. j. **Dzieł** rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej **Gaz. Lek.** rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci **Bibl. Um. Lek.** stanowi:

### 3) **Bibliografia i Krytyka Lekarska.**

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów **Gaz. Lekarskiej** dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale **Bibl. Umiejętności Lekarskich** zawiera się:

### 4) **Historja Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.**

Dla prenumeratorów **Gazety Lekarskiej** dział ten, jako **do datek**, dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący **Gazety Lek.** mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

„**Wody Mineralne**“ jako **do datek** dołącza się również bezpłatnie.

III. **Kalendarz Lekarski** na rok 1876. Przedpłata rsr. 1.

„**Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich**“ są pod prasą i pp. prenumeratom w przyszłym półroczu rozesłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi **Gazety Lekarskiej**, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatnie powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja **Gazety Lekarskiej** i **Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy **Jasnej** i **Zielonego placu**, w domu **Jaroszyńskiego**, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. **Gaz. Lek.** Ul. **Śto Krzyzka** Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 5 (17) Іюня 1875.