

GAZETA LEKARSKA

I. NAPADY CZĘSTEGO ODDECHANIA.

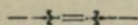
(*Polypnoe (Tachypnoe) paroxysmale*).

ZE STANOWISKA KLINICZNEGO

opracował

D-r Med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Pod nazwą *polypnoe paroxysmale* rozumiemy zwiększenie częstości oddechów, występujące w postaci napadów, podobnie jak pod nazwą *polycardia* pojmujemy zwiększenie częstości skurczów serca. Zamiast *polypnoe*, *polycardia* używane są — nawet rzec można częściej — wyrażenia *tachypnoe*, *tachycardia*, lecz niesłusznie, gdyż pojęciu częstości odpowiada $\pi\omicron\lambda\upsilon\varsigma$ (*frequens*), a nie $\tau\alpha\chi\upsilon\varsigma$ [*celer*—szybki]. Dodać tu wypada, iż pod nazwą *polypnoe*, *polycardia* należy rozumieć wyższe stopnie częstości oddechania i bicia serca.

Na mocy bardzo dokładnych obliczeń, wykonanych przez D-ra HUTCHINSON'a okazuje się, iż zdrowy, dorosły człowiek oddecha przecięciowo 16—24 razy na minutę, jak również, że na jeden oddech przypadają 4 fale tętna.

Na częstość oddechania wywiera przedewszystkiem ważny wpływ wiek. Noworodek oddecha średnio około 44 razy na minutę, poczem aż do 30 roku życia oddech staje się rzadszym, a następnie nieco się zwiększa, nie dosięga jednak częstości, spostrzeganej u noworodków.

Kobiety oddechają zwykle nieco częściej, niż mężczyźni. QUETELET na zasadzie obliczeń, wykonanych na 300 osobnikach różnego wieku, doszedł do następujących cyfr:

| | <i>Maximum.</i> | <i>Minimum.</i> | Średnio. |
|-----------|-----------------|-----------------|----------|
| Noworodki | 70 | 23 | 44 |
| 5 lat | 32 | 23 | 26 |
| od 15—20 | 24 | 16 | 20 |
| „ 20—25 | 24 | 14 | 18,7 |
| „ 25—30 | 21 | 15 | 16 |
| „ 30—50 | 23 | 11 | 18,7 |

Częstość oddechania podlega również wahaniom zależnie od ruchów, pozycji chorego.

GUY podaje na 1 minutę u człowieka dorosłego:

| | |
|----|-------------------------------|
| 15 | oddechów w położeniu leżącym, |
| 19 | " " " siedzącym, |
| 22 | " " " stojącym. |

W czasie snu oddech staje się rzadszym, niż podczas czuwania. W tym względzie ALLIX, badając częstość oddechów u dzieci, doszedł do następujących wniosków:

| | Sen. | Czuwanie. |
|----------------------------|------|-----------|
| Noworodki do 10 dnia życia | 37 | 46 |
| " od 5 do 10 miesiąca | 37 | 44,3 |
| " " 14 " 22 " | 29,9 | 38,4 |
| " 2 " 4 roku | 29,3 | 37,6 |

Częstość oddechów zwiększa się pod wpływem bodźców skórnych, a zwłaszcza pod wpływem bólu, po przyjęciu pokarmów, w gorączce, a zwłaszcza w stanach patologicznych narządów oddechania, które utrudniają dostęp powietrza do płuc, *resp.* wymianę gazów krwi w płucach; dalej w chorobach serca — zwłaszcza w okresie utraty równoważenia — wskutek zastoju krwi, jaki w płucach wywołują. Tutaj zaliczyć należy niektóre zboczenia w stanie chemicznym krwi, [blednica, leukemia, bezkrwistość, zwłaszcza ostro powstająca po dużych utratkach krwi], odznaczające się niedostateczną ilością czerwonych ciałek krwi, lub niezdolnością tychże do wchłaniania tlenu. Stany te, wskutek nieodpowiedniej wymiany pomiędzy gazami krwi a powietrzem atmosferycznym, wywołują nagromadzenie się kwasu węglanego we krwi przy braku tlenu; rezultatem zaś tego jest pobudzenie ośrodka oddechowego, *resp.* zwiększenie pracy narządu oddechania. Wreszcie zwiększenie częstości oddechów przychodzi do skutku drogą innerwacji, jak to u osób ze znaczną pobudliwością całego układu nerwowego, np. w histeryi, ma miejsce.

W zwykłych warunkach powyżej wyliczone stany prowadzą do średniego natężenia *polypnoe*, w spostrzeżeniach zaś, które poniżej przytoczyć zamierzamy, częstość oddechów wynosiła około 70—80 na minutę. Niekiedy dochodzić może nawet do 100 i równać się częstości tętna lub ją przewyższać.

Co się tyczy stosunku *polypnoe* do *dyspnoe*, to zauważyć winniśmy, iż *polypnoe* jest jednym z częstych objawów duszności, lecz nie jest jednak koniecznym warunkiem tejże, gdyż *dyspnoe* może istnieć przy normalnej lub nawet zmniejszonej częstości oddechów.

Ze stanowiska klinicznego duszność (*δύσπνοια*) — ciężki, krótki oddech, jest to utrudnienie w oddechaniu, zdradzające się pewnem wyciężeniem oddechu, a oddechanie, w ten sposób utrudnione zowiemy oddechaniem z dusznością. Tym sposobem i bardzo częste oddechanie *polypnoe* — możemy zaliczyć do kategorii duszności. Użyłem jednakże w tytule mojej pracy nazwy pierwszej, a nie drugiej, chcąc położyć nacisk na pewien rodzaj duszności, której główną cechą kliniczną jest właśnie znaczne zwiększenie częstości oddechania. Istotą zaś duszności wogóle jest niedostateczne przedostawanie się powietrza atmosferycznego do płuc, wskutek czego utlenianie krwi jest nie-

dostatecznym. Wynikiem zaś tego jest nagromadzenie się we krwi kwasu węglanego, a zmniejszenie się tlenu, t. j., że krew tętnicza przyjmuje własności krwi żyłnej. Krew taka zwie się dusznościową — dyspnoiczną. Działa ona pobudzająco na ośrodki oddechowe, jak również na te, które wpływają na innerwację przepony i mięśni oddechowych; w wyższym zaś stopniu pobudza ośrodki rdzeniowe, które wywołują skurcze mięśni oddechowych, pomocniczych: *mm. scaleni, m. sternocleidomastoidei, cucullaris, transversus abdomini etc.*

Z tego okazuje się, że do przyspieszonego oddechu może się przyłączyć i oddech wyętzony, jeżeli duszność się wzmoże; zazwyczaj jednak bardzo częstemu oddechaniu towarzyszą nie głębokie, lecz powierzchowne, ruchy klatki piersiowej.

Co się tyczy duszności wogóle wziętej, to może być ona: 1) albo wdechową, 2) albo wydechową, stosownie do tego, czy wdech lub wydech jest utrudnionym, 3) albo też mieszaną, skoro ma miejsce utrudnienie aktu wdechania i wydechania. Pierwsza zdarza się głównie przy zwężeniu górnego odcinka dróg oddechowych, drugą spotykamy w t. zw. astmie oskrzelowej i w rozedmie płuc, trzecią — przeważnie w chorobach serca i naczyń, jak również w gorączce. Duszność wreszcie może być podmiotową, jeśli sam chory ma poczucie ciężkości oddechu, lub tylko przedmiotową, skoro tylko lekarz ją widzi, a chory jej nie odczuwa.

Przytoczyłem tu umyślnie niektóre dane z fizjologii i patologii ogólnej, a to w celu łatwiejszego zorientowania się w powikłanym okresie zajmującej nas kwestyi.

Zadaniem niniejszej pracy nie jest wyczerpujące przedstawienie wszystkich możliwych stanów patologicznych, w których *polypnoe* występuje, lecz: 1) podanie kilkunastu własnych spostrzeżeń, rzucających światło na patogenezę objawu w mowie będącego; 2) wykazanie stosunku, jaki zachodzi w tych razach pomiędzy oddechaniem a czynnością serca, z uwzględnieniem ciśnienia krwi w tętnicach powierzchownych, dostępnych badaniu; 3) wskazanie postępowania leczniczego.

O ile *tachycardia* i różne jej postacie opracowane zostały w oddzielnych monografiach, o tyle pokrewny jej dział *polypnoe* stał dotychczas odlogiem, nie licząc, oczywiście, oddzielnych kazuistycznych przypadków. Ta okoliczność skłoniła mię do zrobienia pierwszej próby w tym kierunku. Punktem zaś wyjścia tejsze były obserwacye nad wpływem pewnych wzruszeń moralnych i wysiłków fizycznych na oddechanie i krwiobieg, które to obserwacye z tego względu najpierw przytoczę. *Polypnoe paroxysmale* nie jest wprawdzie chorobą *sui generis*, lecz tylko objawem, w niektórych jednak stanach chorobowych odgrywa tak ważną rolę, jest tak dominującym objawem, iż zagraża często życiu chorego. Z tej przyczyny cała działalność lekarza musi być na nie zwrócona. Ten wzgląd praktyczny zachęcił mię również do podzielenia się z kolegami spostrzeżeniami memi klinicznymi.

1. Wpływ niektórych wzruszeń moralnych i wysiłków fizycznych na oddechanie (*polypnoe*), krwiobieg i ciepłotę ciała.

Wiadomo, że wzruszenia moralne wywierają potężny wpływ na innerwację narządów krążenia krwi i oddechania; z drugiej znowu strony nie ulega wątpliwości, że wysiłki fizyczne mogą dać powód do powstawania różnych stanów patologicznych mięśnia sercowego, które klinicznie przebiegają głównie w postaci niedomogi serca. O ile pierwsze znane były oddawna lekarzom nawet odległej przeszłości i w etyologii chorób serca odgrywały ważną rolę, o tyle drugie dopiero przed 2 dziesiątkami lat zostały należycie ocenione. W tym ostatnim względzie główna zasługa należy się lekarzom amerykańskim. Pierwszym, który wysiłkom fizycznym przypisał ważne znaczenie w rozwoju chorób serca, był PEACOCK. Spostrzeżenia jego odnoszą się do robotników, pracujących w kopalniach Kornwalii (*miners asthma*). Później zjawily się prace THOM. CLIFFORD'a, ALLBUTT'a, I. M. DA COSTA, ARHUR'a, B. R. MYERS'a. Dwaj ostatni autorowie poczynili ciekawe spostrzeżenia nad wpływem forsownych marszów u żołnierzy na mięsień serca, zwłaszcza w czasie wojny. Z niemieckich autorów, którzy w duchu szkoły amerykańskiej przemawiali, wymienić należy przedewszystkiem JOH. SEITZ'a, który w oddzielnem dziele „*die Ueberanstrengung des Herzens*“ podał nie tylko swoje obserwacye, lecz także i spostrzeżenia powyżej wspomnianych amerykańskich autorów, a z niemieckich W. THURN'a.

Z początku przyjęto z niedowierzaniem podobne spostrzeżenia, a to na zasadzie, iż w wielu przypadkach nie znajdowano swoistych obrazów anatomicznych; przypuszczano więc, że wysiłki fizyczne tylko w takich razach mogą wywołać groźne objawy niedomogi serca [rozszerzenie], jeśli już poprzednio mięsień serca przedstawiał pewne zmiany chorobowe. Późniejsze jednak prace CURSCHMANN'a, LEYDEN'a wyświełtliły tę sprawę i wyrobiły przynależne miejsce czynnikom mechanicznym w etyologii chorób serca, a zwłaszcza mięśnia sercowego.

W ostatnich czasach D-r TH. SCHOTT na drodze eksperymentalnej stara się wykazać, że nawet u ludzi zupełnie zdrowych pod wpływem mocowania się, podnoszenia ciężarów, występuje rozszerzenie serca, jako objaw przemogi tegoż. Wpływ czynników psychicznych, *resp.* wzruszeń, zwłaszcza krótko trwających, jak: gniew, radość, przestrasz, uwydatnia się zwykle dość szybko przemijającymi objawami, tak subiektywnymi, jak i obiektywnymi, w narządach krążenia krwi i oddechania, należącymi jeszcze jednak do rzędu t. zw. funkcyjnalnych ¹⁾. W wyjątkowych tylko przypadkach, i to zwykle przy istnieniu innych momentów chorobowych, mogą wywołać groźne następstwa, a nawet natychmiastową śmierć. Czynniki zaś moralne zwolna działające, jak np. smutek, zwątpienie i t. p., choć wywierają o wiele większy wpływ, niż bodźce pierwszej kategorii, jednakże klinicznie przez długi przeciąg czasu nie zdradzają się żadnymi typowymi objawami w zakresie czynności serca i odde-

¹⁾ Wyborną rozprawę „O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe“ napisał D-r H. NUSSBAUM. Odczyty kliniczne wydawane przez Gaz. Lek. Nr. 70. Warszawa. 1894.

chania wyrazem ich bywa upośledzenie ogólnego odżywiania tkanek. Że szkodliwe wpływy już to moralnej [uczuciowej], już to mechanicznej natury, nie przekraczające pewnego stopnia nateżenia i częstości, nie pozostawiają zgubnych następstw w organizmie, należy tem objaśnić, że przyrząd cyrkulacyjny [serce, naczynia, nerwy naczyńoruchowe] ma z natury swego przeznaczenia niezmiernie obszerną skalę wahań, *resp.* przystosowywania się; wyrównywa więc dość szybko zaburzenia chorobowe. Dotyczy to nie tylko samej innerwacji, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, lecz i mięśnia serca, posiadającego również dość obszerną skalę swej sprawności, czyli, inaczej mówiąc, siłę rezerwową, która jest w stanie na pewien przeciąg czasu pokonywać niezwykle przeszkody, jakie serce ma do przewyciężenia, np. przy niektórych nadmiernych wysiłkach fizycznych. To też u ludzi zupełnie zdrowych, a zwłaszcza młodych, których serce i naczynia nie przedstawiają zmian chorobowych, krótkotrwałe wysiłki fizyczne nie wywołują zazwyczaj obrazu klinicznego t. z. przemogi serca, a zwłaszcza rozszerzenia jam tegoż.

Inaczej rzecz się ma, skoro wysiłki fizyczne działają na organizm, będący w warunkach nieprawidłowych, a mianowicie pod wpływem wzruszeń moralnych, jak np. gniewu, przestachu, rozpacz i t. p.. W tych razach obraz chorobowy przedstawia nam się inaczej, aniżeli wtedy, kiedy tylko jeden ze szkodliwych wpływów, o których mowa, będzie miał miejsce.

Ponieważ przykładowo, ilustrujących podobną kombinację bodźców patologicznych, znajdujemy w literaturze bardzo mało, postanowiłem więc podać poniżej kilka odnośnych spostrzeżeń. Nie przedstawiają one typów klinicznych, któreby można pomieścić w przyjętym układzie podręczników patologii i terapii szczegółowej, jednakże rzucają nam wiele światła na początkowe przejawy patologiczne w narządach oddechania i krwiobiegu.

Spostrzeżenie I. S. M., służąca, lat 25, przybyła do oddziału d. 18 października 1894 r., skarżąc się na silną duszność i kaszel. Chora objaśnia, iż przed 3 dniami uległa silnemu wstrząśnieniu moralnemu, a to wskutek posądzenia jej przez panią, u której służyła, o przywłaszczenie sobie jakiegoś przedmiotu. Ponieważ posądzeniu temu towarzyszyły obelżywe wyrazy, chora wpadła w stan silnego gniewu i oburzenia, drżała cała i czuła zatamowanie oddechu. Wkrótce po tem zajściu poszła do miasta na targ po zakupy żywności, a powracając do domu z ciężkim koszem na ręku, ważącym około 30 funtów, zaczęła doznawać silnego kołatania serca i duszności. Chwilami była bliską omdlenia, obłana potem, robiąc częste odpoczynki, zaledwie z wielkim wysiłkiem zdołała dojść do domu. Przestrzeń, jaką zmuszona była odbyć, wynosiła około 1,5 kilom., na co blisko dwóch godzin potrzebowała.

Powróciła do domu z niezmiernie przyspieszonym oddechem, jak się wyraża „zziajana, jak pies“. Dopiero po upływie kilku godzin uspokoiła się. Przez następne dwa dni chora czuła się niedobrze i doznawała duszności przy pracy, spełniała jednak niektóre, mniej wymagające wysiłku, obowiązki służbowe. Z wystąpieniem miesiączki [3 dnia] duszność i kaszel wzmogły się do tego stopnia, iż zmuszoną była opuścić służbę i zapisać się do szpitala.

Status praesens. Budowa i odżywianie doskonałe. Stan bezgorączkowy. Oddech bardzo częsty, 76, 80 na minutę, miarowy, dość powierzchowny. Co do czasu, to wdechanie i wydechanie są prawie równe. Śledząc szczegółowej rytm oddechania, okazuje się, iż zwykle po kilkunastu powierzchownych ruchach klatki piersiowej następuje jeden głęboki wdech, po którym na kilka sekund chora zupełnie przestaje oddechać. Z powodu duszności usiłuje ona pozostawać w pozycji siedzącej, dłuższe jednak siedzenie staje się dla niej niemożliwym, a to w skutek skłonności do omdlenia.

Kaszel niezbyt częsty, występujący napadowo z nerwowym charakterem, bez plwociny.

Z tyłu klatki piersiowej w dolnych odcinkach płuc przy słabem, a zwłaszcza bezpośrednio opukiwaniu palcami występuje stłumienie (*obtusio*) na przestrzeni 3 palców; tamże oddech nieco osłabiony, nieliczne trzeszczenia. *Fremitus vocalis* nie zmieniony. U wierzchołków oddech zaostrozony.

Z przodu: dolne granice płuc nieco obniżone. W okolicy podobojczykowej lewej odgłos opukowy posiada odcień bębniasty; w górnych odcinkach płuc oddech zaostrozony. Tętno 72 na minutę, dość napięte, miarowe, o średniej fali.

Uderzenia wierzchołkowego wymacać niepodobna. Górna granica tępości serca odpowiada III międzyżebrowi, lewa przechodzi na 1—1½ ctm. za linię sutkową lewą, prawa nie dochodzi do środka mostka. Tętno serca czyste, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmożony.

Śledziona nie powiększona. Wątroba zwykłych rozmiarów. Język nieco obłożony. Brak łaknienia. Wypróżnienia codzienne. Badanie fizykalne żołądka i kiszek nie wykazuje zmian chorobowych; ze strony narządów płciowych nie byłem w stanie również wykryć nic nieprawidłowego.

Zaleciłem: spokojne zachowanie się, lekką dyetę, a do wewnątrz napar waleryany z bromem.

19. X. Tętno 72, oddechów 60. Z powodu duszności chora w nocy spać nie mogła. Kaszel umiarkowany, plwocina nieobfita, śluzowa, nieco pienista. Z tyłu z lewej strony stłumienie zajęło większą przestrzeń, t. j. do kąta łopatki; z prawej zaś strony zmniejszyło się.

20. X. Tętno 76, oddechów 58. Dusznosc nieco mniejsza. W plwocinie przeważnie pienistej—pokazuje się trochę krwi. Miesiączka skończona. W dolnej części lewego płuca z tyłu—na przestrzeni stłumienia—rzęzenia mniej obfite. Ze względu na zaparcie stolca zalecono *t-ra Rhei aquos.*, a następnie: *Inf. Digitalis ex gr.* xjj— $\bar{5}$ vj + *kali bromati* 3jj. S. Co 3 godz. łyżkę stołową.

21. X. Tętno 72, oddechów 48. Stan ten sam.

22. X. Tętno 70, pełniejsze, więcej napięte, oddechów 42. Kaszel silny, duszność mniejsza. Z lewej strony stłumienie odgłosu opukowego przechodzi nieco na boczną część klatki piersiowej. Plwocina śluzowo-pienista z małą domieszką krwi. Mocz wydziela się obficie, białka, ani cukru nie zawiera. Ciężar właściwy 1018. Chora uskarża się na bóle w okolicy fałszywych żeber i w mięśniach kończyn górnych [lewej] i dolnych. Naparstnicę wraz z bromkiem potasu zalecono powtórzyć.

23. X. Tętno 72, oddechów 46. Silny ból głowy, zwłaszcza w okolicy skroniowej. Przy każdym ruchu występują obfite poty i krótki oddech.

24. X. Tętno 70, oddechów 32. Duszność mniejsza. Ból głowy, nudności, a nawet wymioty. Zalecono lód do łykania.

25. X. Tętno 76, oddechów 28. Nudności tylko po jedzeniu. Chora poci się bardzo łatwo przy wszelkim ruchu, dotyczy to głównie górnej części tułowia, na której pot kroplami się zbiera. Żrenice słabo oddziałują na światło.

26. X. Tętno 80, dość napięte, oddechów 26. Chora narzeka na silny ból głowy. Rano, wstawszy z łóżka, przeszła przez salę, w celu umycia się; powróciwszy na miejsce swe, dostała dość silnych wymiotów, będąc jeszcze naczeco. Chora skarży się na bóle w mięśniach prawego i lewego ramienia, mięśnie te są wrażliwe na ucisk zewnętrzny. Przepisano: *Saturation. natri bicarbon. ex* 3j— $\bar{3}$ vj + *Spiritus nitri dulcis* 3jj. S. Co 2 g. łyżkę.

27. X. Tętno 80, oddechów 24. W nocy kaszel, duszność, ból głowy. Język nieco obłożony, brak łaknienia, po jedzeniu odbijanie. W linii pachowej średniej lewej stłumienie rozpoczyna się na wysokości VIII żebra i łączy się ze stłumieniem, odpowiadającym dolnej i tylnej części lewego płuca. Z lewej strony mostka odgłos opukowy stłumiony na przestrzeni kilku centymetrów kwadratowych; począwszy od II międzyżebrza oddech pęcherzykowy, w tem miejscu nieco osłabiony. Tętno serca czyste.

28. X. Tętno 72, oddechów 20. Czkawka przy zmianie pozycji ciała i przy głębszem oddechaniu. Duszność większa. Żrenice rozszerzone. Z tyłu z lewej strony przestrzeń stłumienia jest mniejszy; dolna granica prawego płuca obniżona. Powyżej stłumienia odgłos opukowy przedstawia odcień tympaniczny. Brzuch wzdęty. Zapisano roztwór bromku potasu 3jj— $\bar{3}$ vj. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.

29. X. Tętno 68, oddechów 24. Chora skarży się na ból, ściskanie w gardle. Żrenice mniej rozszerzone. Błona śluzowa gardzieli zupełnie niewrażliwa na dotykanie, ucisk.

30. X. Tętno 80, oddechów 22.

31. X. Tętno 76, oddechów 20. Żrenice rozszerzone, oddziałują dobrze na światło.

1. XI. Tętno 80, oddechów 24. Bóle w szyi i w lewym boku. Przestrzeń stłumienia, z tyłu i z lewej strony klatki piersiowej zmniejszyła się znacznie. Chora mocno osłabiona, zaledwie kilka kroków może zrobić; w czasie mycia się zrobiło się jej nie dobrze, uczuła zawrót głowy, wskutek czego upadła. Przy łykaniu doznaje bólu w gardle. Badanie krtani i gardzieli dało wynik ujemny. Chora przyjmuje roztwór bromku potasu.

2. XI. Tętno 80, oddechów 20. Przy próbach chodzenia istnieje jeszcze wciąż skłonność do zemdlenia.

2. XI. Tętno 80, oddechów 20. Przy wstawaniu z łóżka chora doznaje zawrotu głowy. Czucie na całej skórze zniesione, tak, że nawet głębokie ukłucia szpilką nie sprawiają chorej żadnego bólu, choć samo dotykanie chora odczuwa. Na miejscach ukłucia występują bardzo wyraźne zaczerwienienia skóry w postaci

kół wielkości 20 kopiejkowej srebrnej monety. Przepisano: *Solution. arsenic. Perarsoni* w ilości 10—20 kropel, 3 razy dziennie.

3, 4, 5. X. *Status idem.*

6. X. Częste nudności. Bóle w okolicy lewego jajnika, który jest dość wrażliwym na ucisk. Ściskanie w gardle z uczuciem obecności obcego ciała (*globus*).

7. X. Tętno 74, oddechów 22. Źrenice rozszerzone, zwłaszcza lewa, słabo oddziałują na światło. Badanie mikroskopowe płwociny nie wykazało laseczników gruczkowych.

8. X. Tętno 78, oddechów 24. Przy chodzeniu chora bardzo się męczy, po dłuższym ruchu doznaje zaraz duszności i kaszlu. Poci się silnie. W okolicy lewego przedsionka stłumienie jeszcze istnieje.

9. X. Tętno 74, oddechów 20. Zawroty głowy mniejsze. Co do czucia, to z prawej strony w przedniej i tylnej części tułowia, jak również na kończynach górnych istnieje zupełna *analgesia*, na kończynach zaś dolnych uczucie bólu zniesione, po stronie przeciwnej, t. j. lewej; na twarzy zaś *analgesia* na obu połowach.

Następnego dnia chora, czując się znacznie lepiej i nie doznając duszności, zawrotu, wypisała się ze szpitala.

Epicrisis. Przypadek powyżej opisany zasługuje na uwagę, z powodu pod wpływem silnego wzruszenia i znacznego wysiłku fizycznego nastąpiło naruszenie równowagi w stosunkach krwioobiegu i oddechania. Górującym jednak objawem, zwłaszcza w czasie przybycia chorej do szpitala, był niezmiernie ciężki oddech, dochodzący do 80 na minutę (*polypnoe*) przy normalnej częstości tętna [72] i prawidłowej ciepłocie ciała. Stanowi temu towarzyszyła silna duszność podmiotowa. Co się zaś tyczy rodzaju duszności, to była ona mieszaną, t. j., że wdech i wydech były jednakowo utrudnione.

Drugim ważnym objawem klinicznym, który, zwłaszcza po 2 dniach pobytu chorej w oddziale stał się bardzo wyraźnym, była przestrzeń lekko stłumionego [lecz nie tępego] odgłosu opukowego w dolnej części lewego płuca, sięgająca do dolnego kąta łopatki i rozprzestrzeniająca się stopniowo na boczną część klatki piersiowej, aż do linii pachowej średniej. Na przestrzeni stłumienia oddech pęcherzykowy był nieco osłabiony z nielicznymi trzeszczeniami przy dolnej granicy tegoż płuca. Z początku mogło to wzbudzać podejrzenie istnienia wysięku surowiczego, brak jednak zmian w przewodnictwie głosu, brak gorączki, a zwłaszcza ujemny wynik przekłucia klatki piersiowej, kilka razy wykonanego, usunęły wątpliwość. Nie był to wreszcie ucisk płuca, jaki niekiedy wytwarza się z powodu znacznego wzdęcia brzucha, *resp.* podniesienia przepony; kanał bowiem pokarmowy nie przedstawiał w pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu, zmian chorobowych. Mieliśmy więc do czynienia z zastojem krwi, który z czasem, choć wogóle bardzo zwolna, zaczął ustępować, aż wreszcie w ostatnich dniach, przed opuszczeniem oddziału, znikł zupełnie. Ze strony samego serca stwierdziliśmy tylko powiększenie tegoż w wymiarze podłużnym, na które złożyło się głównie stłumienie, odpowiadające lewemu przedsionkowi. Prawa granica serca była zaledwie o $\frac{1}{2}$ ctm. przesunięta za lewy brzeg mostka.

Zachodzi teraz pytanie: w jaki sposób wytłomaczyć sobie powyższe zaburzenia w krążeniu krwi i oddechaniu?

Jeśli nie będziemy brali w rachubę nadmiernie częstego oddechu, prócz tego wykluczmy sprawy zapalne i przebiegowe w płucu, to powiemy, iż obraz powyższy odpowiada zupełnie przejawom niedomogi serca, występującej zwolna u osób w wieku podeszłym, dotkniętych miażdżycą tętnic. I w naszym przypadku zastój w dolnej części lewego płuca należy niewątpliwie policzyć na karb niedomogi lewej komórki, *resp.* przedsionka. Za źródło zaś tej ostatniej należy uważać ów wysiłek fizyczny, jaki miał miejsce przy niesieniu bardzo ciężkiego kosza na znacznej odległości. Wiadomo, że każda silniejsza praca fizyczna, dłuższe napięcie mięśni, powoduje znaczne zwiększenie ciśnienia w układzie tętniczym, wskutek czego serce, przy wtłaczaniu krwi z jamy swojej do aorty, zmuszone jest pokonywać znaczne przeszkody. Skoro temu poddać nie jest w stanie, już to wskutek utraty normalnej siły rezerwowej już też wskutek nadmiernych przeszkód, następuje przepełnienie krwią jam serca, *resp.* niedostateczne skurcze komórki lewej. Ostatecznym zaś rezultatem będzie zastój krwi w lewym przedsionku, a wreszcie przekrwienie bierne w dolnych odcinkach płuc. Że tak jest w rzeczywistości, na to wskazują doświadczenia, wykonane na zwierzętach w pracowni prof. BASCH'a przez D-ra KANDERS'a ¹⁾. Badania te, przy których wykonywano ucisk na aortę, wykazały, iż, pomimo znacznego zwiększenia ciśnienia krwi w aorcie i przepełnienia krwią serca, ciśnienie krwi w lewym przedsionku nie tylko nie zmienia się, lecz niekiedy staje się nawet mniejszem, t. j., że serce energiczniej pracuje i wypompowuje krew z przedsionka lewego i z płuc. Z tego także powodu wzmoczenie ciśnienia w tętnicy płucnej można oczekiwać tylko wtedy, kiedy ucisk aorty będzie bardzo znaczny i da powód do wystąpienia niedomogi lewej komórki, *resp.* zastoju w lewym przedsionku.

Ponieważ zaś w naszym przypadku, oprócz zwiększenia ciśnienia, wywołanego wysiłkiem fizycznym, miało także niezawodnie miejsce pobudzenie ośrodka naczynioruchowego [*resp.* skurcz naczyń], który zazwyczaj w grę wchodzi podczas wzruszeń moralnych, łatwo więc przypuścić, że lewa komórka nie była w stanie przezwyciężyć tak znacznych przeszkód i uległa chwilowemu wyczerpaniu. Rezultatem tego ostatniego były objawy zastoju krwi w płucu; na prawej połowie serca nie odbiło się to zaburzenie przynajmniej o tyle iż do znacznieszego rozszerzenia prawej komórki nie doszło. Zaznaczyć też wypada, iż tętno z początku było więcej napiętem, później zaś było średniej wielkości i siły.

Zaznaczyć wszakże winniśmy, że chociaż przekrwienie dolnych odcinków, a zwłaszcza lewego płuca, przyczyniło się głównie przemoga serca, jednakże bardzo jest prawdopodobnem, iż w samym początku choroby mógł mieć miejsce i czynny napływ krwi do płuc (*congestio*) wskutek wzmoczonej pracy narządu oddechania; na zasadzie „*ubi irritatio, ibi fluxus*“.

¹⁾ Klinische und experimentelle Studien, aus dem Laboratorium von Prof. BASCH. Berlin 1891 r.

Z kolei następuje się pytanie co do patogenezy niezmiernie częstego oddechania, które z początku dochodziło do 80 razy na minutę, w następnych dniach wynosiło średnio około 40, przy końcu zaś choroby spadło do 20, przy tętnie 72—80 na minutę, czyli, że stosunek oddechania do tętna był mniej więcej prawidłowym. W czasie zaś przybycia chorej do szpitala oddech był nawet częstszym, aniżeli tętno.

Z chorób narządu oddechowego, które przebiegają niekiedy z niezwykle częstym oddechem, na pierwszym planie postawiłbym ostrą gruźlicę płuc w postaci zaduszającej. Sam kilkakrotnie podobne przypadki spostrzegałem, i to nie tylko przebiegające z gorączką ¹⁾, lecz i z normalną ciepłotą ciała ²⁾.

W naszym przypadku o gruźlicy ostrej nie mogło być mowy, jak również o cierpieniu nerek, cukrzycy, acetonurii i t. p., które wskutek zatrucia krwi mogą przez pobudzenie ośrodka oddechowego doprowadzić do zaburzeń w oddechaniu.

Czy w naszym spostrzeżeniu przekrwienie dolnych odcinków płuc, głównie lewego, nie było objawem pierwotnym, t. j. przyczyną częstego oddechu i duszności, a to wskutek zmniejszenia zawartości powietrza w pęcherzykach płucnych, *resp.* zmniejszenia sprawy utleniania? Odpowiedź brzmić będzie przecząco, zważywszy, że przekrwienie dotyczyło przeważnie tylko jednego płuca, że wytwarzało się powoli; nie zajmowało dużej przestrzeni, a wreszcie, że górny płąt tegoż płuca, jak również prawe płuco, zastępczo ze wzmoczoną energią odbywały swą czynność. Wiadomo wreszcie, jak nieraz dość duże wysięki, zajmujące całą opłucną z jednej strony, nie wywołują przyspieszenia oddechu i duszności, jeżeli rozwijają się nie nagle, lecz zwolna.

Polypnoe było u naszej chorej niewątpliwie ośrodkowego pochodzenia.

Wiadomo, że pod wpływem nawet lekkich wzruszeń oddechanie nasze zmienia się, staje się częstszym, nierównym, niekiedy głębokim, lub na pewien czas zatrzymuje się. Znany fizyolog włoski, prof. Mosso ³⁾, w pięknej swej pracy p. t. „Strach“, przytacza zajmujące badania, przedsięwzięte na ludziach i zwierzętach w celu wykazania wrażliwości mechanizmu oddechowego na bodźce psychiczne. Za pomocą t. zw. pneumografu, który się do klatki piersiowej lub do brzucha przytwierdza, otrzymujemy, podobnie jak z pomocą kardiografu lub kymografionu, linię krzywą, odpowiadającą ruchom oddechowym. Podczas zupełnej ciszy, kiedy przyrząd spokojnie kreślił krzywiznę oddechania, wystarczało, aby do kogo przemówić, dać jakie zlecenie, dotknąć się stołu lub przyrządu, spojrzeć na psa i wyrzec doń kilka słów pieszczotliwych, aby za każdym razem oddech stawał się częstszym. Jeśli wrażenie było słabe, wpływ ten trwał tylko kilka sekund. Gdy zaś stawała przed zwierzęciem osoba, której badany nie znał, wówczas poprzedni, spokojny rytm oddechania nie powracał;

¹⁾ Przypadek ostrej prosowatej gruźlicy płuc [w postaci zaduszającej]. *Gazeta Lekarska*, 1883 r. Nr. 13.

²⁾ Ostra prosowata gruźlica bez gorączki [w postaci zaduszającej]. *Gaz. Lek.* 1889. Nr. 22

³⁾ Strach. Studium popularno-naukowe, przełożył z oryginału włoskiego MAKSYMILIAN FLAUM. Warszawa. 1891.

gdy na zwierzę zawołano, przyspieszenie oddechu trwało wiele minut, zanim pobudzenie sfery psychicznej minęło.

W pracowni prof. LUDWIG'a w Lipsku Mosso badał zmiany ruchów oddechowych ludzi pod wpływem działalności mózgowej. W krzywych, otrzymanych z kilku kolegów, autor dostrzegł, że różnice bardzo są znaczne podczas usilnej pracy umysłowej, a przyczynę tej zmienności upatruje on w różnej pobudliwości ośrodków nerwowych. Prócz tego Mosso zrobił kilka doświadczeń nad sobą samym, by się przekonać, w jaki sposób zmienia się oddech przy niespodziewanym wystrzale, łoskocie i t. p. Badania te powtórzył na psach i przekonał się, że w podobnych warunkach następuje najpierw głębszy, często bardzo głęboki oddech, poczem oddech jakby zatrzymuje się, a przerwa ta może trwać kilka sekund. Następnie ruchy oddechowe stają się częstsze, niż były poprzednio.

Pod wpływem gniewu, oburzenia, jakie ogarnęły naszą chorą wobec osądzenia przez jej pracodawczynią, ośrodek oddechowy znajdował się, jak to zwykle w takich razach bywa, w stanie silnego pobudzenia; skoro zaś wkrótce potem nastąpił znaczny wysiłek fizyczny, przyczem i praca organów oddechania zwiększa się, należy przypuścić, że ośrodek oddechowy [w naszym] zostaje wprowadzony w stan tak silnego zadrażnienia, iż choć przyczyna, wywołująca je, przestaje działać, podrażnienie to trwa jeszcze przez długi przeciąg czasu.

Przyczyną usposabiającą mogła być ta okoliczność, iż wzruszenie i zmęczenie fizyczne miało miejsce na kilka dni przed wystąpieniem regularności.

Zaznaczyć wreszcie winniśmy, że chociaż objawy zastoju krwi w płucu znikły, a rytm oddechania stał się prawidłowym, tętno zaś uderzało około 72—80 razy na minutę, jednakże chora przez wiele jeszcze dni przy wstawaniu, chodzeniu, doznawała silnych zawrotów głowy, nudności i krótkiego oddechu. Objawy te wskazywały na niedokrwistość mózgu, zależną od niedostatecznej działalności serca. Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, iż jednocześnie z poprawą zaburzeń w oddechaniu i krwiobiegu wystąpiło znaczne połowiczne znieczulenie [skrzyżowane] skóry i błony śluzowej gardzieli—uczucie dławienia w gardle (*globus hystericus*)—słowem, objawy histerycznej natury, których w początku choroby nie byliśmy w stanie wykryć. Czy dawniej przed przybyciem chorej do szpitala istniały u niej objawy histeryi, trudno stanowczo powiedzieć; według jednak danych, jakie byliśmy w stanie zebrać z wywiadów, należałoby przypuszczenie to odrzucić, a wystąpienie powyższych objawów policzyć na karb traumy psychicznej. Słowem, patogeneza byłaby podobna do tej, jaką podają w nerwicach urazowych. Neuropatologowie wykazują nawet, iż przemijające gwałtowne afekty częściej dają powód do rozwoju histeryi, niż do neurastenii.

[C. d. n.]

II. O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisał

H. Nusbaum.

— 4 = 4 —

Pomiędzy lekarzem sceptykiem, który uważa medycynę za odłam nauk biologicznych, którego interesuje rozpoznanie choroby, jej przyczyna, bieg jako zjawiska przyrodniczego, ale który nie wierzy, aby sztuka lekarska, dziś przynajmniej, jakkolwiek mogła przynosić poważny pożytek, a lekarzem, który wierzy niezachwianie w moc niewątpliwą przerywania choroby lub odwracania niebezpieczeństwa śmierci, każdego pochwalonego kiedyś lub dziś przez kogokolwiek środka, istnieje wielki zastęp lekarzy, którzy ani przeceniają wartości swej sztuki, ani jej nie zmniejszają do wartości zera. I ci jednak lekarze niezawsze umieją zdać sobie ścisłą sprawę z rzeczywistej wartości wykonywanej przez się sztuki, ani z właściwego zakresu i istoty jej zadań.

Przez niniejszą pracę pragniemy, o ile to będzie w naszej mocy, ułatwić przedewszystkiem studującym medycynę oryentowanie się w pojmowaniu zakresu, zadań i sprawności terapii.

Na sprawy świata tego można zapatrywać się z bardzo wysoka, tak, aby współcześnie jak największy obszar zjawisk w oko świadomości naszej wnikał; wtedy każde pojedyncze zjawisko, każdy byt oddzielny maleje w oczach naszych do nieskończoności, widzimy wtedy li ogólne idee, ogólne prawa, ogólne formy, szczegóły jak gdyby nie istniały. Z takiego punktu widzenia, czemże jest życie jednostki wobec potężnego drzewa rodu ludzkiego, w obec wielkich niepojętych zadań ludzkości, w której rozwoju po przez wieki mają się podobno spełnić wielkie ideały sprawiedliwości, dobra, miłości i geniuszu.

Ileż miliardów jednostek już zeszło jako cienie nikłe z powierzchni tej ziemi w rozmaitej odległości od owych najlepszych chwil przyszłości; ile tysięcy w cierpieniach niewypowiedzianych ciała i duszy już zeszło z tego świata, by stwarzać grube warstwy potrzebnego mułu, na którym zakwitnie kiedyś, kiedyś kwiat doskonałości? Cóż wobec tych potężnych, wielkich dążeń do ideałów przyszłości, do spełnienia się zadań rodu ludzkiego, coż znaczy życie jednostki, jednostki cierpienie?

Ale na sprawy świata tego trzeba zapatrywać się i z bliska, a wtedy widzimy, z jak kunsztownych rusztowań składają się potężne kształty i jak każda najszczuplejsza beleczka rusztowania nieodzowną jest na swem miejscu dla bytu całości; wtedy przekonywamy się, że drobny cel każdego szczegółu jest prawie współrzednym pod względem ważności celowi ogólnemu całości, gdy przez niespełnienie się szczegółowych, małych celów ogólny, wielki osiągnięty być nie może. Głob ziemski jest bezwątpienia koniecznym w harmonii wszechbytu i koniecznym rozwój życia na jego powierzchni, a li prawdziwe interesy życia i rozwoju jednostki godzić się mogą najdokładniej z prawdziwymi interesami i rozwojem rodu ludzkiego. Z tego wynika, że prawo do

życia, prawo do życia normalnego bez cierpień i kalectw ma każda jednostka tak potężne, jak potężną rację bytu ma ludzkość cała. Jedną z licznych potęg przyrody, łamiących się nawzajem w duchu rozwoju i postępu, to geniusz ludzki, a odłam jego, który stwarza terapię, walczy za prawo życia normalnej ciągłości, normalnej wartości każdej jednostki z potęgami mu wrogimi, w pełnym samopoznaniu, iż prawdziwy interes jednostki zlewa się z prawdziwym interesem całości. Tak należy pojmować stanowisko i wywód racji i doniosłości terapii.

Główne zadania terapii dają się wyrazić w następujących 6-ciu punktach:

- 1) Odwracanie zagrażającej śmierci.
- 2) Przedłużanie życia.
- 3) Usuwanie cierpień.
- 4) Usuwanie choroby.
- 5) Podnoszenie sprawności ustroju.
- 6) Zapobieganie powikłaniom i następstwom chorób.

Z zadań powyższych wypływają trzy zadania negatywne:

- 1) Nie przyczyniać się do skrócenia wątku życia.
- 2) Nie przyczyniać cierpienia.
- 3) Nie przynosić uszczerbku sprawności ustroju.

Z pozorów zadania te bardzo prostymi się wydają, w rzeczywistości jednak spełnianie tych zadań napotyka poważne trudności, wątpliwości i sprzeczności, których rozbiorem poniżej się zajmiemy. Rozpatrzmy się w każdym z nich z osobna.

I. Zadanie terapii: odwracanie zagrażającej śmierci.

Przez odwracanie zagrażającej śmierci rozumiemy odwracanie śmierci, zagrażającej niewątpliwie i natychmiastowo lub w bardzo niedalekim czasie. W przypadkach tych często mamy do czynienia ze stanem śmierci pozornej, nieściśle się wyrażając, mówi się wtedy o przywracaniu do życia. Potrzebę spełniania zadania tego powodują następujące czynniki:

1) Uszkodzenia urazowe, grożące czynności narządu takiego, którego beczynność lub nienormalna czynność nie może być cierpianą przez ustrój, nawet przez czas najkrótszy, należą tu:

- a) skaleczenie ważnej tętnicy,
- b) zacieśnienie lub zamknięcie krtani lub tchawicy, dostanie się płynu do płuc samych,
- c) wogóle przez jakikolwiek uraz wywołany odruchowo zastój w oddechu i krążeniu, wstrząs [shok] i t. p..

2) Wpływy toksyczne, pochodzące albo z zewnątrz ustroju: otrucia, ukąszenia jadowite, albo wytworzone pod wpływem zakażenia ustroju i następczego zakażenia krwi produktami życia drobnoustrojów, lub wywołane toksynami wskutek złożeń w przemianie materii, dzięki różnorodnym zaburzeniom chorobowym, np. aceton, lub wreszcie normalnymi wytworami ustroju, zbyt licznie nagromadzonymi we krwi, wskutek odpowiednich zaburzeń chorobowych, np. napad mocznicy, nadmiar kwasu węglanego i t. d..

- 3) Zaburzenia mechaniczne patologicznego pochodzenia:
- a) zatkanie dróg oddechowych, wywołane nowotworem, uciskającym krtań lub tchawicę, lub obrzękiem błony śluzowej, albo wysiękiem plastycznym,
 - b) krwotoki wewnętrzne, wywołane nadżarciem lub pęknięciem naczyń,
 - c) zaburzenia w krążeniu, przekrwienia i obrzęki mózgu, płuc,
 - d) niedowład serca w najrozmaitszych warunkach,
 - e) przedziurawienie kiszki wskutek owrzodzeń drążących, uwięźnięcie kiszki, wpochwienie i t. d.,
 - f) niedrożność dróg moczowych wskutek obrzęków, nowotworów i t. d.

4. Fizyologiczne wpływy, jak: wyczerpanie energii serca wskutek nadmiernej pracy mięśniowej, albo wyczerpanie lub wstrząs układu nerwowego wskutek nadto silnego wzruszenia lub nadmiernie natężonej pracy umysłowej lub zbyt długiego czuwania, albo zbyt długiego głodzenia się i t. d.

Sprawność terapii odnośnie do wyżej wzmiankowanych przypadków bardzo jest różną: w wielu razach skuteczność terapii jest tu niewątpliwą, w innych wątpliwą, jeszcze w innych absolutnie żadną.

Nie będziemy tu się zastanawiać, kiedy jest wskazanie do tracheotomii dla odwrócenia śmierci, lub do przewiązania choćby tętnicy podobojczykowej, lub do operacji na kiszce; każdemu lekarzowi skądinąd znanymi być winne wskazania i przeciwwskazania do podjęcia tak ważnych postanowień. Zaznaczymy tu tylko wogóle, że sprawność terapii chirurgicznej w odpowiednich przypadkach jest prawdziwie olbrzymią, a z drugiej strony ośmielimy się uczynić małą uwagę, iż podejmowanie bardzo radykalnych operacji nie winno przynigdy być rezultatem zapалу do trudnych i ryzykownych rękoczynów, ale zawsze tylko obiektywnego i skrupulatnie obliczonego prawdopodobieństwa istotnej pomocy.

Najważniejszym momentem, mogącym się wydarzyć w każdej z powyżej wymienionych 4-ch kategorii niebezpieczeństw, jest asfiksja i synkopa, połączony zastój oddechania i krążenia. Czasem widocznym punktem wyjścia jest gasnąca czynność serca, czasem znowu porażenie ośrodka oddechania, najczęściej beczyność obu tych organów życia z gwałtowną szybkością po sobie następuje. Widzimy, jak pod działaniem chloroformu tętno wprawdzie się jeszcze wyczuwa w tętnicy promieniowej, ale chory absolutnie nie oddecha; to znowu widzimy, jak chory szybko oddecha, na wysokości naprzykład zakażenia tyfusowego, ale tętno staje się coraz bardziej przerywanem, nierównem, nitkowatym. W parze z ustawianiem oddechania i krążenia idzie zwykle ogólne znikanie wrażliwości odruchowej. Słowem, przychodzi często, ratując życie uchodzące, bez wzwględu na dalsze przyczyny zwrócić się bezpośrednio do dwu kapitalnych funkcji życia, do oddechania i do czynności serca. Umieć być panem położenia w tych fatalnych chwilach jest obowiązkiem każdego lekarza, tymbardziej, że postęp terapii w tym kierunku w ostatnich czasach jest niewątpliwym.

Niektóre drobne zdobycze ostatniego stulecia podniosły niezmiernie sprawność terapii w odwracaniu śmierci, że wyliczę tu tylko: a) zastosowanie wstrzykiwań podskórnych, b) zastosowanie strumieni indukcyjnych do sztucznego oddechania, c) zastosowanie wlewań zaskórnych, d) poznanie działania atro-

piny na oddechanie i krążenie, e) poznanie wpływu nasady języka na drożność krtani.

Wogóle pamiętać należy o ważnym czynniku, podtrzymującym energię życiową komórek tak nerwowych, jak mięsnych, mianowicie o ciepłocie. O ile w gorączkach zakaźnych, w chwilach grożącego porażenia serca i oddechania, zbyt podniesioną ciepłotę zwalczać należy odpowiednimi zmywaniami, kąpielami chłodnawymi, z pominięciem naturalnie znanych środków przeciwgorączkowych, chemicznych, które ujemnie wpływają na serce i ośrodki, tak znowu we wszystkich innych przypadkach poczynającej się asfyksyi i synkopie pamiętać należy o towarzyszącem temu stanowi opadaniu ciepłoty krwi i o wielkiem niebezpieczeństwie tego momentu. Powstrzymanie więc utraty ciepłoty z jednej strony, a ogrzewanie czynne z drugiej strony, to 1-sze w tych razach, a niekiedy zbyt zaniedbywane zadanie terapii.

Na upadającą działalność serca świetnie wpływają t. zw. środki podniecające, wprowadzane pod skórę, należą tu: kofeina 0,2—0,3 na dawkę, eter zwłaszcza octowy po 1 centymetrze sześciennym kilkakrotnie, kamfora 0,1 na dawkę; działanie soli amoniakalnych jest bardzo przemijającym, jedynie pomysłu można o pobudzeniu odruchowem czynności serca i oddechania przez podanie do wężania par amoniaku, ale pamiętać trzeba tu o silnem i żrącym działaniu par tych na błony śluzowe krtani i wogóle dróg oddechowych.

W bardzo groźnych przypadkach przystąpić też można do wstrzykiwań podskórnych strychniny, jako soli azotanowej zrazu 0,005, następnie 0,003.

Jeżeli się ma pod ręką kąpiel, wskazanem jest zanurzenie chorego do wody ciepłoty 39° C., przyczem strumieniem zwykłej polewaczki z wysokości około 3-ch łokci zlewać należy górną część kolumny pacierzowej.

Mechanizm pobudzania oddechania polega na następujących zadaniach:

1. głowę umieścić jak najniżej, aby do ośrodka oddechowego doprowadzić słabo już krążącą krew;
2. oczyścić jamę ustną i gardzielową od śluzu i wszelkiej zawartości, język kleszczykami wyciągnąć mocno poza zęby przednie, aby nasada języka, naciskając nagłośnią, nie zamykała krtani; radzą też rytmiczne przednio-tylne wykonywanie ruchów językiem. Ażeby i kość gnykowa ku przodowi się posunęła, co jest koniecznem, trzeba, okraczywszy chorego, paluchy oprzeć na szczęce górnej, pozostałemi zaś palcami wszystkie części miękkie, położone pomiędzy ramionami szczęki dolnej i samą szczękę ku przodowi jak najsilniej pociągać. Wtedy przez wprowadzenie do tchawicy kateteru gumowego przedewszystkiem wyssać znajdujący się tam możliwie płyn, następnie w tenże kateter lub w braku kateteru przy zamknięciu nozdrzy z ust do ust, a lepiej [z powodu przepelnienia powietrza wydechanego kw. węglanym] mieszkiem, przy założeniu części otworu jamy ustnej, wprowadzać powietrze.
3. Przy szczękościsku lub obrzęku krtani wykonać należy tracheotomię i przez rurkę podtrzymywać sztuczne oddechanie; powietrze powinno być ogrzane.

4. W braku kateru, mieszka najstosowniej należy naśladować fizyologiczne wytłaczanie i wysanie powietrza. Można to wykonać 3 sposobami; wymieniamy

tylko te, które najpowszechniej są zachwalane a): lekarz stoi poza głową, położoną niżej poziomu grzbietu poziomo ułożonego chorego, zgina silnie przedramiona chorego do ramion i naciskając razem ku dołowi barki, przyciska silnie ramiona do boków klatki i nagle odrywa je, rozprostowując i pociągając je silnie po nad głowę chorego, gdzie pozostają przez dwie sekundy: tym sposobem mięśnie międzyżebrowe ulegają napięciu i podnoszą żebra ku górze. Następnie znowu zgina się kończyny w stawie ramieniowym, przyciska do klatki, spychając przytem barki i tak rytmicznie do 15 razy w ciągu minuty; b) lekarz i chory, jak poprzednio, kończyny dolne chorego w kolanach i biodrach mocno zgięte. Lekarz chwyta obiema dłońmi dolne brzegi łuków żebrowych i silnie unosi je w górę, przyczem przepona się spłaszcza, a pojemność klatki się zwiększa, poczem zaraz przyciska je ku dołowi; c) lekarz stoi z boku ułożonego, jak wyżej, chorego i układa obie dłonie z rozstawionymi palcami na obustronne łuki żebrowe, mocno je naciska, to znowu dłonie odrywa, pozostawiając elastyczności własnej żeber podniesienie się ich do góry. Sposób ten ma przewagę nad innymi, iż jednocześnie wykonywa się nacisk na samo serce, co je bardzo do ruchu pobudza.

5. Bardzo poważnem poparciem w przywracaniu funkcji oddechania jest współczesne elektryczne pobudzanie nerwów przeponowych; otrzymujemy tym sposobem podniecię skurczów przepony, naśladowując fizjologiczną jej innerwację. W tym celu umieszcza się oba elektrody o powierzchni cała kwadratowego tuż nad przyczepem *m. scaleni antici* nad obojczykiem na zewnątrz tylnej odnogi mięśnia mostko-sutko-obojczykowego i puszcza się w chwili podnoszenia żeber przez 2 sekundy prąd takiej siły, która wystarcza do wywołania mocnego skurczu mięśnia zginacza krótkiego palucha lub nieco większej, poczem prąd się przerywa, a żebra uciska się, znowu się prąd puszcza, żebra unosi i t. d. Ażeby mięśnie oddechowe pomocnicze wpływały na podnoszenie się żeber, trzeba unieruchomić górne ich przyczepy przez silne trzymanie głowy, barków i ramion.

Wspominaliśmy o pobudzaniu serca do ruchu przy wykonywaniu trzeciego sposobu sztucznego oddechania: przez silne naciskanie ściany klatki piersiowej na serce i powtarzanie tego w rytmie częstszym, niż tego wymaga sprawa oddechania, jeśli można do 120 razy na minutę, wywiera się silny bodziec na mięsień serca.

Tą metodą osiągało się i po pół godziny i po godzinie przeszło trwania pozornej śmierci powrót ruchu serca i innych funkcji życiowych.

Kiedy wszystkie powyższe środki okazują się bezużytecznymi, należy jeszcze przystąpić do wstrzykiwań atropiny. Trzeba się tylko strzedz dawek za wielkich, bo pobudzenie niemi otrzymane przechodzi prędko w bezpowrotne wyczerpanie. Należy zrazu zastrzyknąć 0,001 i w danym razie kilkakrotnie dawkę tę powtórzyć.

Zachwalają też bardzo w ostatnich czasach, jako środek pobudzający podobnie jak strychnina [p. w.], ale mniej trująco działający, kokaïnę.

Zwracając się do wpływów toksycznych, zaznaczyć musimy, iż i tu na wysokości otrucia spotykamy się z potrzebą zwalczania asfyksyi, synkope i utraty czynności odruchowej; postępowanie przeto będzie także same, jakie powyżej

było wyłożone. Tu jednakże wypada najczęściej przedewszystkiem usunąć czynnik szkodliwy, który nie zdołał może jeszcze wyrzucić całej swej szkodliwej działalności. Gdy szkodliwa substancja wszczepioną została przez skórę, jest wskazanie do miejscowego działania, jak: wypalenie, wysianie przez bańkę lub mniej właściwe ustami, ucisk naczyń do środkowych przepaską, przecięcie żyły wezbranej poniżej opaski i t. p.. Najczęściej wypada usunąć zawartość z żołądka; dwie tu są drogi: 1-sza, środki wymiotne; 2-ga, lewar żołądkowy. Co do 1-go pamiętać trzeba, że przy dużych nadżarciach pierwszych dróg akt połknięcia może być wogóle niemożliwym, już z tego względu, a jeszcze bardziej ze względu, iż zwykle używane jako wymiotne środki: emetyk lub siarczan miedzi, same przez się deprymujący mocno wpływ wywierają na system nerwowy, zwłaszcza gdy wymioty nie dają się wywołać, a środki te wchodzi w całej zadanej ilości do krwi obiegu, wreszcie jeszcze i ze względu szybkości działania wypada uciekać się do podskórnego wstrzyknięcia apomorfiny 0,01 do 0,02, po którym w 3-4 minut akt wymiotny następuje.

Środek wymiotny będzie bardziej wskazanym, gdy chory jest bezpośrednio po spożyciu uczy, lub widocznie zatrul się dużą ilością zjedzonych grzybów; w innych przypadkach, gdy nie podejrzujemy stałej zawartości w żołądku, wskazane będzie bardziej użycie lewaru, bo nie grozi zatkaniem a zyskuje się to że dokładnie można jamę żołądkową przepłukać. Najpraktyczniej jest wprowadzić rurkę gumową w końcu brzegiem zaokrąglonym w ogień, szerokości światła 8 milim., długości 2 metrów, naliwioną, pamiętając, że odległość od zębów przednich do wnętrza żołądka u dorosłego człowieka wynosi około 50 cm.. Do zewnętrznego końca rurki wprowadza się lejek i wlewa $\frac{1}{2}$ do 1 litra ciepłej wody, poczem szybko koniec zewnętrzny rurki opuszcza się na dół. Nalewanie to można kilkakrotnie powtarzać.

Gdy trucizna już wessaną została, bardzo poważnym środkiem, dawniej bądź co bądź przecenianym i nadużywanym, ostatnio zbyt lekceważonym, jest upust krwi żyłnej. Mało który klinicysta nie miał sposobności spostrzegać dzielności tego środka przy samozatruciu organizmu w t. zw. napadu mocznicowym; notowane są w literaturze przypadki ocalenia tą drogą chorych po otruciu kwasem karbolowym. Przedewszystkiem zaś przy otruciu tlenkiem węgla z następującą transfuzją krwi wielu autorów notuje szczęśliwe tą drogą otrzymane wyniki.

U osób pletorycznych z pewnością łatwiej zdecydować się na upust krwi ogólny, a jeszcze bardziej skłonni będziemy do wykonania tej operacji, gdy będziemy mogli jednocześnie zastosować transfuzję krwi odwłóknionej. Sama transfuzja jest środkiem doniosłym nie tylko przy otruciach, ale jeszcze bardziej przy utratkach znacznych krwi.

Oslabiający wpływ krwi upustu zmniejsza też znacznie wprowadzenie za skórne fizjologicznego roztworu soli kuchennej; mniej bowiem szkodliwym momentem jest tu zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi, niż upadek ciśnienia krwi poniżej pewnej granicy. Wiadomo, iż w tym celu należy w litrze przegotowanej wody rozpuścić 6 grm. soli, płynem tym letnim napęlić zwykły irrigator, a mocno w końcu rurki gumowej osadzoną igłę wydrążoną wkluć do luźnej tkanki podskórnej, najstosowniej poniżej obojczyka.

Wobec wielu trucizn występować należy do walki niezależnie od powyższych sposobów, o ile są wskazane, odtrutkami, które: 1) albo na drodze chemicznej zubożniają truciznę w pierwszych drogach, albo też 2) fizjologicznie działają w kierunku przeciwnym działaniu trucizn, czyli antagonistycznie. Nie możemy tu rozstrzygać toksykologii; zwrócimy tylko uwagę co do 1-go na potrzebę i wielką skuteczność podawania płynów alkalicznych przy zatruciu kwasami, bacząc na to, aby nie wywiązywał się kwas węglany, więc np. unikać węglanu sodu, a stosować raczej magnezję paloną lub wodę wapienną [wiadomo, że do wiążących kwasy płynów należą mleko lub białko, roślinne zwłaszcza, w dużych ilościach] i t. d., jak również, aby sole wytwarzające się nie były same przez się trującymi, więc np. przy otruciu kwasem chromnym stosować octan żelaza, który wytwarza nierozpuszczalną, więc nieszkodliwą sól chromianu żelaza; na skuteczność stosowania kwasów organicznych przy otruciach alkaliami, solami alkali i ziemiami alkalicznymi; przy otruciu solami barytu [chlorek, jodek, woda tlenku barytu]—siarczanu magnezji lub sodu dla zamiany soli barytowej rozpuszczalnej na nierozpuszczalny siarczan barytu; przy otruciu jodem wolnym roztwór krochmalu; przy zatruciu fosforem siarczanu miedzi dla wytworzenia nierozpuszczalnego fosforanu miedzi, a w dalszym ciągu olejku terpentynowego dla jego utleniającej własności; przy otruciu arsenikiem wodą tlenku żelaza, wodą tlenku magnezji; przy otruciu antymonem roztwór garbnika, tworzącego nierozpuszczalny garbnik antymonu; przy otruciu zasadami pochodzenia roślinnego również garbnika lub odwarów garbnik zawierających.

Co do 2-go. Zwrócimy uwagę na antagonistyczne działanie morfiny i atropiny, muskariny i atropiny, chloroformu i chloralu z jednej, a strychniny i kokainy z drugiej strony.

Przy dosyć pobieżnym szukaniu w literaturze udało mi się wynotować 200 przypadków otruc, niewątpliwie dzięki interwencji terapeutycznej ocalonych.

Jedną z najważniejszych form samozatrucia ustroju jest nagromadzenie się we krwi produktów czynności wydzielniczej nerek. Nie wchodząc w rozbiór teorii, która tu substancja jest właściwą trucizną [mocznik, ksantyna, kreatynina, amoniak], faktem jest, że występujące w t. zw. napadzie mocznicy, groźne objawy ze strony ośrodków nerwowych ustępują pod wpływem upustu krwi, który działa tu stanowczo jako środek odwracający śmierć.

Zejsście śmiertelne w chorobach zakaźnych zależy również w znacznej ilości przypadków od nagromadzenia się produktów trujących ośrodki nerwowe lub mięsień serca, wytwarzających się pod wpływem odnośnych drobnoustrojów. Wiadomem jest, że drobnoustroje, powodujące choroby zakaźne ostre, mają w ustroju ponajwiększej części żywot tylko okresowy; podtrzymanie przeto działalności zagrożonej tak ważnych narządów, jak ośrodków oddechania i krążenia, stanowi często o szczęśliwym zejściu choroby.

Nikt z praktyków nie wątpi, jak doniosłymi i skutecznymi są tu czynniki, podtrzymujące działanie tych ośrodków i dobry praktyk nie zaniedba nigdy podawania *larga manu* starego wina, kordyałów rozlicznych, eteru, kamfory, kofeiny, strofantu oraz fizycznych bodźców, podnoszących wogóle działalność odrucho-

wą, jak: kąpiele, zimne oblewania, obwijania. Skuteczność środków tych wielce podnosi stosowanie ich podskórne, z czem nie należy nigdy czekać *ad infimis*. Zanim postęp terapii znajdzie swoje środki, znoszące działanie pewnych zarazków, jak to się stało z surowicą atydyfterytyczną, umiejętna dbałość o podtrzymywanie czynności oddechania i krążenia i postęp metod w tym kierunku dużo ofiar może zabójczym tym chorobom wyrwać.

Przechodzę do trzeciej kategorii zaburzeń, prowadzić mogących do potrzeby odwracania śmierci, t. j. do zaburzeń mechanicznych pochodzenia patologicznego; zwrócimy uwagę tylko na niektóre ważniejsze momenty.

Wiadomo, iż w przebiegu chorób krtani przyjść może do wzmagającej się niedrożności krtani (np. *oedemu glottidis*), w których to przypadkach w porę wykonana tracheotomia przywraca uciekające życie.

W pewnych momentach krupowego zapalenia płuc, gdy wobec przeszkód w małym krążeniu serce przestaje działać, upust krwi przywraca sprawność serca i ocala chorego od niechybnej śmierci; to samo się odnosi wogóle do przypadków ostrego obrzęku płuc.

W pewnych razach silne przekrwienia mózgu zagrażają bardzo poważnie zawieszeniem czynności tego ważnego narządu; energiczna deplecja miejscowa [10—12 pijawek] widocznie przywraca czynność temu narządowi.

W niektórych przypadkach wad sercowych niedowład serca doprowadza do przesięzków surowicznych, które, wzrastając, same przez się coraz bardziej naciskają płuca, utrudniają ruchy przepony i tem samem utrudniają jeszcze bardziej sprawę krążenia, zaczem i oddechania, sinica się zwiększa i z każdą chwilą rosnąca duszność grozi blizką śmiercią; przekłucie w tych przypadkach ścian brzusznych i wypuszczenie płynu lub w mniej nagłych razach zwiększenie czynności nerek, czy to kalomelem, czy dyuretyką, przez wyprowadzenie znacznej ilości surowicy z ustroju, najwidoczniej odwraca grożące niebezpieczeństwo życia.

W innych razach chwilowy niedowład serca, czy to w przebiegu miażdżycy, czy cukromoczu, czy stłuszczenia serca, usuwa się stanowczo podaniem narparstnicy, strofantu w połączeniu z kofeiną i t. p..

Wszakże stanowczo ratuje życie w porę wykonana herniotomia przy uwięźnięciu kiszki, laparotomia przy wewnętrzym krwotoku np. przy ciąży zewnątrzmacicznej, przy ropniu wyrostka róbaczkowatego, *resicotomia* przy niedrożności cewki moczowej i niemożności przeprowadzenia kateteru i t. d..

Synkope groźne przy krwotokach zbyt obfitych pochodzenia patologicznego: *ulcera ventriculi, intestinorum*, lub wskutek cierpień macicy, usuwają równie wyż wspomniane *excitantia*, przy zastosowaniu transfuzji krwi lub wlewań zaskórnych roztworu fizyologicznego soli i t. p..

Momenty grożące życiu, a przedewszystkiem na drodze porażenia czynności odruchowych, oddechania i krążenia, pochodzące ze zbyt natężonych czynności fizyologicznych, więc ze zmęczenia, wyczerpania, wzruszenia i t. d., usuwa się tak samo, jak powstałe na drodze intoksykacji lub zaburzeń chorobowych.

[C. d. n.]

III. OCZYSZCZENIE KAWERNY W TRZONIE KRĘGOWYM. ZWIĄZANIE WYROSTKÓW CIERNISTYCH ¹⁾.

Podał

R. Jasiński,
chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

Mam zamiar wkrótce przedstawić Szanownym Panom wyniki spostrzeżeń moich, dotyczących pomocy chirurgicznej w niektórych uciskowych cierpieniach mlecza pacierzowego. Zanim to uczynię, niechaj mi wolno będzie skorzystać z nadarżającej się w tej chwili sposobności i przedstawić przypadek doskonale ilustrujący pewną grupę objawów, zależnych od ucisku mlecza przez zmiany ciśnienia płynu mózgodzeniowego i krwi żyłnej w oponach. W końcu sierpnia 1895 roku przywieziono do mnie z Litwy dziewczynkę trzyletnią, od dawna cierpiącą na próchnienie gruźlicze kręgów grzbietowych. Przed 3-ma miesiącami, a więc w początkach czerwca, dziecko straciło zupełnie władzę w nogach: nie tylko przestało chodzić, ale i poruszać kończynami dolnymi, w łóżku leżąc, nie mogło. A trwał stan taki przez tygodni cztery.

Po czterech tygodniach władza w nogach powracać zaczęła i powróciła zupełnie; pozostało tylko osłabienie znaczne oraz niechęć do chodzenia. Jednocześnie ze zniknięciem objawów porażenia powstały po obu stronach wystających wyrostków ciernistych guzy bolesne, które w końcu, po 8-iu tygodniach trwania, przedstawiły się jako niewątpliwe głębokie ropnie zimne. Ta jednoczesność przedarcia się ropni na tylną powierzchnię kręgosłupa ze zniknięciem objawów ucisku mlecza pozwoliła mi przypuszczać, że porażenie nie zależało od zmian patologicznych w oponach i samym rdzeniu, lecz od zmian ciśnienia naczyniowego i obrzęku, spowodowanych sąsiedztwem ropnia, dopóki tenże nie utorował sobie dróg nowych i nowych zbiorników nie wytworzył. Mniej więcej 6 tygodni temu zachloroformowałem dziecko i przystąpiłem do operacji, mającej na celu znalezienie ogniska próchnienia w kręgu, sąsiadującego prawdopodobnie z mleczem, oraz wyskrobanie tego ogniska i jednocześnie wyskrobanie ropni obu. Dla dokładnego obejrzenia kręgów wykonałem cięcie takie, jakie robił np. DUNCAN do lamnektomii: a więc mające kształt litery **U**. Dwa ramiona tego cięcia przechodziły tedy wzdłuż podłużnego wymiaru obu ropni, wystających jajowato po obu stronach garbu. Cięcie sięgało aż do kości, t. j. do żeber. W płacie umieściłem wszystkie części miękkie, wyścielające prawy i lewy rów około-ciernisty. Ropnie opróżniłem, wyskrobałem, a ścianę ich powycinałem. Ponieważ z dna ropnia lewego szedł szlak ziarninowaty

¹⁾ Przedstawienie chorego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 15 października, 1895.

pod żebrem w głąb, przeto, idąc za przykładem BOECKEL'a i VINCENT'a, wyreze-kowałem duży kawał żebra, wykręcając go ze stawu żebro-kręgowego po prze-cięciu więzu tylnego. Na tępo [starając się nie zranić opłucnej, zwojów nerwu współczulnego i tętnic międzyżebrowych] dostałem się do śródpiersia tylnego i do jamy wielkości orzecha laskowego, w trzonie kręgowym leżącej. Wylała się z niej ropa; grzybowatą z masami serowatemi ziarninę wyskrobałem. W ropniu prawym dno kończyło się na wyrostkach poprzecznych; pomimo starannego badania nie mogłem znaleźć drogi do trzonu z tej strony. Jednocześnie byłem w stanie obejrzeć wszystkie wyrostki cierniste i łuki 5-iu, czy 6-iu sąsiednich kręgów i przekonać się, że żaden z nich nie próchnieje.

Idąc za radą CHIPAULT'a, nałożyłem na 3 sąsiadujące ze sobą wyrostki cierniste szew ósemkowaty z grubego jedwabiu, żeby nadal powstrzymać za-padanie się trzonów kręgowych.

Do jamy w trzonie i do ropni, a raczej do miejsc, z których je wygar-nałem, powsuwałem pasma gazy jodoformowej. Płat opuściłem i przyszyłem niezupełnie, to jest z pozostawieniem przewodów na knoty muślinowe. Ropienie było umiarkowane w dalszym przebiegu. Po wyjęciu knotów nalewaliśmy do kanałów to glicerynę jodoformową, to balsam peruwiański czysty. Pod płatem w dwóch miejscach musieliśmy 2 zatoczki przeciąć i wyskrobać. W dwa ty-godnie po operacyi w dnie jamy prawej nareszcie znalazłem drugostronną drogę do trzonu kręgowego. W tej chwili rozszerzyłem ją, wyskrobałem i le-czyłem tak samo, jak resztę. Dziś, a więc w sześć tygodni po operacyi, mogę już przedstawić Panom dziecko ostatecznie wyleczone. Co najciekawsza, to tak szybkie wypełnienie i zabliznienie jamy kostnej, niewątpliwie gruźliczej natury.

Dziecko, zaopatrzone w gorset z filcu plastycznego, opuściło szpital w d. 30. X. 1895 r. w stanie zupełnie zadawalającym.

Jest to jeden z licznych w ten sposób przezemnie operowanych przypad-ków. Nie „wybrany“, lecz „bieżący“ przypadek pozwoliłem sobie Szanownym Panom przedstawić na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I S. Fränkel. Tyreoantytoksyna, część składowa gruczołu tarczowego, czynna w stanie fizyologicznym.

SCHAEFFER w Londynie i Roos we Freiburgu dowiedli, iż wyciąg gruczołu tarczowego nie traci działania ani przez gotowanie, ani przez działanie nań 10% roztworem kwasu solnego lub 10% roztworem ługu sodowego. Wiadomem nadto jest, iż ani gruczoł tarczowy, ani wyciągi z niego nie tracą działania, gdy je wprowadzamy do żołądka, innemi słowami: iż czynnik działający gruczołu tar-czowego nie ulega wpływowi niszczącemu pepsyny i trypsyny. Oto wiadomości, jakieśmy dotąd posiadali o substancyi działającej gruczołu tarczowego. O duży

krok naprzód posunęły te wiadomości, badania FRAENKEL'a, dokonane w pracowni chemii lekarskiej prof. LUDWIG'a w Wiedniu. Badacz ten przygotowywał zimne i gorące wyciągi z pewnych ilości wysuszonego gruczołu tarczowego owcy; strącał z nich kwasem octowym ciała białkowe i próbował oddzielnie działania osadu i przesączu na 2 otyłych ludziach i tłustym psie. Okazało się, iż tylko przesącz wywoływał chudnienie.

Sam F., pijąc przesącz gruczołu tarczowego przez 6 dni, tracił na wadze dziennie po 300 grm., a nadto zauważył przyspieszenie tętna. Przyspieszeniem krążenia krwi objaśnia on działanie gruczołu tarczowego na wchłanianie i przemianę materii. Wyniki przytoczone, według F., dowodzą, iż substancja działająca gruczołu tarczowego nie jest ciałem białkowym [nukleoalbuminą]. W doświadczeniach F. okazał się również bezskutecznym klej, wydobyty z tkanki łącznej gruczołu tarczowego. Z przesączu F. otrzymał ciało krystaliczne, bardzo hygroskopowe, bez zapachu, mające smak mięsa, rozpuszczalne w wodzie i alkoholu, a nierozpuszczalne w eterze i acetonie, składu $C_6H_{11}N_3O_3$ [derywat guanidyny], które nazwał tyreoantytoksyną. Kilka miligramów ciała tego, wstrzykniętych do żyły szyjowej psu zamorfizowanemu, wywoływało przyspieszenie tętna [z 56 na 80—120—140]; jest to wynik taki sam, jaki widział HASKOVEC z Pragi, wstrzykując świeży wyciąg gruczołu. Nie mógł F. stwierdzić obniżenia ciśnienia krwi, jakie spostrzegali SCHAEFFER.

Młodym kotom, które wogóle są bardzo wrażliwe na wycięcie gruczołu tarczowego, usuwał ten gruczoł F., a skoro koty dostawały drgawek, wstrzykiwał im pod skórę wodny roztwór 1% tyreoantytoksyny. Zwierzęta prędko się uspakajały, drgawki ustawały, oddechanie było prawidłowe, głębokie. Jeśli zaraz po wycięciu gruczołu zastrzyknął F. antytoksynę, to drgawki nie przychodziły.

Takie same wyniki otrzymywał GLEY z Paryża, posługując się gruczołem tarczowym. Wreszcie serce żaby, obezwładnione muskaryną, zaczyna bić ponownie po dotknięciu się go roztworem tyreoantytoksyny. Wszystko to dowodzi identyczności działania gruczołu tarczowego i tyreoantytoksyny, skąd wniosek, iż ta ostatnia jest ciałem działającym w gruczole tarczowym.

Doświadczenia te zdają się nadto popierać twierdzenie niektórych fizyologów, iż czynność gruczołu tarczowego polega na zobojętnieniu pewnych trucizn, wytwarzających się w ustroju. Jednocześnie doświadczenia te uchylają nieco rąbek zasłony, otaczającej działanie fizyologiczne niektórych gruczołów ustroju i całą organo-terapię.

Postępując w sposób podobny, jak opisany przez F., zdaniem tegoż, da się może wykryć cały szereg ciał, które w stanie fizyologicznym, w bardzo nawet małych ilościach dostając się do krążenia krwi, chronią ustrój ludzi od wielu infekcyi, czy intoksykacyi.

[Wien, klin. Woch. 1895. Nr. 48].

W. Gajkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

Posiedzenie kliniczne z dnia 5. XI. 1895.

RYCHLIŃSKI przedstawia mózg, który obok zmian w oponach i w korze mózgowej, właściwych bezwładowi postępującemu, posiadał znaczne wgłębienie w okolicy drugiego lewego zawoju czołowego, sięgające lewej brózdki ROLAND'a i wywołany torbielą [z płynną zawartością]. Za życia, oprócz dysartryi, wybitniejszych zmian w mowie nie było.

ŚWIĄTECKI przedstawił przypadek nowotworu (*myxadenoma*) jamy nosogardzielowej.

SOLMAN demonstruje: 1) chłopca z nowotworem biodra, 2) guz kształtu jajowatego, składający się z masy włosów, wydobyty przy lapartomii.

SOŁOWIEJCZYK przedstawił mężczyznę, lat 22, u którego z powodu rany ciętej w górnej części powierzchni wewnętrznej prawego ramienia i uszkodzenia tętnicy ramieniowej, oraz nerwów ze splotu barkowego, przewiązał wzmiankowaną tętnicę i po skrwawieniu zeszył *n. medianus, radialis, n. cutaneus externus et internus* oraz zeszył przecięte *caput longum m. bicipitis*. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, a ruchy w całej kończynie i palcach powróciły do stanu prawidłowego.

JAWDYŃSKI demonstruje: a) śliniankę podżuchwową, pochodzącą od chorożego, który był przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa z d. 18. VI r. z.. Był to mężczyzna zdrowy zupełnie. W okolicy ślinianki podżuchwowej prawej znajdował się guz mało ruchomy, a w gardzieli u podstawy łuku przedniego widać było przetokę, wydzielającą dość znaczną ilość ropy. Przewód WHARTON'a był zarośnięty, a na przebiegu jego wyczuć można było twarde ciało, jakoby kamyk. Operacja wycięcia ślinianki była mozolną z powodu twardej zrostów z częściami otaczającymi. Przy oddzielaniu na tępo ścian przetoki, otwierającej się w gardzieli, powstał dość duży krwotok z powodu przerwania *art. pharyngeae ascendentes*, tak, że okazało się koniecznym podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej. Zagojenie nastąpiło zupełnie prawidłowo. Ślinianka przedstawia się jako torbiel, o bardzo grubych i twardych ścianach, budowy prawidłowej; gruczołu niema ani śladu. W środku torbieli znajduje się kamień długi przeszło na 2 ctm., szeroki na 1 ctm.. Ciało twarde na przebiegu przewodu WHARTON'a było tylko guzikiem ze zwykłej tkanki łącznej.

b) Drugi preparat dotyczył raka krtani, która była całkowicie wyjętą. Chory lat 62 przybył do szpitala 14. IX. 1895. Choroba rozpoczęła się przed rokiem od bólu w gardzieli; od 3 tygodni przyłączyła się chrypka i duszność. W przebiegu choroby bardzo zmizerniał. Odżywianie bardzo podupadło. Oprócz miażdżycy, w narządach wewnętrznych wybitniejszych zmian niema. Na szyi w okolicy prawej chrząstki tarczowej guz znacznych rozmiarów, zrośnięty z krtanią. Guz ten również zrośnięty jest z dużym pakietem gruczołów limfatycznych, zwyrodnionych nowotworowo. Skóra na guzie nie przesuwalna z objawami zapalnymi. Przy badaniu palcem w prawym *sinus pyriformis* wyczuć

się daje guz z głębokim kraterowatym wrzodem, dochodzący prawie do migdała. Po stronie lewej szyi, wzdłuż *m. sternocleidomastoideus*, szereg gruczołów bardzo dużych. Rozpoznano raka krtani i naczyń chłonnych szyi; 19. IX. operacja. Cięcie od podbródka do *jugulum sterni*; tracheotomia. Odpreperowanie krtani *in toto* wraz całym guzem z lewej strony Żyła szyjowa wewnętrzna silnie zrośnięta z guzem. Jest ona kolosalnej grubości, promień jej wcale nie jest mniejszy od *v. cava*. Podwiązanie żyły na krańcach szyi i całkowite jej wycięcie. Po podwiązaniu żyły wystąpiła znaczna sinica na głowie i twarzy, budząca obawę jakich nieprzyjemnych, bezpośrednich powikłań. Po podniesieniu głowy sinica się zmniejsza. Po lewej stronie—części gruczołów nie wyjęto z obawy, że i tutaj może okazać się niezbędnym podwiązanie żyły szyjowej wewnętrznej; przytwierdzono szwami tchawicę i wszyto gardziel. Przy badaniu wyciętej krtani okazało się, że nowotwór zajmował tylko *sinus pyriformis*, nie przechodząc do wnętrza krtani. Tylko wskutek ciśnienia guza z zewnątrz krtani była mocno zwężona. Jedną ze ścian żyły szyjowej stanowiły zwyrodnione gruczoły. Przebieg zupełnie bezgorączkowy bez żadnych powikłań ze strony narządów oddechowych. Po kilku dniach nastąpiło rozwolnienie, a następnie wymioty. Doszło do tego, że najmniejszą ilość pokarmu, wlewanoego przez zgłębnik, chory wymiotował. Wskutek absolutnej niemożności przyjmowania pokarmów wyniszczenie szybko postępowało i chory zmarł 6. X. W przypadku tym odstąpił mówca od metody zawsze stosowanej przez niego i nie rozszczeplił krtani przed jej wyluszczeniem. Ponieważ wewnątrz krtani nie było zajętem, przeto możnaby było ograniczyć się na połowicznym wyjęciu, co możeby bardziej zapewniło pomyślny wynik operacji.

c) Trzeci preparat pochodzi od kobiety 52-letniej, *virgo intacta*, która przed rokiem zauważyła powiększenie się brzucha, a w ostatnich czasach zaczęła czuć silne bóle, wychudła, wymizerniała, przyczem wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu. Chora bardzo mizernie odżywiana, z wyglądem charłaczym. Badanie przez kışkę stolcową wykazuje macicę silnie powiększoną, przypartą do spojenia łonowego; ponad macicą kulistą znajduje się guz twardy. Macica i guz nieruchome. Pęcherz moczowy skierowany na prawo, sięga bardzo wysoko.

Po przecięciu brzucha w linii środkowej i wypuszczeniu zawartości torbieli za pomocą grubego trójgrańca [zawartość przedstawia się jako płyn gęsty brudno-kasztanowatego koloru, z bardzo licznymi skrzeplami masami tłuszczu] zauważono, że otrzewna ściany brzusznej przechodzi na guz i dalej w krezkę kışkową, tak, że z początku wydawało się, iż mamy do czynienia z torbielą krezkową. Badanie przeciętej torbieli wykazało, że w dolnej jej części znajduje się płaska, chropowata, bardzo twarda powierzchnia. Okazało się potem, że dość łatwo można oddzielić torbiel od otrzewnej i tym sposobem z poza otrzewnej wyluszczone całą torbiel, tylko u wejścia do małej miednicy doznano wrażenia, że część twardą oddzielono od nowotworu, będącego w ścisłym związku z macicą. Nowotwór ten delikatnie oddzielono od części otaczających. Przedstawił się on jako gruby, płaski guz, wielkości ręki dorosłego człowieka. Po usunięciu nowotworu przedstawił się dopiero dół DOUGLAS'a i macica bardzo

powiększona, na tylnej jej powierzchni dalszy ciąg guza. Macicę sposobem wskazanym wycięto, pozostawiając tylko część pochwową. Przebieg pooperacyjny idealny. Nie tylko ustąpiły wszystkie zaburzenia, ale i wygląd chorej znacznie się poprawił. Po przecięciu wyjętej macicy okazuje się, że nowotwór wrastał głęboko w jej miąższ, nie dochodząc wszakże do błony śluzowej. O ile się zdaje, torbiel powstała w więzie szerokim lewym, unosząc od tyłu otrzewną, rozwijała się pomiędzy nią i kręgosłupem, następnie dolna jej część rakowato zwyrodniała. To rakowate zwyrodnienie, wywołujące bardzo grube zrosty, powoli następnie przechodziło na samą macicę. Po stronie lewej rak doszedł do *flexura sigmoidea*, nie zwyrodniał jej jednak, a tylko w nowotwór wciągniętych zostało kilka *apendices epiploicae*, które też po uprzednim podwiązaniu odcięto. Po wydobyciu torbieli okazało się, że otrzewna jest odłuszczona od tylnej powierzchni brzucha na bardzo znacznej przestrzeni i że po za nią można po kręgosłupie i wielkich pniach naczyniowych przeprowadzić rękę prawie do wysokości pępka. (Autoreferat).

BRUGMAN miał odczyt p. t. „O wstępującem zwyrodnieniu nerwu twarzowego”. Rzecz ta będzie drukowaną w Gazecie Lekarskiej.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. Orpholum, s. Bismuthum β -naphtholicum basicum. Orfol, czyli Betanaftolbismut.

Z przetworów leczniczych, uchodzących za środki dezynfekcyjne przewodu kiszkowego, za najlepszy, przynajmniej we Francyi, uważają betanaftol i ten też względnie najczęściej stosują. Wszelako środek wzmiankowany ma ważne ujemne strony, a mianowicie: posiada zapach bardzo nieprzyjemny i smak mocno palący, tak, że chorzy tylko ze wstrętem go przyjmują, a wielu wcale go nie znosi z powodu palenia, jakie sprawia w żołądku.

Związek chemiczny betanaftolu z bizmutem, czyli tak zwany orfol, posiadać ma wszystkie dodatnie własności lecznicze betanaftolu bez jego stron ujemnych.

Orfol przedstawia się pod postacią proszku szarego, woni lekko aromatycznej, dość przyjemnej, smaku łagodnego. Skład procentowy wynosi: 26,5% betanaftolu i 73,5% bizmutu. W przewodzie pokarmowym orfol rozkłada się na naftol i bizmut. Mała część naftolu przechodzi do moczu, większa zaś część zostaje wydalana z kałem.

Zaznaczyć tu trzeba, że już w 1892 r. z polecenia prof. M. NENCKIEGO w Petersburgu SZUBENKO (*Wracz. 1892. 51*) przeprowadzał spostrzeżenia nad działaniem wzmiankowanego środka przy cholery azyatyckiej. Podawano ten środek w dawce 1,0—2,0 na dobę i otrzymywano w pierwszych okresach cholery pomyślne wyniki.

D-r CHAUMIER z Tours (*Therapeutische Wochenschrift. 1895. 48*) przez trzy lata robił spostrzeżenia nad wpływem leczniczym orfolu i podaje następujące wyniki.

Szczególnie dobrem działaniem odznacza się orfol przy biegunkach u dzieci: stolce pod wpływem tego środka dość szybko pozbywają się woni smrodliwej, stają się gęstszymi i tracą zabarwienie zielone. Dodać przytem należy, że środek wzmiankowany jest zupełnie nieszkodliwym: dziecku miesięcznemu można podawać 2,0—3,0 dziennie, a starszemu 3,0—5,0 na dobę. Orfol przepisywać można w postaci proszku i podawać w mleku, syropie lub miodzie.

Bardzo dobre również wyniki otrzymywał CHAUMIER przy rozwolnieniu u dorosłych, a szczególnie u suchotników. Dorosłym można przypisywać 5,0—10,0 na dobę. Jeśli obok rozwolnienia istnieją i bóle brzucha, dodawać należy nieco mawkca.

Wreszcie za wskazany uważać należy orfoi i przy innych stanach chorobowych, przy których idzie nam o dezynfekcyę możliwą przewodu kiszkiowego, jak np. przy tyfusie brzuszny, przy cholery i t. d. *Wiktor Grostern.*

Wiadomości bieżące.

— Dzień 24 grudnia Wileńskie Cesarskie Towarzystwo Lekarskie zwykło co rok poświęcać pamięci swojego założenia. W r. b. dzień ten wypadł bardziej uroczyscie z powodu właśnie 90-cio-letniej rocznicy istnienia Towarzystwa. W roku 1805 Cesarz ALEKSANDER I reskryptem zatwierdził statuty Towarzystwa, ułożone za inicjatywą i staraniem głównie JÓZEFA FRANKA, profesora kliniki Uniwersyteckiej. Ostatecznie jednak ukonstytuowało się Towarzystwo dopiero na pierwszym posiedzeniu w dniu 11-ym października 1806 r., z którego przechowuje się w archiwum protokół, sporządzony wtedy w języku francuskim. Według tego protokołu, następujący lekarze i farmaceuci wzięli udział w pierwszym posiedzeniu: AUGUST BÉCU, JAN BAPTYSTA BRAUN, JÓZEF FRANK, JERZY GUTT, HERSZ HEIMAN, JAKÓB LIBOSCHITZ, ANDRZEJ LOBENWEIN, ANDRZEJ MATUSEWICZ, JAN SCHLEGEL, JĘDRZEJ ŚNIADECKI, FERDYNAND SPITZNAGEL, JAKÓB SZYMKIEWICZ, KAROL WAGNER i JAN WOLFFGANG. Na prezesa obrano 10-ciu głosami z pośród 14-tu obecnych JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, sekretarzem został JÓZEF FRANK, wiceprezesem LOBENWEIN. Od tego czasu Towarzystwo przechodziło różne koleje: kwitło, będąc ściśle związane z Uniwersytetem do r. 1831, od tej daty podupadło znacznie, pomimo to jednak trzymało się nieźle aż do r. 1842, w którym z istniejącej w Wilnie akademii medycznej uformowano wydział lekarski w Kijowie. Profesorowie rozpięchli się, pozostali lekarze nie zdołali utrzymać Towarzystwa na dawnej wysokości, sam byt jego przez jakiś czas był zagrożony: pozbawione będąc własnego lokalu, tułało się z miejsca na miejsce; członków zbierało się zaledwie po kilku. Dopiero około 1858 nastąpiło niejaki ożywienie, które jednak trwało zaledwie kilka lat, poczem wpadło Towarzystwo znów w drzemkę, z której poczęło się budzić dopiero po r. 1885. Od tego czasu datuje powolny, ale stały rozwój, trwający do dzisiejszego dnia; rozwój ten Towarzystwo zawdzięcza przeważnie ówczesnie i obecnie przewodniczącemu D-rowsi ERBSTEINOWI. Posiedzenie z dnia 24 grudnia 1894 odbyło się w zwyczajnej sali zebrań Towarzystwa, mieszczącej się w murach b. Uniwersytetu. Obecni byli prawie wszyscy członkowie zamieszkali w Wilnie, oraz wielu przyjezdnych—razem w liczbie siedemdziesięciu kilku, tak, iż szczupła sala była przepelnioną. Czoło sali, które zdobią popiersia Cesarza ALEKSANDRA I-go i następnych Monarchów oraz wielu z pośród pierwszych założycieli Towarzystwa i profesorów Uniwersytetu umajone zielenią, głowy zaś JÓZEFA FRANKA i JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO otaczały wieńce z wawrzynu. Posiedzenie zagał Prezes Towarzystwa, były Inspektor gub. Wileńskiej, D-r ERBSTEIN, wygłosiwszy „Ogólny pogląd na działalność Cesarskiego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego“. Potem odczytane zostały

w liczbie przeszło 50 telegramy i listy nadeszły z różnych stron z powinszowaniami z powodu 90-ciolecia istnienia Towarzystwa. Pomiedzy innymi byly telegramy od Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, od Redakcyi Gazety Lekarskiej, od Wszechnicy Jagiellońskiej i Lwowskiej, od Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, od Akademii Umiejętności, od Towarzystwa lekarzy Galicyjskich, od Instytutu fizyologicznego przy Uniwersytecie Krakowskim, od Redakcyi Przeglądu Lekarskiego, Nowin Lekarskich, listy i telegramy od profesorów: H. HOYERA, GAŁĘZOWSKIEGO, WICHERKIEWICZA, MIERZEJEWSKIEGO, LASKOWSKIEGO, NENCKIEGO i wielu innych członków honorowych Towarzystwa lub korespondentów; nadto od wszystkich prawie Towarzystw lekarskich, istniejących w Cesarstwie Rosyjskiem. Następnie odczytaną została lista przeszło 60 osób w kraju i zagranicą, które Towarzystwo z okazji swojej uroczystości pragnie mieć swoimi członkami honorowymi.

Potem członek honorowy Towarzystwa naszego, znany chlubnie autor wielu prac, dotyczących dziejów b. Uniwersytetu Wileńskiego, D-r JÓZEF BIBLIŃSKI, wygłosił odczyt pod tytułem: „Pierwsza klinika w Wilnie“, przyjęty kucznymi oklaskami.

Następnie przemawiali: Wiceprezes Towarzystwa, kolega IGNACY STRZEMIŃSKI: 1) O sanitarnym stanie Wilna w ciągu pierwszego dwudziestolecia istnienia Towarzystwa [1805—1825] oraz 2) Oftalmologia w Wilnie w ciągu pierwszego dwudziestolecia istnienia Towarzystwa.

Sekretarz, kolega WŁADYSŁAW ZAHORSKI, odczytał w skróceniu „Dzieje Cesarskiego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego“, obrazowo przedstawiając różnorodne, niekiedy bardzo smutne koleje, jakie Towarzystwo przechodziło za czas swego 90-letniego żywota. Bardzo zajmującą pracę swoją, która pochłonęła mu rok czasu, autor ma zamiar umieścić w jednym z pism krajowych. W końcu kolega P. BAGIEŃSKI odczytał ustępy z pracy swojej: „Znaczenie Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w sprawie rozpowszechnienia szczepienia ospy“. Rzecz opracowana jest gruntownie i dowodzi między innymi, jak ściśle łączyły stosunki wynalazcę szczepienia ospy, nieśmiertelnego JENNER'a, z założycielami naszego Towarzystwa.

Po wysłuchaniu powyższych odczytów zebrani w liczbie 70 udali się do restauracyi w hotelu „George“ na skromną wieczerzę składkową, podczas której spełniono kielichy na uczczenie pamięci zmarłych mistrzów naszych, a założycieli Towarzystwa; za zdrowie i długie lata obecnego naszego i jedyne go za cały czas istnienia Towarzystwa Prezesa Honorowego D-ra TRITUSA, który, jako ostatni wśród nas w Wilnie uczeń b. Akademii lekarskiej Wileńskiej, stanowi ogniwo, łączące nas z owymi lepszymi czasy; za niezależność nauki naszej od przemijających waśni narodowościowych; za pomyślność i dalszy rozwój naszego Towarzystwa. Inne toasty posiadały więcej osobiste znaczenie. Niczem niezakłócona harmonia wśród obecnych, należących do trzech narodowości, trwała przez cały ten wieczór, który w sercach wszystkich pozostawił bardzo miłe i podniosłe wspomnienie. Na zakończenie tego listu pozwolę tu sobie przytoczyć jeden ustęp z protokółów posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, zdający się dowodzić, iż moczopędne działanie kalomelu nieobce już było JĘDRZEJOWI ŚNIADECKIEMU.

Na V-em posiedzeniu Towarzystwa z dnia 12-go stycznia 1807 r., gdy zaszła mowa o panujących w mieście chorobach, po SPITZNAGLU zabrał głos JĘDRZEJ ŚNIADECKI. Głos ten tu dosłownie z protokołu ówczesnego przepisuje: „D-r ŚNIADECKI: *Puer scarlatina prius affectus, probabiliter a refrigerio in hydropem tum pectoris, tum abdominis incidit. Eo per opportuna remedia devicto inopinata peripneumonia supervenit. Suffocationi quum proximis videretur aegrotus, quolibet hora gr. 1 calomelani et extracti Hyosciami parrigere jussi, quod tam utiliter factum est, ut aeger spatio dimidii nyctemeri ad statum convalescentiae perductus fuerit. Eodem cum eventu eandem methodum in duobus aliis aegrotulis iisdem sub circumstantiis adhibui. Calomel nullam evacuationem produxisse videbatur ea urinarum excepta.* Ludwik Czarkowski.

— Wiadomem jest każdemu lekarzowi, iż jedną z największych trudności w anatomii opisowej jest olbrzymia liczba nazw. Całe wieki składały się na utworze-

nie tysięcy terminów anatomicznych, tem trudniejszych do spamiętania, iż bardzo często na oznaczenie tej samej części ustroju istnieje kilka synonimów, jak np.: *valvula coli*, *s. ileo-coecalis*, *s. Bauhini*, *s. Tulpii*, *s. Falloppiae*. Dalej, wielu częściom organizmu nadano nazwę od autora, który tę część pierwszy odkrył lub opisał, przyczem, jak się niejednokrotnie przekonano, popełniano często błędy historyczne. Nie dziw, iż doszło do tego, iż każdy anatom, każda szkoła, wybierali sobie z tej dużej ilości dowolnie wyrazy, kierując się jedynie eklektyzmem, tworzyli sobie niejako mowę anatomiczną, co utrudniało wzajemne zrozumienie się i porozumienie się. Nie tak np. dawno spotykaliśmy w naszej prasie lekarskiej wyraz *nerf spinal*, którym francuscy anatomowie nazywają XI parę nerwów czaszkowych, przetłómaczony na nerw rdzeniowy, czego źródłem brak jednostajnej terminologii.

Chcąc w tej anarchii ład wprowadzić, Towarzystwo Anatomiczne Niemieckie [do którego należy 145 niemieckich anatomów, a 129 cudzoziemców] w r. 1887 wysadziło komisję, do której weszli: KÖLLIKER [jako prezes], HERTWIG, HIS, KOLLMANN, MERKEL, SCHWALBE, TOLDT, WALDEYER, BARDELEBEN [sekretarz], KRAUSE [redaktor], a w latach późniejszych i kilku innych anatomów. Francuzi udziału odmówili; zaproponowali bowiem, aby komisya była złożoną z członków, przez odpowiednie rządy wybranych. Komisya ta pracowała przez lat 7. Na koszty dostarczyły pieniądze Akademii Umiejętności: Berlińska, Lipska, Monachijska, Wiedeńska i Peszteńska w sumie 8090 marek, a Towarzystwo Anatomiczne 3800 marek. Komisya przyjęła za zasadę: nadać każdej części ustroju nazwę jedną, prostą, o ile można krótką, dobrze określającą, łacińską. Nazwy osobowe i synonimy — wyrzucono. Nową tą terminologię anatomiczną, przyjętą przez Towarzystwo Anatomiczne Niemieckie, obejmującą około 5000 nazw, można znaleźć w pracy His'a „*Die anatomische Nomenclatur. Leipzig. 1895*“ [cena 7 marek]. Chociaż terminologia ta — jak sami jej autorzy przyznają — nie jest jeszcze ostatnim wyrazem ścisłości, chociaż nie jeden błąd możnaby jej wytknąć, pochodzący z tego powodu, iż układał ją nie jeden anatom, lecz całe koło przez głosowanie, to jednak nie możemy nie obeznać z nią czytelników „Gazety Lekarskiej“. Aby dojść do tego celu, w miarę wydarzonej sposobności, będziemy, obok nazwy dotychczasowej, umieszczali w nawiasie termin nowy, naturalnie o ile ten istnieje, gdyż większość nazw pozostawiono. Wreszcie możemy czytelnikowi donieść, iż jeden z kolegów Warszawskich spolszczył już całą tę nową terminologię anatomiczną i ma ją wkrótce wydać w osobnej broszurze.

— W Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem wybrano na r. 1896 na prezesa JÓZEFA SURZYCKIEGO, na wiceprezesa JÓZEFA ZANIETOWSKIEGO, a na sekretarza dorocznego STANISŁAWA CIECHANOWSKIEGO.

— **Zmarli:** w Paryżu znany laryngolog, D-r FAUVEL;
w Kielcach lekarz miejski, kol. REMIGIUSZ ŁASKOWSKI.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1896 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za miesiąc listopad 1895, oraz „Katalog“ księgarni T. Paprockiego i S-ki.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.