

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 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

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

PRESC: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia z kliniki terapeutycznej szpitalnej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego Prof. Lewickiego. Podał Dr Wiktor Grosstern, Ordynator tejże kliniki (Dokończenie). — Torbielo-gruczolak (*cysto adenoma*) dużych rozmiarów w okolicy udowej. Przez Dra Sonnenburga, Privatdocenta i pierwszego asystenta przy klinice chirurgicznej w Strassburgu — Korrespondencya krajowa Z m. Lublinaw sierpniu 1876 r. — Roczne posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Lubelskiej (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O przyczynach tyfusu brzuszego. Przez Dra A. Kühn (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Olejek pietruszki pospolitej. Kwas karbolowy, jako dodatek do podskórnych wstrzykiwań. — Dodatek. Choroby z zatrucia ark. 4. Choroby narządu ruchu ark. 15. Elektroterapii ark. 14 i 15. Hygieny ark. 9. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 35. Przegląd Postępu Nauk Lekarskich zeszyt III-ci za rok 1874.

Spostrzeżenia z kliniki terapeutycznej szpitalnej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego

Prof. Lewickiego.

Podał Dr Wiktor Grosstern, Ordynator tejże kliniki.

(Dokończenie).

Przyczynek do nowego dyagnostycznego objawu przedziurawienia kiszek.

Z opisu powyższych trzech wypadków zwracamy uwagę na to, że w jednym z nich mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*), a w dwóch drugich zaś — ze znacznym wzdęciem kiszek (*meteorismus intestinorum*). Przypominamy również o tych charakterystycznych objawach wysłuchowych, jakie otrzymaliśmy przy badaniu każdego z pomienionych trzech wypadków.

Dr Czudnowski *) w 1869 roku opisał wypadek, spostrzegany w klinice prof. Botkina. Podajemy go tu w streszczeniu.

*) Berliner Klinische Wochenschrift. 1869. Nr. 20 i 21.

U chorego z tyfusem brzuszny wystąpiło przedziurawienie kiszek i następne nagromadzenie gazów w jamie otrzewnej. Z życia tej osoby przy badaniu za pomocą auskultacji słyszano w okolicy podżebrza prawego, na całej przestrzeni pomiędzy 8-mym żebrzem a grzebieniem kości łonowej (*crista ossis ilei*) bardzo wyraźny szmer amforyczny, przypadający jednocześnie z ruchami oddechowemi; przy czym wdech amforyczny był dłuższym i silniejszym, a wydech — krótszym i słabszym. Ponieważ w płucach nie słychać było nigdzie oddechu oskrzelowego, przeto niepodobna było oddechu, słyszanego w prawym podżebrzu i niżej, uważać za objaw przeniesiony. A zatem trzeba było przyjąć, że ów oddech amforyczny w tym wypadku jest objawem czysto miejscowym, t. j., że powstaje w jamie otrzewnej w skutek ciągłego przechodzenia gazu z jamy otrzewnej do kiszek przez otwór powstały z przedziurawienia — i naodwrot z kiszek do jamy otrzewnej. Objaw przechodzenia gazów z jednego miejsca do drugiego (z kiszek do jamy otrzewnej i naodwrot) Dr Czudnowski tłumaczy rytmiczną zmianą pojemności jamy brzusznej, która zależy od ruchów oddechowych przepony.

Jakkolwiek Dr Czudnowski swego poglądu nie stwierdził na drodze doświadczalnej, to jednak wyjaśnienie sposobu powstawania owego szmeru, jakie ów autor podaje, zdaje się mieć za sobą wszelką zasadę słuszności.

Spostrzeżenie owo z kliniki prof. Botkina i jemu podobne zdawałyby się przemawiać za tem, że opisane powyżej objawy wysłuchowe w okolicy brzucha stanowią pewnego rodzaju objaw patognomiczny dla przedziurawienia kiszek. Pogląd ten jednak okazał się najzupełniej mylnym; także same bowiem objawy wysłuchowe w okolicy brzucha spostrzegać można nie tylko wobec przedziurawienia kiszek, ale i przy różnych innych sprawach chorobnych, jak tego dowodzą dwa drugie wypadki powyżej przez nas opisane. Powstawanie zaś pomienionego objawu w tym drugim razie tłumaczyć należy w sposób zupełnie inny, aniżeli w wypadku przedziurawienia kiszek, który podał Dr Czudnowski. Poniżej zresztą przytoczymy kilka doświadczeń, robionych przez prof. Lewickiego w celu bliższego wyjaśnienia rzeczonych kwestyi.

Nasz wypadek pierwszy (I) jest zupełnie podobnym do tego, który Dr Czudnowski opisał z kliniki prof. Botkina. I tu bowiem spostrzegaliśmy bardzo wyraźne objawy przedziurawienia kiszek (*perforatio intestini*), z następczem nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonaei*), oraz z zapaleniem błony otrzewnej (*peritonitis diffusa*). I tu również, jak tam, znaleźliśmy przy badaniu wysłuchowem szmer oddechowy amforyczny w podżebrzu prawem, przy czym wdech był dłuższym i silniejszym, a wydech — krótszym i słabszym.

Zupełne zniknięcie tępości, zależnej od wątroby, w okolicy linii środkowej i sutkowej; obecność odgłosu metalicznego klaszczącego, jaki otrzymaliśmy przy opukiwaniu: oto objawy, na mocy których z największym prawdopodobieństwem można było przyjąć, że mamy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej.

Z drugiej zaś strony obecność w tém miejscu oddechu oskrzelowego, amforycznego nasunęło nam pytanie: czy też nie mamy tu do czynienia z tymże samym „nowym objawem przedziurawienia kiszek“, który podał Dr Czudnowski? Jednakże już przy opisanu tego objawu podczas przebiegu choroby zwrócono uwagę, że ów oddech oskrzelowy, amforyczny, słyszany w okolicy podżebrza prawego, bezpośrednio przechodzi w oddech oskrzelowy zwyczajny, jaki słyszymy w naszym wypadku na powierzchni przedniej prawej połowy klatki piersiowej, t. j. w tém miejscu, gdzie odgłos tympaniczny znika i przechodzi w odgłos nietympaniczny płucny.

Stąd powstało pytanie nowe, bardzo ważne, a mianowicie: czy pomieniony oddech oskrzelowy amforyczny nie jest w tym razie objawem przeniesionym? Innemi słowy: czy źródłem tego oddechu oskrzelowego nie jest w danym razie zraz dolny prawego płuca? Moglibyśmy bowiem z wielkiem prawdopodobieństwem już a priori sądzić, że w skutek szczególnych warunków, istniejących w danym wypadku, oddech oskrzelowy, mający swe siedlisko w zrazie dolnym płuca prawego, zostaje przeniesionym do podżebrza prawego i poniżej.

Ogledziny pośmiertne nie mogły rozwiązać danego pytania z całą ścisłością, chociaż bardziej zdawały się przemawiać za tém, że objaw pomieniony nie był czysto miejscowym, t. j., że nie powstawał w jamie brzusznej. W naszym bowiem wypadku nie było tych pomyślnych warunków dla ciągłego przechodzenia gazów z kiszek do jamy otrzewnej i naodwrot, jakie istniały w wypadku, opisanym przez Dra Czudnowskiego: tam otwory owrzodzeń były okrągłe i dość szerokie; w naszym zaś wypadku zmartwiałe dno owrzodzenia nie oddzieliło się jeszcze w zupełności, ale utworzyło w połowie obwodu zaledwie szczelinę bardzo wąską. Podobnego rodzaju szczelina nie mogła stanowić przyjaznego warunku dla swobodnego przelewania się gazów w kierunkach wzmiankowanych.

Dla rozwiązania więc tej kwestyi trzeba było koniecznie uciec się do doświadczeń na zwierzętach. Przytoczymy tu jedno tylko z takich doświadczeń, które do tego stopnia jest przekonywajacém, że wszelkie objaśnienia czyni prawie zbytecznemi.

U królika zrobiono tracheotomię i następnie za pomocą rurki kauczukowej wprowadzono do płuc jego kilka kropel rozcieńczonego kwasu octowego. Po upływie krótkiego czasu w obu płucach pojawiło się mnóstwo rzeżeń drobno-pęcherzykowych. Przy wysłuchiwanu całej okolicy brzucha nie znaleziono nigdzie żadnych objawów oddechowych. Temuż samemu królikowi wprowadzono natychmiast do jamy otrzewnej dostateczną ilość powietrza. Tępość, zależna od wątroby, natychmiast znikła, a na miejscu jej przy opukiwaniu znaleźliśmy odgłos wyraźnie tympaniczny. Na całej prawie okolicy brzucha, a szczególnie w podżebrzu prawem, znaleźliśmy przy wysłuchiwanu bardzo wyraźne, drobno-pęcherzykowe dźwięczne rzeżenia. Nad wątrobą, a mianowicie w tém miejscu, gdzie odgłos tympaniczny bezpośrednio przechodził w nietympaniczny płucny, charakter dźwięczny owych rzeżeń zniknął, tak, że w tej okolicy słyszeć

możliśmy tylko zwyczajne rżenia drobnopęchrzykowe. Rżenia owe tak w okolicy brzucha, jako też i w płucach słyszalne tylko były podczas wdechu.

Objawy pomienione dadzą się wytłumaczyć w sposób bardzo prosty.

Powietrze lub gazy nagromadzone w jamie otrzewnej, przy lezeniu na wznak danego osobnika, zajmują przeważnie miejsce nad wątrobą i odpychają tę ostatnią do kręgosłupa. W następstwie zaś tego—powietrze, nagromadzone w jamie brzusznej, będzie oddzielone od powietrza, w płucach zawartego, li tylko za pomocą przepony. Jeżeli przy takich warunkach w dolnej warstwie płuca istnieć będą jakiegobądź wyraźne objawy wysłuchowe, jak: rżenia, oddech oskrzelowy i t. d., to takowe niezmiernie łatwo udzielać się mogą najbliższej warstwie powietrza, znajdującego się w jamie otrzewnej; a oprócz tego pomienione objawy wysłuchowe przyjmą tutaj charakter amforyczny. A zatem objawy, spostrzegane w takich warunkach, mają wielkie podobieństwo do faktu powszechnie znanego, że przy „*pneumothorax*” oddech oskrzelowy płuca uciśniętego przyjmuje charakter amforyczny.

Zestawiwszy teraz ze sobą objawy, otrzymane u królika na drodze doświadczałnej, z temi objawami klinicznymi, jakie spostrzegaliśmy w naszym pierwszym wypadku (I), musimy koniecznie dojść do wniosku, że między nimi znajduje się wielkie podobieństwo.

Ogledziny pośmiertne wypadku pierwszego (I) wykazały, że dolne zrazy obu płuc znajdują się w stanie silnej ociekliny (*hypostasis*), która była powodem oddechu oskrzelowego słyszanego, przeważnie po stronie prawej klatki piersiowej, za życia danego indiwiduum. Zresztą w wypadku pomienionym istniały za życia jeszcze inne warunki, przyjazne dla powstania oddechu oskrzelowego w tem miejscu. Przy opisie przebiegu choroby wspomnieliśmy, że odgłos nietympaniczny płuca prawego, poczynając już od czwartego żebra, przechodzi bezpośrednio w odgłos tympaniczny. A zatem okoliczność ta jasno dowodziła, że ciśnienie gazów, nagromadzonych w jamie brzusznej, było bardzo silne, w następstwie czego przepona stała daleko wyżej, aniżeli w stanie prawidłowym. Łatwo pojąć, że wobec takich warunków płuco prawe uleżało musiało znacznemu uciśnieniu: otoż w tem właśnie leży druga przyczyna oddechu oskrzelowego.

Ponieważ w tym wypadku, podobnie jak u królika, na którym robiliśmy doświadczenia nasze, li tylko cienka przepona oddzielała powietrze, w płucach zawarte, od gazów, nagromadzonych w jamie otrzewnej; przeto nie dziwnego, że oddech oskrzelowy z wielką łatwością mógł się przenieść do tej przestrzeni gazowej i, że przyjął charakter amforyczny. Łatwo teraz, zdaje się, zrozumieć, dla czego oddech oskrzelowy amforyczny słyszeliśmy na pewnej rozległości jamy brzusznej.

Dwa następne spostrzeżenia (II i III) pokazują, że podanego rodzaju objawy wysłuchowe w okolicy brzucha bywają nietylko w wypadkach przedziurawienia kiszek, ale przy zupełnie innych sprawach chorobowych.

Łatwo jednak zauważyć, że i w tych razach istnieją pewne warunki podobne do tych, jakie mieliśmy w wypadku pierwszym.

Przecież ani w jednym (II) ani w drugim wypadku (III) nie mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej, a jednak w obu razach przy auskultacyi słyszeliśmy w podżebrzu prawém oddech oskrzelowy amforyczny. Zaznaczyć tu nawiasowo należy, że oddech pomieniony w tych razach nie był tak silnym jak w wypadku pierwszym (I) i pochodził widocznie z płuc, szczególnie z prawego.

Ogłędziny pośmiertne wykazały, że w obu ostatnich wypadkach zrazy dolne płuc, szczególnie prawego, były stwardniałe, od czego zależał oddech oskrzelowy za życia słyszany w odpowiednich miejscach klatki piersiowej.

Jakimże tedy sposobem mógł ów oddech oskrzelowy, mający swe siedlisko w płucu, rozszerzyć się na okolicę brzucha?

Jedyna tylko w tych razach istniała okoliczność, która mogła powodować powstanie rzeczzonego objawu; mamy tu na myśli—wzdęcie kiszek gazami (*meteorismus intestinorum*).

Nie zadawałnając się wszelako tym sądem a priori powstałym, uciekliśmy się znowu do doświadczeń na zwierzętach.

Wiadomo, że można wywołać sztuczne wzdęcie kiszek grubych, jeżeli np. zwierzęciu wprowadzimy przez otwór stołcowy kateter elastyczny i miechem wpędzimy do kiszek odpowiednią ilość powietrza.

Wstrzyknięto kotowi przez tchawicę kilka kropel rozcieńzonego kwasu octowego do płuc, poczem wkrótce pojawiły się obfite rzeżenia w płucach. Następnie przez otwór stołcowy napełniono кишки grube dostateczną ilością powietrza. Przy auskultacyi doskonale słyszeć było można owe rzeżenia z odzieniem amforycznym, wprawdzie słabym, ale dość wyraźnym w okolicy nadżołądkowej (*epigastrium*), w podżebrzu prawém i lewém.

A zatem i w tym razie znaleźliśmy podobieństwo między objawami klinicznymi, spostrzeganymi w dwóch ostatnich wypadkach (II i III) i objawami, wywołanymi na drodze doświadczałnej.

Fakt pomieniony, zdaje się, najlepiej wytłumaczyć można w sposób następujący: W pewnych warunkach, a mianowicie przy wzdęciu kiszek gazami, szczególnie jeżeli jednocześnie i żołądek zawiera dostateczną ilość powietrza, objawy wysłuchowe, mające swe siedlisko w płucach, udzielają się żołądkowi, a stąd kiszkom grubym.

Doświadczenia robione na zwierzętach i na ludziach pokazują, że dla powstawania pomienionego objawu,—oprócz wzdęcia kiszek,—potrzeba koniecznie jeszcze, aby objawy wysłuchowe ze strony płuc były bardzo wydatne, t. j., aby istniały znaczne rzeżenia, albo też silny oddech oskrzelowy; zwykły bowiem oddech pęcherzykowy jest za słaby, żeby mógł tak daleko się przenieść.

Zresztą mogą istnieć inne jeszcze warunki, które ułatwiają przeniesienie szmerów oddechowych z płuc do okolicy jamy brzusznej. I tak np.: weźmy wypadek, gdzie zraz dolny płuca prawego jest stwardniały, i gdzie jednocześnie wzdęta poprzecznicą (*colon transversum*), jak to często się przytrafia, zaj-

muje miejsce między wątroba, a brzegiem dolnym zeber; w takim razie oddech oskrzelowy bardzo wyraźnie i łatwo udzielić się może owój kiszce wzdętej gazami, a stąd i sąsiadnym zwojom kiszkiowym, zupełnie tak samo, jak się to dzieje w tych wypadkach, w których gazy nagromadziły się w jamie otrzewnej i gdzie szmery, powstające w płucach, łatwo udzielają się tej przestrzeni gazowej.

Jednakże, bądź co bądź, objawy wysłuchowe w okolicy brzucha najwydatniejszymi bywają wobec nagromadzenia gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*).

Zachodzi teraz pytanie: czy pomienione objawy oddechowe w okolicy brzucha mogą w ogóle mieć jakiegokolwiek znaczenie dyagnostyczne, a w szczególności, czy one mogą być dowodem obecności gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*)?

Jak widzimy z powyższych wypadków klinicznych i z doświadczeń na zwierzętach, szerzenie się szmerów oddechowych, powstałych w dolnych częściach płuc, na okolicę wątroby przychodzi najlepiej do skutku wówczas, gdy gaz nagromadzony jest w jamie brzusznej. Z tego wypada, że w rozpoznaniu przedziurawienia kiszki z następczem wystąpieniem gazów do jamy otrzewnej pomieniony objaw oddechowy może mieć pewną wartość dyagnostyczną. Rzeczywiście, jeżeli pomieniony objaw istnieje jednocześnie z innymi dość ważnymi objawami,—mamy tu na myśli: zupełne zniknięcie tępości wątroby w okolicy linii parasternalnej i środkowej, pojawienie się odgłosu tympanicznego w tych miejscach,—to może on posłużyć za dowód, potwierdzający rozpoznanie nasze odnośnie przedziurawienia kiszki.

Gdybyśmy zaś chcieli ocenić względną wartość, jaką posiadają wymienione objawy przy rozpoznaniu przedziurawienia kiszki,—t. j., postawiwszy po jednej stronie: zupełne zniknięcie tępości nad okolicą wątroby (przy leżeniu chorego na wznak) i obecność jednoczesną odgłosu tympanicznego, szczególnie z odcieniem metalicznym, klaszczącym, z drugiej zaś strony: obecność w podżebrzu prawem szmerów oddechowych z odcieniem amforycznym—to w każdym razie będziemy musieli przyznać pierwszemu szeregowi objawów bezwzględną wyższość nad drugim. Spostrzeżenia bowiem kliniczne i doświadczenia na zwierzętach robione uczą nas, że szmery, pochodzące z dolnych zrazów płuc, mogą być słyszalne w prawem podżebrzu z odcieniem amforycznym nietylko w obec przedziurawienia kiszki, ale i przy zwyczajnem wzdęciu kiszki (*meteorismus intestinorum*); okoliczność pomieniona, ma się rozumieć, koniecznie wpłynąć musi na zmniejszenie wartości dyagnostycznej wspomnianych wyżej objawów słuchowych w okolicy brzusznej.

Torbielo-gruczolak (*Cysto adenoma*) dużych rozmiarów w okolicy udowej.

Przez Dra Sonnenberga, privatdocenta i pierwszego assystenta przy klin. chir. w Strassburgu.

Wypadek niniejszy przedstawia tyle zajmującego zarówno pod względem swej rzadkości, jak i klinicznój dyagnozy, że opisanie jego uważamy za rzecz słuszną.

Tyczył się on zdrowej, 35 letniej kobiety, która od 16-go roku swego życia regularnie i bez żadnych dolegliwości miesiączkowała. Pomimo, że od pewnej ilości lat była ona zamężną, jednak pozostała bezdzietną do ostatniego czasu. Około Bożego Narodzenia 1873 r. spostrzegła pacjentka poraz pierwszy (albo raczej mąż jej, gdyż chora sama z powodu niebolesności cierpienia nie zauważyła) w prawem zgięciu udowem guz, wielkości mniej więcej jaja gołębiego. Za przyczynę jego powstania chora uważała wysilenie zrobione przed kilku miesiącami w celu uniesienia ciężkiego worka. Przynajmniej utrzymywała, że wtedy przez pewien czas uczuwała bóle w całej kończynie. W chwili, gdy guz został zauważonym był on zupełnie niebolesnym, i chora, pomimo dwukrotnych usilnych wypytywań, nie mogła objaśnić, czy podczas miesiączkowania sprawiał on jakieś większe dolegliwości. Z początku guz powoli, potem szybciej, znacznie się wypinał i stał się łatwym do objęcia. Tak z powodu groźnego wzrostu, jak i teraz już od czasu do czasu pojawiających się bólów w kończynie, chora w początku maja 1875 roku udała się po poradę do tutejszej kliniki chirurgicznój.

W czasie jej przyjęcia widocznym był duży guz na przedniej i wewnętrznej stronie aż do więzów Pouparta, ku wewnątrz—do grupy mięśni ksobnych, ku zewnątrz—prawie aż do linii mięśnia nateżacza powięzi szerokiej, ku dołowi—aż do średniej trzeciej części uda; obficie w taki sposób wypełniając t. zw. *triangulus subinguinalis* (Hyrtl) (trójkąt podpachwinowy). Skóra na guzie jest ruchomą z wyjątkiem dwóch, powierzchownie znekrotyzowanych miejsc pozostałych po iniekcjach. Guza nie można zupełnie od otaczających części miękkich odgraniczyć, jest on jednak ruchomym i do kości nieprzytwierdzonym. Powierzchnia jego nieregularna, zrazowata, konsystencya napięta i elastyczna (*prall. elastisch*). *Art. femoralis* pod więzłem Pouparta wyczuć się nie daje, a ponad nim tylko w sposób bardzo niewyraźny. Żadne tętnienie guzowi się nie udziela. Obrzęku kończyny nie widać.

Po takim rezultacie badania istniał cały szereg momentów, które trzeba było zużytkować dla postawienia rozpoznania. W okolicy udowej zdarza się właśnie wielka ilość rozmaitych guzów. Tutaj oprócz nowotworów posiadających charakter tkanki macierzystej, napotykają się także nowotwory heterologiczne, jak np. paraostalne mięsaki *). W naszym wypadku, z wielu przy-

*) Porówn. L u c k e, Die allgemeine chirurgische Diagnostik der Geschwülste. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 97.

czyn, uważano się za uprawnionych, do rozpoznania włókno-tłuszczaka (*fibro-lipoma*). Rozporządzano przytém tylko bardzo niewielką ilością momentów anamnestycznych. Nie można było też odrzucić zupełnie tego przypuszczenia: że podczas podnoszenia ciężaru wywarło było pewne podrażnienie na tkanki tej miejscowości, albo, że przez to powstała przepuklina udowa, do której dopiero dołączył się wzrost nowotworu. Brakowało jednak wszelkich innych towarzyszących przepuklinie objawów, jak: doprowadzalność, bolesność i t. d., chora przynajmniej nie o nich nie mówiła. Wiek pacjentki dozwalał na przyjęcie wszelkiego rodzaju nowotworów. Z początku powolny, następnie zaś prędszy wzrost guza, jako też wielkość jego, wskazywały, że ma się do czynienia z nowotworem należącym do rzędu łącznotkankowych, tłuszczakiem lub włókniakiem, a może też z mięsakiem. Za pierwszym przemawiały: budowa zrazowata powierzchni, konsystencya elastyczna, która z powodu że guz znajdował się pod powięzią, okazywała się bardziej napiętą niż oczekiwać należało, i nakoniec zachowanie się guza do części otaczających. Guz był zupełnie przesuwalnym i ruchomym, zdawał się posiadać tylko nieznaczne zrosty z otaczającymi częściami i tak samo skóra, z wyjątkiem dwóch miejsc, uległych zapaleniu po iniekcjach, okazywała się jeszcze łatwo przesuwalną.

Z powodu braku w obwodzie obrzęku nie można było przypuszczać żadnych zrostów z żyłami; nie spostrzegano także żadnych zaburzeń funkcyjnych ze strony nerwów. Z tego powodu sądzono: że będzie można pomyślnie dokonać wyłuszczenia nowotworu, co też było zrobionem przez prof. Lücke 5 maja 1875 r.

Zrobiono cięcie podłużne nad guzem i po przecięciu wielu warstw tkanki łącznej, jako też mięśnia krawieckiego ukazał się sam guz złożony z wielkiej ilości torbieli. Oddzielne torbiele nie komunikujące z sobą, posiadały ściany cienkie i zawierały w sobie ciemno-zielony płyn z niewielkimi konkrementami. Guz ze wszystkich stron daje się lekko od części otaczających oddzielić, szeroka podstawa jego znajduje się w okolicy obrączki udowej, pomimo to jednak nie widać właściwej szypuły, lub też wyrostka zagłębiającego się do samego kanału. Po oddaleniu ogromnej masy nowotworu widać na dnie rany nerwy i naczynia, które weale z nowotworem nie były zrosnięte.

Po operacyi dokonanej ze ściśłym zachowaniem przepisów Lister'a, nałożono opatrunek z waty salicylowej; gojenie postępowało dobrze i bez gorączki, tak że 26 czerwca chora mogła być już ze szpitala wypuszczoną.

Dokładny rozbiór mikroskopowy nowotworu wykazał nadspodziewanie, że guz wyłuszczonej z okolicy udowej należało przyjąć za torbielę gruczolak (prof. v. Recklinhausen). Pojedyncze torbiele, mianowicie zaś małe i najmniejsze wysłane były nabłonkiem cylindrycznym w rzędy ułożonym. W tkance łącznej zasadniczej (*bindegewebsartige Grundsubstanz*) można było odróżnić liczne rozgałęzione rurki gruczolowe z wążkiem światłem. Właściwe wrastanie nabłonka gruczolowego do tkanki sąsiedniej i następcze nowotworzenie tkanki łącznej z należącym do tego mnożeniem się komórek i tworzeniem naczyń jeszcze nie miały miejsca.

Jakże należało objaśnić powstanie tego heterotopijnego nowotworu w okolicy udowej?

Przy pierwszym obejrzeniu mikroskopowym przypadkowo natrafiono na miejsca, gdzie się znajdowały obfite pokłady nabłonka, i przypuszczano istnienie raka. Zyskanoby może w taki sposób fakt patologiczny, mogący służyć za przyczynek do możliwości tworzenia się nabłonka z tkanki łącznej. Ale, jak powiedziano, bardzo dokładne poszukiwanie wykazało, że w istocie ma się do czynienia z torbielo-gruczolakiem.

Prof. Lücke (l. c.) w ostatnim czasie wyraził pogląd: że takie heterotopijne nowotwory, przy powstaniu których może być wykluczone wszelkie drażnienie fizyologiczne lub patologiczne, mogą się rozwijać z poprzednio już w tych miejscach zawartych zarodków. W naszym jednak wypadku trudno było przyjąć to objaśnienie. Bliską bardzo była myśl odniesienia naszego nowotworu do wrodzonej lub nabytej przepukliny jajnika i tem samem uważania tego guza za torbielo-gruczolak jajnika.

Okoliczność, że poprzednio nie pomyślano o tej możliwości, objaśnia się sposobem powstania i przebiegiem cierpienia. Przepukliny jajnika powodują przynajmniej bardzo często nieprzyjemne dolegliwości, jeżeli nie zawsze następuje, przez wielu autorów przedewszystkiem przyjmowane, powiększenie się bólów i obrzmienie podczas miesiączki.

Już Cruveilhier w swojej „Anatomie pathologique“ wspomina, że często widział przepukliny, takie mianowicie, w których tylko sam jajnik się znajdował, przez całe lata nie przyczyniające dotkniętym niemi kobietom żadnych dolegliwości. W następstwie dopiero, gdy jajnik był zmienionym, szczególnie zaś, gdy się w nim rozwijał nowotwór, występowały silne bóle w czasie miesiączki. U naszej pacjentki nie było żadnych objawów, któreby mogły naprowadzać na myśl o przepuklinie jajnika. Czynności płciowe odbywały się prawidłowo, tylko, jak powiedziałem, chora pozostawała bezdzietną. Ta właśnie okoliczność wprowadziła nas na domysł, czy pomimo wszelkich brakujących objawów, nie mamy do czynienia z przepukliną jajnika. Ta ostatnia bowiem, według wszelkiego prawdopodobieństwa, spowodowałaby zmianę w położeniu macicy pod formą zgięcia lub pochylenia, przez co znowu zapłodnienie zostałoby łatwo uniemożliwionem. Wiemy zaś dobrze, że części znajdujące się w niewłaściwym położeniu anatomicznem, okazują się bardzo usposobionemi do nowotworów, a nienormalne położenie jajnika przed lub w samym kanale pachwinowym resp. udowym, zarówno zdaje się usposabiać do nowotworów, jak także samo położenie jądra przy kryptorchyzmie.

Dla rozjaśnienia tej sprawy przedsięwziąłem badanie palcowe przez pochwę. Sprawdziłem w ten sposób wysokie lewostronne położenie ust macicznych i tyłopochylenie macicy, która zdawała się w zupełności przymocowaną (fixirt). Z lewej strony dawał się wyczuwać jajnik wielkich rozmiarów. W każdym razie więc istniały zmiany w położeniu macicy i przedewszystkiem zdawało się koniecznem zarządzić ściślejsze badanie co do znachodzenia się prawego jajnika, którego odszukać nie mogłem.

Dla tego wraz z kol. Dr Zweifel zachloroformowaliśmy pacjentkę i znaleźmy co następuje: Zgłębnik wprowadzony do macicy wykazuje: że obszerność jej jest normalną, ale, że jest ona zupełnie nieruchomą (fixirt). Badanie przez odbytnicę z jednoczesnem wprowadzeniem zgłębnika do macicy, wykazuje: tylopochylenie macicy, jako też jej nieruchomość. Ta ostatnia jest spowodowana przez dobrze wyczuwalny sznurek posiadający grubość pióra kruczego i przebiegający z góry ku dołowi i z lewa na prawo (a więc ku okolicy udowej). Sznurek ten podczas minimalnych ruchów, jakie zostają macicy udzielane za pomocą zgłębnika jeszcze bardziej się napręża. Lewy jajnik (dosyć dużych rozmiarów) dokładnie się wyczuwa, prawego zaś ani śladu nawet znaleźć nie można podczas badania przez odbytnicę.

(Dokończenie nastąpi).

KORRESPONDENCYA KRAJOWA

Z m. Lublina w sierpniu 1876 r.

Roczne posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Lubelskiej.

(Dalszy ciąg).

Po wysłuchaniu sprawozdań, członkowie, stosownie do ustawy i i zeszłorocznego postanowienia Towarzystwa, wezwani przez vice-prezesa przystąpili do wyboru członków administracyi na rok trzeci.

Większością głosów wybrano: prezesem kol. **Kwaśniewskiego**, vice-prezesem kol. **Głogowskiego**, sekretarzem kol. **Dolińskiego**.

Jednogłośnie wybrano: na zastępcę sekretarza kol. **Talko**, bibliotekarzem kol. **Jaworowskiego**, skarbnikiem mag. farm. **Russyna**.

W skład komisyj do rewizyj kassy wybrani zostali: **Rożański**, **Janiszewski** i **Szniersztein**.

Przyjęto na członka czynnego: **Henryka Migurskiego**, apt. z Bychawy, a kol. **Ciepielewskiego**, z powodu jego wyjazdu zamianowano czł.-korrespondentem. Tego samego dnia wielu członków wzięło udział w koleżeńskej kolacyi, spędziwszy wieczór w przyjemnej i serdecznej pogawędce.

Sprawozdanie komisyj Towarzystwo lekarzy lubelskich, wyznaczonej dla ocenie wniosków komisyj przy Radzie Lekarskiej, w kwestyi odpowiedzialności lekarzy, za niestawienie się na wezwanie chorego.

Napisał **Gustaw Doliński**.

W Nrze 186 Gońca Urzędowego z dnia 22 sierpnia 1876 r. zamieszczono wniośki komisyj przy Radzie lekarskiej, dotyczące kwestyi odpowiedzialności lekarzy za niestawienie się na wezwanie chorego. Dołączono również uwagę: że wnioski owe drukują się w tym celu, aby wywołać odezwy osób kompetentnych, z których to opinii Rada lekarska, przed ostatecznem rozpatrzeniem danej sprawy mogłaby korzystać.

Towarzystwo lekarzy lubelskich, czując się w obowiązku wypowiedzenia swoich przekonań w tej mierze, wybrało z grona swojego komisję, której zadaniem przedsta-

wie opinię Towarzystwa w kwestyi odpowiedzialności lekarzy za niestawienie się na wezwanie chorego.

Ponieważ głównym celem niniejszego sprawozdania jest zwrócić uwagę Rady lekarskiej na przeróżne nieporozumienia i kollizye, jakie w skutek prawa o odpowiedzialności, mogą przy zastosowaniu tegoż prawa w praktyce wyniknąć, przeto komissya postanowiła wziąć pod rozwagę najwybitniejsze punkta i takowe szczegółowiej rozebrać.

Rozpatrując uważnie wypracowanie komissyi Rady lekarskiej, jaskrawie uderza w oczy dziwna sprzeczność, jaka zachodzi pomiędzy opisem szczegółowym i wyczerpującym kwestyi dotyczącej stosunku lekarzy do społeczeństwa i państwa, a ostatecznymi wnioskami, jakie komissya z rozbioru i ocenienia tej kwestyi wyprowadza. Kommissya przyznaje: 1^o że stosunek prawny lekarza do pacyenta, stanowi słabą stronę prawodawstwa, 2^o że można ukoniecznić wydział lekarski, a nie zajmować się praktyką i nie umieć leczyć, lecz poświęcić się studjom teoretycznym, 3^o że przy układaniu przepisów karnych w roku 1845, za niestawienie się na wezwanie chorego, nie było ani jednego faktu, któryby wykazywał potrzebę i konieczność wprowadzenia owych przepisów do prawodawstwa, 4^o że przepisy owe, chybiają celu, bo z jednej strony nie zabezpieczają społeczeństwa od samowoli lekarzy, a z drugiej strony nie mieszczą w sobie ani jednego artykułu, którenby lekarzy od samowoli społeczeństwa zabezpieczał, 5^o że prawo zapewniające choremu pomoc lekarską pod groźbą odpowiedzialności sądowej, z przyczyny zbyt małej liczby lekarzy w stosunku do ludności ogólnej, jest wprost niemożliwem do zastosowania. I naostatek, 6^o że za zmianą tego prawa przemawia nietylko jego niejasność, niedokładność i trudność w zastosowaniu do sądowej praktyki, ale także przykład innych prawodawstw europejskich, które wyz wymienionego prawa o odpowiedzialności za niestawienie się lekarza do chorego, albo całkiem nie posiadały, albo też wykreśliły z kodeksu.

Te to, wyz wymienione powody, skłaniają komissyę do zniesienia dotychczas istniejącego prawa o odpowiedzialności lekarzy, a zastąpienia go przepisami, które mają być oparte na zasadach zawartych w X ciu artykułach wydrukowanych w Gońcu urzędowym.

Oceniając porównawczo te nowe zasady i nowe przepisy, wypracowane przez komissyą Rady lekarskiej, — widzimy, że w niczem one dawnego stanu rzeczy nie zmieniają, a dla lekarzy wolnopraktykujących są daleko więcej uciążliwe, bo wystawiają ich na samowolę publiczności, czynią podległym i w zupełności w ł a d z y s ą d o w ó j, a jedyną ucieczką w razie najfalszywszego nawet oskarżenia i bezzasadnych zarzutów, ma być opinia urzędu lekarskiego, lub w razach najważniejszych opinia rady lekarskiej zakomunikowana sądowi do ostatecznej rezolucyi. Gdzie ma szukać sprawiedliwości pokrzywdzony moralnie i materyalnie lekarz, któremu stawią zarzut niecnoty, niesumienności, opieszałości, złej woli, lub zabójstwa, — o tem nowe zasady i nowe przepisy nie wspominają. Zkąd wreszcie urząd lekarski, lub nawet Rada lekarska, będą mieć możność nieomylnego sądu, skoro nauka medycyny nie ma dostatecznych podstaw do tego, aby mogła pewnie i stanowczo każdą kwestyę zawilą rozstrzygnąć. Niekompetentny sąd, niekompetentny Urząd lub Rada lekarska, będą więc wyrokować o losach lekarza wolnopraktykującego, któren zawsze i wszędzie zostanie kozłem ofiarnym i nawet oczyszczy się z zarzutów, nie oczyszczy się z tego piętna jakie na jego reputacyi samo wspomnienie, że był pod zarzutem sądowym, w oczach publiczności wyciśnie.

Przepisy komissyi twierdzą: że lekarz powinien stawić się pod odpowiedzialnością sądową na wezwanie chorego w czasie panującej epidemii. W jakich to epidemiach prawo to ma być obowiązującym niewiadomo. Epidemicznym może być kłuszc, katar, zapalenie łązniczy, reumatyzm, gorączka przepuszczająca i t. p. Choroby te niezawsze wymagają szybkiego ratunku, często pomyślnie przechodzą bez leczenia, lub też leczone powszechnie znanymi środkami domowemi. Na zabezpieczenie zdrowia społecznego w tych epidemiach, prawo przymusowe jest zbyt cenne. Tu zasada postawiona przez komissyą jest błędnie i nietrafnie umotywowana.

Wypadki nadzwyczajne, wymagające natychmiastowej pomocy, jak: uszkodzenie traumatyczne, oparzenie, otrucie, ukąszenia jadowite i t. p., są przez lekarzy naleyście uwzględniane, zwykle używają do nich lekarzy miejskich lub powiatowych, a ci

znając obowiązki i przepisy służbowe, jako urzędnicy, potrafią się do nich zastosować.

Więc i w tym razie prawo przymusowe jest zbyt czynnem, bo lekarz urzędnik i bez niego, wykonać musi to, do czego się wstępując w służbę pod rygorem jej utraty zobowiązał.

Co się zaś tyczy podawania pomocy rodzącym w przypadkach nie cierpiących zwłoki, stawilibyśmy pytanie, kto w takim razie ma decydować w niebezpieczeństwie, czy rodzina rodzącej, czy obecna przy porodzie akuszerka, czy kobieta trudniąca się babieniem? Nam się zdaje, że tylko lekarz po dokładnym zbadaniu chorej, może mniej więcej dokładnie ocenić, w jakim stanie rodzące się znajduje, czy grozi, czy nie grozi jej niebezpieczeństwo, czy należy natychmiast przystąpić do czynnej interwencji, czyli też przebieg porodowej sprawy pozostawić siłom natury. Lekarz, w obec wypadku niecierpiącego zwłoki, byłby wtenczas i to względnie tylko za niestawienie odpowiedzialnym, gdyby ten wygadek widział, ale ponieważ dowiaduje się o nim z ust osób niekompetentnych, przeto dla niego wypadki cierpiące lub niecierpiące zwłoki nie istnieją, ale porady w ogólności, — i szanowna komisyja tworząc przepis prawny, winna go była jaśniej sformułować, bo w podanej formie jest dla nas niezrozumiałym, a w zastosowaniu może wyrodzić tysiące nieporozumień.

Komisyja, dzieli lekarze na trzy kategorie: I^o Zajmujących posady urzędowe nie połączone z obowiązkiem leczenia chorych, tu należą profesorowie akademii z wyjątkiem prof. klinicznych i członkowie wyższych urzędów lekarskich.

II^o Zajmujących posady, których obowiązkiem jest leczenie chorych.

III^o Lekarzy nie zostających w służbie.

Pomijając brak ścisłości w samym podziale na trzy kategorie, zobaczmy jakie każda z nich zajmuje stanowisko w obec prawa o odpowiedzialności. I tak:

I-sza. Dla lekarzy pierwszej kategorii, wezwanie chorego jest obowiązującym podczas epidemii, w przypadkach nadzwyczajnych i poradach niecierpiących zwłoki. Czyli inaczej, professor fizyologii powinien pod rygorem surowej odpowiedzialności stawiać się na wezwanie ciężko rodzącej, choć nie ma najmniejszego pojęcia o położnictwie; professor chemii, winien dać pomoc natychmiastową pijakowi, którego spadł ze schodów i złamał dajmy na to rękę; professor anatomii musi biec do dziecka chorującego na koklusz, ponieważ ta choroba panuje epidemicznie. Czy pomoc lekarska wyż wymienionych osób przyda się na co, czy mogą oni wymówić się nieumiejętnością? niewiem, Wedle 578 artykułu kodeksu kar głównych i poprawczych, skoro lekarz przez nieumiejętność w swej sztuce popełnił błąd, mniejszej lub większej wagi, będzie zmuszony złożyć nowy egzamin i otrzymać świadectwo należytej znajomości swego przedmiotu, gdy zaś skutkiem błędnego leczenia nastąpi śmierć, winny jeżeli jest chrześcijaninem ulegnie pokucie kościelnej. Więc professor fizyologii lub chemii, jeśli nie może założyć kleszczy porodowych, podwiązać tętnicy, opatrzyć rany, obowiązany jest wyćwiczyć się w chemii, akuszeryi, terapii, złożyć egzamin i w dodatku odbyć pokutę kościelną. Skoro zaś pomocy swej odmówi bez szczególnych prawnych przeszkód w myśl artykułu 581 ulegnie karze pieniężnej, lub złożeniu z urzędu. Jeśli zaś tychże samych lekarzy zawezwią do chorego mającego zapalenie płuc, tyfus, zapalenie mózgu i t. p., skoro te choroby nie panują epidemicznie, lekarz może odmówić pomocy, na żadną odpowiedzialność niebędąc narażony.

II-ga. Lekarze drugiej kategorii, t. j. powiatowi, miejscy, policyjni i t. d. winni w obrębie swej czynności służbowej stawiać się na wezwanie chorego w normalnym stanie sanitarnym.

(Dokończenie nastąpi.)

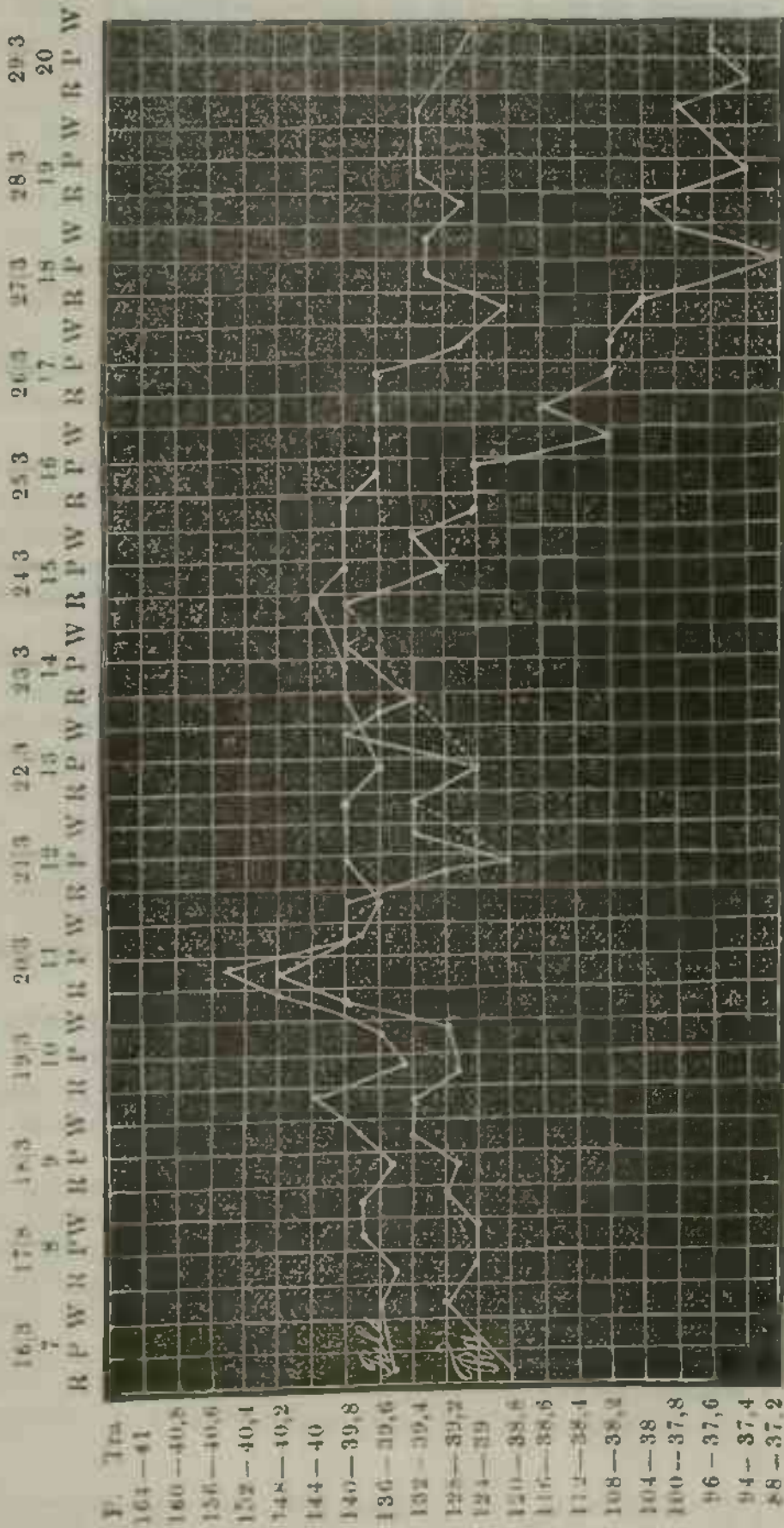
KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach tyfusu brzuszego.

Przez Dra A. Kühn.

(Dalszy ciąg).

Z starannie zebranej historii choroby, na to tylko zwrócę uwagę, co posłużyło mi na poparcie dyagnozy i co dla tyfusu w tak młodym wieku godne jest uwagi.



Linija krzywa oznaczająca wzmaganie się i upadek puls, oraz temperatury w przebiegu tyfusu u 2 1/2 letniego dziecka, początek choroby trójno oznaczony, — miernyś początek siódemego dnia.

Nakreślona linia krzywa (patrz linia 1), która oznacza temperaturę mierzoną o 12-iej w południe poczyną się od dnia 7-go choroby. Zgad łatwo pojąć: że choroba w swym początku nie jest badana. W każdym więc razie, w pierwszym tygodniu, jak to przewidzieć łatwo było, temp. zwolna się wzmogła, albowiem od 7-go do 10-go dnia podniosła się temp. tylko od 38,2 do 39,8 wieczorem. Dnia zaś 11-go zrana dochodzi maximum swego, t. j. 40,2, przez 5 następne dni otrzymuje się 39 i 40, a w dniu 16-m wskazuje remisję aby w następnym dniu znów do poprzedniej wysokości powrócić. Uważmy nadto: że w ciągu dwóch tygodni mierzoną była temperatura o godz. 2 w nocy, czego nie zamieściłem na tabelli, nie chcąc tracić rzutu oka na przebieg. Temperatura nocna była niższą od dzienną. Tak np. w nocy z 21 na 22 marca tra nocna 39,0, gdy średnia dnia 21-go 39,1, 22-go 39,2; nocna zaś 39,0; 23-go średnia dzienna 39,3. Wiele jednak zdarzało się zboczeń. Kierunek linii oznaczającej wznoszenie się i opadanie pulsu jest prawie równoległy do linii try. Co potwierdza obserwacye, że przy trze wysokiej u dzieci linie te zbiegają się. Wreszcie liczba uderzeń pulsu jest większa jak zwykle w tyfusie u dzieci w tym wieku; przyczyną tego może być niezbyt oskrzeli, który w całym przebiegu towarzyszył tyfusowi, jednakże zajęcie oskrzeli stanowiło główny zarys obrazu.

Od d. 9-go—15-go przyłączył się niezbyt krtani, który objawił się chrapliwym głosem, a w dwa tygodnie później otworzyła w dolnym zrazie prawego płuca dość znaczna hypostasis.

Stolec, które w ciągu choroby miały charakter dyaryi, w apyrexii przybrały konsystencyę gęstszą. Te to stolce z napuchnięciem śledziony i okładem języka tyfusowym, uzupełniają obraz choroby ze strony przewodu pokarmowego.

Rożyczka (*roseola*) też była, ale nieznaczna. Co się tycze objawów nerwowych, te były w 2-gim i 3-cim tygodniu dość wybitne: Utrudnienie słuchu, mowa zająkliwa, wysoki stopień śpiączki (*coma*), niezrozumiałe wymawianie pewnych sylab, zgrzytanie zębami, zrenica dość rozszerzona i słabo oddziaływająca na światło, stanowiły podczas choroby objawy stałe. Rekonwalescencya była długa, lecz nieprzerwana chorobami następzemi.

Woda użyta do prania podkładów z pod chorego wylewaną była i spływała przez kanał wyprowadzający z kuchni, ciągle para z takowego napływała do kuchni skutkiem ogrzanego w tej ostatniej powietrza. W kuchni zaś przebywały większą część dnia dwie służące, gospodyni i dwie panny, które tamże zostawały w celu nauczania się gospodarstwa domowego.

To też na dniu 8-mym choroby Karolka, jedna ze służących, która wprawdzie uprzątała podkłady, lecz tylko wyjątkowo takowe prała *) skarżyć się poczęła na ból głowy, brak apetytu i ogólne osłabienie ciała. Po paru zaś dżozach kalomelu dostała dyayi i poczęła się gorączka tyfoidalna. Dziewczyna ta odeslaną została do swjej wioski rodzinnej i przebyła tam 3 tygodniowy tyfus. Również druga służąca, która odbierała bieliznę od pierwszej, wkrótce potem zaszła.

Mierząc temperaturę z początku choroby zdawało się zabierać na ciężki przebieg, zwłaszcza, gdy i inne objawy również jak tra były w stopniu wysokim.

Wydalenie natychmiastowe do wsi rodzinnej o kilka godzin drogi odległej, tak dobrze skutkowało, że słaba po upływie 14 dni, lubo osłabiona, jednak weale nie miała już gorączki.

W tymże również czasie gospodyni poczęła się żalić na: osłabienie, ból głowy i objawy gastryczne, pozostała wszakże czynną, a jedna z młodych panien zaszła na tyfus. U tej ostatniej, przeniesionej na pierwsze piętro, przebieg choroby nadzwyczaj był charakterystyczny, lubo stosunkowo lżejszy, tra doszła tylko parę razy do 40°, a pacjentka po upływie czterech tygodni jako rekonwalescentka wróciła do domu swego.

Nieco później, prawie jednocześnie z gospodynią, której przebieg choroby poniżej opisujemy; jeden z licznych parobków dworu również zaszła, i był to ten właśnie

*) Do prania podkładów użyta była stara najemnica, która takowe w ustępie przy kuchni dokonywała; w kuchni zaś, na krótko jedynie przebywała, ta jednak w ciągu owego czasu pozostała przy zdrowiu.

który, jako przeznaczony do odnoszenia z kuchni potraw, przebywał tamże codziennie prawie godzinę. Choroba jego jednak pomyślnie się zakończyła. Niepomyślny zaś przebieg miała choroba samej matki. Ta zostając w ostatnim miesiącu ciąży znajdowała się podczas nasilenia najwyższego choroby, t. j. od d. 20—26 marca prawie nieodstępnie w pokoju, a ponieważ dziecię nie dozwalało zbliżyć się nikomu obcemu, sama przeto podejmowała około chorego starania; zmieniała podkłady i bieliznę jego, obmywała mu ciało i kąpała go, oprócz tego codziennie w ciągu pół godziny przebywała w kuchni. Z przebiegu chorobnego tego wypadku dekladniejszą zdac musimy nieco sprawę, ponieważ na szósty dzień choroby zdrowe urodziło się dziecię. Wiemy wprawdzie dziś: że ciąża nie zabezpiecza o tyle, o ile dawniej sądzono od tyfusu, co też Liebermeister liczebnie wykazał. Ile jednak wiem normalne porody w tyfusie, nie należą do częstych. Że zarazek nie mógł w tym wypadku przedostać się przez naczynia włoskowate, łożyska można było za pośrednictwem obserwacji i mierzenia skonstatować. Godnym to jest uwagi, zwłaszcza ze względu przeciwstawienia do wypadków obserwowanych, gdzie zarazek tyfusowy działał na płód wprost bez pośrednictwa matki, tak: że ze zdrowej matki urodzić się miało dziecię tyfusem dotknięte *).

Pani domu, 28 letnia, dobrze zbudowana kobieta, która dotąd nigdy nie chorowała, na kilka dni przed 5 kwietnia, uczuła się nieco niedobrze i poczęła się skarżyć (według mego obliczenia na 14 dzień od zarażenia się) na: dreszcze, ból głowy i ogólne osłabienie, do 8 jednak kwietnia, mimo występującej już gorączki nie dała się namówić do pozostania w łóżku.

8 kwietnia popołudniu tra 39,1, puls 120 dwubitny, brak dyaryi, silny ból głowy, początki niezytu oskrzeli.

9 kwietnia	zrana tra 39,1	} Puls 122. Zatrzymanie stolca. <i>Ol. ricini.</i>
	w poł. tra 39,2	
	wiecz. tra 39,4	

Około godz. 12 w nocy poczęły się normalne bóle porodowe, a około zaś 2-giej przyszło na świat dziecię płci żeńskiej, donoszone i dobrze odżywione (wagi 3 $\frac{1}{2}$ kil.). Obfita ilość wody płodowej, krwotok mierny, łożysko zdrowe i normalne. Przybyłem w kwadrans po porodzie, dziecię było już wykąpane i zaraz mierzenie dokonałem.

Chora na tyfus, położnica, okazywała trę 40,0, puls 120 pełny dwubitny respir. 32. Tra noworodka w odchodzie stołcowym mierzona 37,2, a lubo dziecię mimo mego zalecenia spoczywało obok matki w gorączce będącej, tra jego normalnej nie przechodziła, wypróżnienia miało normalne i rozwijało się zupełnie normalnie.

Następnie otrzymawszy dobrą mamkę, nigdy dotąd nie chorowało i rozwija się normalnie.

10 kwietnia (1-go dnia po porodzie, choroby dzień 6-ty).

8 godzina	zrana	tra 34,9,	puls 120.
1	„ w południe	„ 40,0,	„ 120.
5	„ popołudniu	„ 39,8,	„ 120.
10	„ wieczorem	„ 40,0,	„ 122.

Chora poci się mocno, kaszle wiele i śpi ciągle prawie.

11 kwietnia	8 godzina	zrana	tra 39,3,	puls 120.
	1	„ w południe	„ 40,0,	„ 120.
	5	„ popołudniu	„ 40,1,	„ 120.
	10	„ wieczorem	„ 40,1,	„ 120.

Chora nadzwyczaj niespokojna i pobudzona, mało spała, wypróżnienie jedno, konsystencyi papkowatej.

12 kwietnia	8 godzina	zrana	tra 39,4,	puls 122.
	1	„ z południa	„ 40,1,	„ 122.
	5	„ popołudniu	„ 40,1,	„ 122.
	10	„ wieczorem	„ 40,2,	„ 122.

Chora mówi zbyt wiele, pobudzenie imaginacyi, wypróżnienia stolca częste, dyaryja, nieco poci się, zatkanie w nosie, okazał się krwotok z nosa.

*) Gerhardt, l. c. I. 1874. str. 107.

13 kwietnia	8 godzina zrana	tra 40,2	puls 122.
	1 „ z południa	„ 40,2	„ 122.
	11 „ wieczorem	„ 39,8	„ 121.

Chora przelyka z trudnością.

Przy śledzeniu okazało się mocne zaczerwienienie przelyku, biały osad na łukach podniebienia, który jednak łatwo oddzielić się dał: dyarya tyfoidalna. powiększenie śledziony, niezbyt oskrzeli znaczniejszy, czyszczenia pologowe zupełnie normalne, wydzielanie pokarmu coraz skąpsze, macica niebolesna, stopniowo się kureczy. Exploracya per vaginam wykazuje stosunki normalne, nie znajdujemy błon dyfterycznych na błonie śluzowej, części rodne wyścielającej.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

-- Olejek pietruszki pospolitej. Otrzymuje się go około 7 gramów z jednego kilograma nasion za pomocą przekraplania. Z tego olejku otrzymuje się właściwy olejek eteryczny (*terpen*) przepędzający się od 160°C. do 210°C. Między 270°C. i 300°C. przepędza się jeszcze ciecz żółtawo-zielona, cięższa od wody i przedstawiająca zapewne produkt rozkładu kamfory czyli stearoptenu olejku pietruszki. Terpen wspomniany oczyszczony przez powtórzone przekroplenia, ma zapach pietruszki, jest bezbarwny, wrze w 160°—164°C., posiada ciężar właściwy 0,865 przy 12°C., zwraca płaszczyznę polaryzacyi w lewo = — 30,8°. Z kwasem chlorowodornym tworzy, jakkolwiek trudno, krystaliczny związek, topiący się w 115°—116°C. Przy działaniu nań jodu otrzymuje się cymol—postępując wedle U e k u l e'go, v. G e r i c h t e n, który te wiadomości o olejku pietruszkowym podał, przyrzeka jeszcze poznać bliżej z apiolem, apiiną, kamforą i tłuszczem nasion pietruszkowych.

— Kwas karbolowy, jako dodatek do podskórnych wstrzykiwań (Kaestner, Der praktische Arzt. 1876. 3). Przy podskórnem zastosowaniu morfiny, często występuje rozycza (*erythema*), tworzą się ropnie, w jednym zaś wypadku autor zauważył rozlane głębokie zapalenie skóry (*phlegmone*), wszędzie zastrzykiwano *morp. hydrochl.* w 2—4% roztworze wodnym. Nigdy zaś nie tworzyły się ropnie przy dodatku kwasu karbolowego, która to mieszanina już od dawna używana jest w klinice prof. V o l k m a n n'a w Halle. U pewnego chorego po jednorazowej iniekcji wystąpiła *phlegmone*, które zajęło całe przedramię i pokazało się, iż każde uklucie na lewem podramieniu było punktem wyjścia ropnia, gdy tymczasem przy dodatku kwasu karbolowego uklucia na prawej kończynie górnej nie wywołały żadnego zapalenia. Autor sam na sobie zauważył: że morfina w wodnym roztworze prawie zawsze pociągala za sobą bolesne zapalenie, co zarówno miało miejsce u osób różnego wieku; rzadko tworzyły się ropnie. Jeżeli dodamy więcej kwasu karbolowego, to miejsce uklucia zostaje przez dłuższy czas nieczule i zapobiegamy zapaleniu. Autor utrzymuje, iż najstosowniej jest dodać 1%. Toż samo można powiedzieć o *chloral hydracie*. Wytwarzaniu się wyprysku (*herpes*) na miejscu uklucia przeszkadza kwas karbolowy; roztwór chloralu zaś zohojętnia się zrąca sodą (*Aetznatron*). Autor radzi dodać więcej kwasu karbolowego (do 2%) i w jednym tylko wypadku wystąpił ropień, nigdy zaś wyprysk. Wiadomo, że przy podskórnem zastosowaniu ergotyny, tak sama operacya jest bolesną, jako też, iż prawie zawsze tworzą się ropnie. Mianowicie okazuje się to, po formie używanej przez H i l d e b r a n d t'a (*Ergot. 3,0, Aq. dest. Glycerin. aa 7,5*). Lepiej używane przez W e r n i c h'a *Ergotin. aquos. bis depurat. 1,0, Aq. dest. 5,0* zastrzykiwać od 0,5—1,0. Lecz i przy tém tworzą się często wrzody, chociaż rzadziej aniżeli przy mieszaninie z gliceryną, kwas zaś karbolowy (0,5%) także działa przeciwzapalnie.

Dr H. I.

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.

Druk Gaz. Lek. Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 2 (14) Сентября 1876.

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 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

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

PRESC: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia z kliniki terapeutycznej szpitalnej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego Prof. Lewickiego. Podał Dr Wiktor Grosstern, Ordynator tejże kliniki (Dokończenie). — Torbiel-gruczolak (*cysto adenoma*) dużych rozmiarów w okolicy udowej. Przez Dra Sonnenburga, Privatdocenta i pierwszego asystenta przy klinice chirurgicznej w Strassburgu — Korrespondencya krajowa Z m. Lublinaw sierpniu 1876 r. — Roczne posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Lubelskiej (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O przyczynach tyfusu brzuszego. Przez Dra A. Kühn (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Olejek pietruszki pospolitej. Kwas karbolowy, jako dodatek do podskórnych wstrzykiwań. — Dodatek. Choroby z zatrucia ark. 4. Choroby narządu ruchu ark. 15. Elektroterapii ark. 14 i 15. Hygieny ark. 9. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 35. Przegląd Postępu Nauk Lekarskich zeszyt III-ci za rok 1874.

Spostrzeżenia z kliniki terapeutycznej szpitalnej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego

Prof. Lewickiego.

Podał Dr Wiktor Grosstern, Ordynator tejże kliniki.

(Dokończenie).

Przyczynek do nowego dyagnostycznego objawu przedziurawienia kiszek.

Z opisu powyższych trzech wypadków zwracamy uwagę na to, że w jednym z nich mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*), a w dwóch drugich zaś — ze znacznym wzdęciem kiszek (*meteorismus intestinorum*). Przypominamy również o tych charakterystycznych objawach wysłuchowych, jakie otrzymaliśmy przy badaniu każdego z pomienionych trzech wypadków.

Dr Czudnowski *) w 1869 roku opisał wypadek, spostrzegany w klinice prof. Botkina. Podajemy go tu w streszczeniu.

*) Berliner Klinische Wochenschrift. 1869. Nr. 20 i 21.

U chorego z tyfusem brzusznym wystąpiło przedziurawienie kiszek i następne nagromadzenie gazów w jamie otrzewnej. Z życia tej osoby przy badaniu za pomocą auskultacji słyszano w okolicy podżebrza prawego, na całej przestrzeni pomiędzy 8-mym żebrzem a grzebieniem kości łonowej (*crista ossis ilei*) bardzo wyraźny szmer amforyczny, przypadający jednocześnie z ruchami oddechowemi; przy czem wdech amforyczny był dłuższym i silniejszym, a wydech — krótszym i słabszym. Ponieważ w płucach nie słychać było nigdzie oddechu oskrzelowego, przeto niepodobna było oddechu, słyszanego w prawem podżebrzu i niżej, uważać za objaw przeniesiony. A zatem trzeba było przyjąć, że ów oddech amforyczny w tym wypadku jest objawem czysto miejscowym, t. j., że powstaje w jamie otrzewnej w skutek ciągłego przechodzenia gazu z jamy otrzewnej do kiszek przez otwór powstały z przedziurawienia — i naodwrot z kiszek do jamy otrzewnej. Objaw przechodzenia gazów z jednego miejsca do drugiego (z kiszek do jamy otrzewnej i naodwrot) Dr Czudnowski tłumaczy rytmiczną zmianą pojemności jamy brzusznej, która zależy od ruchów oddechowych przepony.

Jakkolwiek Dr Czudnowski swego poglądu nie stwierdził na drodze doświadczalnej, to jednak wyjaśnienie sposobu powstawania owego szmeru, jakie ów autor podaje, zdaje się mieć za sobą wszelką zasadę słuszności.

Spostrzeżenie owo z kliniki prof. Botkina i jemu podobne zdawałyby się przemawiać za tem, że opisane powyżej objawy wysłuchowe w okolicy brzucha stanowią pewnego rodzaju objaw patognomiczny dla przedziurawienia kiszek. Pogląd ten jednak okazał się najzupełniej mylnym; także same bowiem objawy wysłuchowe w okolicy brzucha spostrzegać można nie tylko wobec przedziurawienia kiszek, ale i przy różnych innych sprawach chorobnych, jak tego dowodzą dwa drugie wypadki powyżej przez nas opisane. Powstawanie zaś pomienionego objawu w tym drugim razie tłumaczyć należy w sposób zupełnie inny, aniżeli w wypadku przedziurawienia kiszek, który podał Dr Czudnowski. Poniżej zresztą przytoczymy kilka doświadczeń, robionych przez prof. Lewickiego w celu bliższego wyjaśnienia rzeczonych kwestyi.

Nasz wypadek pierwszy (I) jest zupełnie podobnym do tego, który Dr Czudnowski opisał z kliniki prof. Botkina. I tu bowiem spostrzegaliśmy bardzo wyraźne objawy przedziurawienia kiszek (*perforatio intestini*), z następczem nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonaei*), oraz z zapaleniem błony otrzewnej (*peritonitis diffusa*). I tu również, jak tam, znaleźliśmy przy badaniu wysłuchowem szmer oddechowy amforyczny w podżebrzu prawem, przy czem wdech był dłuższym i silniejszym, a wydech — krótszym i słabszym.

Zupełne zniknięcie tępości, zależnej od wątroby, w okolicy linii środkowej i sutkowej; obecność odgłosu metalicznego klaszczącego, jaki otrzymaliśmy przy opukiwaniu: oto objawy, na mocy których z największym prawdopodobieństwem można było przyjąć, że mamy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej.

Z drugiej zaś strony obecność w tém miejscu oddechu oskrzelowego, amforycznego nasunęło nam pytanie: czy też nie mamy tu do czynienia z tymże samym „nowym objawem przedziurawienia kiszek“, który podał Dr Czudnowski? Jednakże już przy opisanu tego objawu podczas przebiegu choroby zwrócono uwagę, że ów oddech oskrzelowy, amforyczny, słyszany w okolicy podżebrza prawego, bezpośrednio przechodzi w oddech oskrzelowy zwyczajny, jaki słyszymy w naszym wypadku na powierzchni przedniej prawej połowy klatki piersiowej, t. j. w tém miejscu, gdzie odgłos tympaniczny znika i przechodzi w odgłos nietympaniczny płucny.

Stąd powstało pytanie nowe, bardzo ważne, a mianowicie: czy pomieniony oddech oskrzelowy amforyczny nie jest w tym razie objawem przeniesionym? Innemi słowy: czy źródłem tego oddechu oskrzelowego nie jest w danym razie zraz dolny prawego płuca? Moglibyśmy bowiem z wielkiem prawdopodobieństwem już a priori sądzić, że w skutek szczególnych warunków, istniejących w danym wypadku, oddech oskrzelowy, mający swe siedlisko w zrazie dolnym płuca prawego, zostaje przeniesionym do podżebrza prawego i poniżej.

Ogledziny pośmiertne nie mogły rozwiązać danego pytania z całą ścisłością, chociaż bardziej zdawały się przemawiać za tém, że objaw pomieniony nie był czysto miejscowym, t. j., że nie powstawał w jamie brzusznej. W naszym bowiem wypadku nie było tych pomyslnych warunków dla ciągłego przechodzenia gazów z kiszek do jamy otrzewnej i naodwrot, jakie istniały w wypadku, opisanym przez Dra Czudnowskiego: tam otwory owrzodzeń były okrągłe i dość szerokie; w naszym zaś wypadku zmartwiałe dno owrzodzenia nie oddzieliło się jeszcze w zupełności, ale utworzyło w połowie obwodu zaledwie szczelinę bardzo wąską. Podobnego rodzaju szczelina nie mogła stanowić przyjaznego warunku dla swobodnego przelewania się gazów w kierunkach wzmiankowanych.

Dla rozwiązania więc tej kwestyi trzeba było koniecznie uciec się do doświadczeń na zwierzętach. Przytoczymy tu jedno tylko z takich doświadczeń, które do tego stopnia jest przekonywajacém, że wszelkie objaśnienia czyni prawie zbytecznemi.

U królika zrobiono tracheotomię i następnie za pomocą rurki kauczukowej wprowadzono do płuc jego kilka kropel rozcieńczonego kwasu octowego. Po upływie krótkiego czasu w obu płucach pojawiło się mnóstwo rzeżeń drobno-pęcherzykowych. Przy wysłuchiwanu całej okolicy brzucha nie znaleziono nigdzie żadnych objawów oddechowych. Temuż samemu królikowi wprowadzono natychmiast do jamy otrzewnej dostateczną ilość powietrza. Tępość, zależna od wątroby, natychmiast znikła, a na miejscu jej przy opukiwaniu znaleźliśmy odgłos wyraźnie tympaniczny. Na całej prawie okolicy brzucha, a szczególnie w podżebrzu prawem, znaleźliśmy przy wysłuchiwanu bardzo wyraźne, drobno-pęcherzykowe dźwięczne rzeżenia. Nad wątrobą, a mianowicie w tém miejscu, gdzie odgłos tympaniczny bezpośrednio przechodził w nietympaniczny płucny, charakter dźwięczny owych rzeżeń zniknął, tak, że w tej okolicy słyszeć

mogliśmy tylko zwyczajne rżenia drobnopęchrzykowe. Rżenia owe tak w okolicy brzucha, jako też i w płucach słyszalne tylko były podczas wdechu.

Objawy pomienione dadzą się wytłumaczyć w sposób bardzo prosty.

Powietrze lub gazy nagromadzone w jamie otrzewnej, przy lezeniu na wznak danego osobnika, zajmują przeważnie miejsce nad wątrobą i odpychają tę ostatnią do kręgosłupa. W następstwie zaś tego—powietrze, nagromadzone w jamie brzusznej, będzie oddzielone od powietrza, w płucach zawartego, li tylko za pomocą przepony. Jeżeli przy takich warunkach w dolnej warstwie płuca istnieć będą jakiegobądź wyraźne objawy wysłuchowe, jak: rżenia, oddech oskrzelowy i t. d., to takowe niezmiernie łatwo udzielać się mogą najbliższej warstwie powietrza, znajdującego się w jamie otrzewnej; a oprócz tego pomienione objawy wysłuchowe przyjmą tutaj charakter amforyczny. A zatem objawy, spostrzegane w takich warunkach, mają wielkie podobieństwo do faktu powszechnie znanego, że przy „*pneumothorax*” oddech oskrzelowy płuca uciśniętego przyjmuje charakter amforyczny.

Zestawiwszy teraz ze sobą objawy, otrzymane u królika na drodze doświadczałnej, z temi objawami klinicznymi, jakie spostrzegaliśmy w naszym pierwszym wypadku (I), musimy koniecznie dojść do wniosku, że między nimi znajduje się wielkie podobieństwo.

Ogledziny pośmiertne wypadku pierwszego (I) wykazały, że dolne zrazy obu płuc znajdują się w stanie silnej ociekliny (*hypostasis*), która była powodem oddechu oskrzelowego słyszanego, przeważnie po stronie prawej klatki piersiowej, za życia danego indiwiduum. Zresztą w wypadku pomienionym istniały za życia jeszcze inne warunki, przyjazne dla powstania oddechu oskrzelowego w tem miejscu. Przy opisie przebiegu choroby wspomnieliśmy, że odgłos nietympaniczny płuca prawego, poczynając już od czwartego żebra, przechodzi bezpośrednio w odgłos tympaniczny. A zatem okoliczność ta jasno dowodziła, że ciśnienie gazów, nagromadzonych w jamie brzusznej, było bardzo silne, w następstwie czego przepona stała daleko wyżej, aniżeli w stanie prawidłowym. Łatwo pojąć, że wobec takich warunków płuco prawe uleżało musiało znacznemu uciśnieniu: otoż w tem właśnie leży druga przyczyna oddechu oskrzelowego.

Ponieważ w tym wypadku, podobnie jak u królika, na którym robiliśmy doświadczenia nasze, li tylko cienka przepona oddzielała powietrze, w płucach zawarte, od gazów, nagromadzonych w jamie otrzewnej; przeto nie dziwnego, że oddech oskrzelowy z wielką łatwością mógł się przenieść do tej przestrzeni gazowej i, że przyjął charakter amforyczny. Łatwo teraz, zdaje się, zrozumieć, dla czego oddech oskrzelowy amforyczny słyszeliśmy na pewnej rozległości jamy brzusznej.

Dwa następne spostrzeżenia (II i III) pokazują, że podanego rodzaju objawy wysłuchowe w okolicy brzucha bywają nietylko w wypadkach przedziurawienia kiszek, ale przy zupełnie innych sprawach chorobowych.

Łatwo jednak zauważyć, że i w tych razach istnieją pewne warunki podobne do tych, jakie mieliśmy w wypadku pierwszym.

Przecież ani w jednym (II) ani w drugim wypadku (III) nie mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem gazów w jamie otrzewnej, a jednak w obu razach przy auskultacyi słyszeliśmy w podżebrzu prawém oddech oskrzelowy amforyczny. Zaznaczyć tu nawiasowo należy, że oddech pomieniony w tych razach nie był tak silnym jak w wypadku pierwszym (I) i pochodził widocznie z płuc, szczególnie z prawego.

Ogłędziny pośmiertne wykazały, że w obu ostatnich wypadkach zrazy dolne płuc, szczególnie prawego, były stwardniałe, od czego zależał oddech oskrzelowy za życia słyszany w odpowiednich miejscach klatki piersiowej.

Jakimże tedy sposobem mógł ów oddech oskrzelowy, mający swe siedlisko w płucu, rozszerzyć się na okolicę brzucha?

Jedyna tylko w tych razach istniała okoliczność, która mogła powodować powstanie rzeczonoego objawu; mamy tu na myśli—wzdęcie kiszek gazami (*meteorismus intestinorum*).

Nie zadawałnając się wszelako tym sądem a priori powstałym, uciekliśmy się znowu do doświadczeń na zwierzętach.

Wiadomo, że można wywołać sztuczne wzdęcie kiszek grubych, jeżeli np. zwierzęciu wprowadzimy przez otwór stołcowy kateter elastyczny i miechem wpędzimy do kiszek odpowiednią ilość powietrza.

Wstrzyknięto kotowi przez tchawicę kilka kropel rozcieńczonego kwasu octowego do płuc, poczem wkrótce pojawiły się obfite rzeżenia w płucach. Następnie przez otwór stołcowy napełniono кишки grube dostateczną ilością powietrza. Przy auskultacyi doskonale słyszeć było można owe rzeżenia z odzieniem amforycznym, wprawdzie słabym, ale dość wyraźnym w okolicy nadżołądkowej (*epigastrium*), w podżebrzu prawém i lewém.

A zatem i w tym razie znaleźliśmy podobieństwo między objawami klinicznymi, spostrzeganymi w dwóch ostatnich wypadkach (II i III) i objawami, wywołanymi na drodze doświadczalnej.

Fakt pomieniony, zdaje się, najlepiej wytłumaczyć można w sposób następujący: W pewnych warunkach, a mianowicie przy wzdęciu kiszek gazami, szczególnie jeżeli jednocześnie i żołądek zawiera dostateczną ilość powietrza, objawy wysłuchowe, mające swe siedlisko w płucach, udzielają się żołądkowi, a stąd kiszkom grubym.

Doświadczenia robione na zwierzętach i na ludziach pokazują, że dla powstawania pomienionego objawu,—oprócz wzdęcia kiszek,—potrzeba koniecznie jeszcze, aby objawy wysłuchowe ze strony płuc były bardzo wydatne, t. j., aby istniały znaczne rzeżenia, albo też silny oddech oskrzelowy; zwykły bowiem oddech pęcherzykowy jest za słaby, żeby mógł tak daleko się przenieść.

Zresztą mogą istnieć inne jeszcze warunki, które ułatwiają przeniesienie szmerów oddechowych z płuc do okolicy jamy brzusznej. I tak np.: weźmy wypadek, gdzie zraz dolny płuca prawego jest stwardniały, i gdzie jednocześnie wzdęta poprzecznicą (*colon transversum*), jak to często się przytrafia, zaj-

muje miejsce między wątrobą, a brzegiem dolnym zeber; w takim razie oddech oskrzelowy bardzo wyraźnie i łatwo udzielić się może owój kiszce wzdętej gazami, a stąd i sąsiadnym zwojom kiszkiowym, zupełnie tak samo, jak się to dzieje w tych wypadkach, w których gazy nagromadziły się w jamie otrzewnej i gdzie szmery, powstające w płucach, łatwo udzielają się tej przestrzeni gazowej.

Jednakże, bądź co bądź, objawy wysłuchowe w okolicy brzucha najwydatniejszymi bywają wobec nagromadzenia gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*).

Zachodzi teraz pytanie: czy pomienione objawy oddechowe w okolicy brzucha mogą w ogóle mieć jakiegokolwiek znaczenie dyagnostyczne, a w szczególności, czy one mogą być dowodem obecności gazów w jamie otrzewnej (*meteorismus peritonei*)?

Jak widzimy z powyższych wypadków klinicznych i z doświadczeń na zwierzętach, szerzenie się szmerów oddechowych, powstałych w dolnych częściach płuc, na okolicę wątroby przychodzi najlepiej do skutku wówczas, gdy gaz nagromadzony jest w jamie brzusznej. Z tego wypada, że w rozpoznaniu przedziurawienia kiszki z następczem wystąpieniem gazów do jamy otrzewnej pomieniony objaw oddechowy może mieć pewną wartość dyagnostyczną. Rzeczywiście, jeżeli pomieniony objaw istnieje jednocześnie z innymi dość ważnymi objawami,—mamy tu na myśli: zupełne zniknięcie tępości wątroby w okolicy linii parasternalnej i środkowej, pojawienie się odgłosu tympanicznego w tych miejscach,—to może on posłużyć za dowód, potwierdzający rozpoznanie nasze odnośnie przedziurawienia kiszki.

Gdybyśmy zaś chcieli ocenić względną wartość, jaką posiadają wymienione objawy przy rozpoznaniu przedziurawienia kiszki,—t. j., postawiwszy po jednej stronie: zupełne zniknięcie tępości nad okolicą wątroby (przy leżeniu chorego na wznak) i obecność jednoczesną odgłosu tympanicznego, szczególnie z odcieniem metalicznym, klaszczącym, z drugiej zaś strony: obecność w podżebrzu prawem szmerów oddechowych z odcieniem amforycznym—to w każdym razie będziemy musieli przyznać pierwszemu szeregowi objawów bezwzględną wyższość nad drugim. Spostrzeżenia bowiem kliniczne i doświadczenia na zwierzętach robione uczą nas, że szmery, pochodzące z dolnych zrazów płuc, mogą być słyszalne w prawem podżebrzu z odcieniem amforycznym nietylko w obec przedziurawienia kiszki, ale i przy zwyczajnem wzdęciu kiszki (*meteorismus intestinorum*); okoliczność pomieniona, ma się rozumieć, koniecznie wpłynąć musi na zmniejszenie wartości dyagnostycznej wspomnianych wyżej objawów słuchowych w okolicy brzusznej.

Torbielo-gruczolak (*Cysto adenoma*) dużych rozmiarów w okolicy udowej.

Przez Dra Sonnenberga, privatdocenta i pierwszego assystenta przy klin. chir. w Strassburgu.

Wypadek niniejszy przedstawia tyle zajmującego zarówno pod względem swej rzadkości, jak i klinicznój dyagnozy, że opisanie jego uważamy za rzecz słuszną.

Tyczył się on zdrowej, 35 letniej kobiety, która od 16-go roku swego życia regularnie i bez żadnych dolegliwości miesiączkowała. Pomimo, że od pewnej ilości lat była ona zamężną, jednak pozostała bezdzietną do ostatniego czasu. Około Bożego Narodzenia 1873 r. spostrzegła pacjentka poraz pierwszy (albo raczej mąż jej, gdyż chora sama z powodu niebolesności cierpienia nie zauważyła) w prawem zgięciu udowem guz, wielkości mniej więcej jaja gołębiego. Za przyczynę jego powstania chora uważała wysilenie zrobione przed kilku miesiącami w celu uniesienia ciężkiego worka. Przynajmniej utrzymywała, że wtedy przez pewien czas uczuwała bóle w całej kończynie. W chwili, gdy guz został zauważonym był on zupełnie niebolesnym, i chora, pomimo dwukrotnych usilnych wypytywań, nie mogła objaśnić, czy podczas miesiączkowania sprawiał on jakieś większe dolegliwości. Z początku guz powoli, potem szybciej, znacznie się wypinał i stał się łatwym do objęcia. Tak z powodu groźnego wzrostu, jak i teraz już od czasu do czasu pojawiających się bólów w kończynie, chora w początku maja 1875 roku udała się po poradę do tutejszej kliniki chirurgicznój.

W czasie jej przyjęcia widocznym był duży guz na przedniej i wewnętrznej stronie aż do więzów Pouparta, ku wewnątrz—do grupy mięśni ksobnych, ku zewnątrz—prawie aż do linii mięśnia nateżacza powięzi szerokiej, ku dołowi—aż do średniej trzeciej części uda; obficie w taki sposób wypełniając t. zw. *triangulus subinguinalis* (Hyrtl) (trójkąt podpachwinowy). Skóra na guzie jest ruchomą z wyjątkiem dwóch, powierzchownie znekrotyzowanych miejsc pozostałych po iniekcjach. Guza nie można zupełnie od otaczających części miękkich odgraniczyć, jest on jednak ruchomym i do kości nieprzytwierdzonym. Powierzchnia jego nieregularna, zrazowata, konsystencya napięta i elastyczna (*prall. elastisch*). *Art. femoralis* pod więzłem Pouparta wyczuć się nie daje, a ponad nim tylko w sposób bardzo niewyraźny. Żadne tętnienie guzowi się nie udziela. Obrzęku kończyny nie widać.

Po takim rezultacie badania istniał cały szereg momentów, które trzeba było zużytkować dla postawienia rozpoznania. W okolicy udowej zdarza się właśnie wielka ilość rozmaitych guzów. Tutaj oprócz nowotworów posiadających charakter tkanki macierzystej, napotyka się także nowotwory heterologiczne, jak np. paraostalne mięsaki *). W naszym wypadku, z wielu przy-

*) Porówn. L u c k e, Die allgemeine chirurgische Diagnostik der Geschwülste. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 97.

czyn, uważano się za uprawnionych, do rozpoznania włókno-tłuszczaka (*fibrolipoma*). Rozporządzano przytém tylko bardzo niewielką ilością momentów anamnestycznych. Nie można było też odrzucić zupełnie tego przypuszczenia: że podczas podnoszenia ciężaru wywarło było pewne podrażnienie na tkanki tej miejscowości, albo, że przez to powstała przepuklina udowa, do której dopiero dołączył się wzrost nowotworu. Brakowało jednak wszelkich innych towarzyszących przepuklinie objawów, jak: doprowadzalność, bolesność i t. d., chora przy najmniej nie o nich nie mówiła. Wiek pacjentki dozwalał na przyjęcie wszelkiego rodzaju nowotworów. Z początku powolny, następnie zaś prędszy wzrost guza, jako też wielkość jego, wskazywały, że ma się do czynienia z nowotworem należącym do rzędu łącznotkankowych, tłuszczakiem lub włókniakiem, a może też z mięsakiem. Za pierwszym przemawiały: budowa zrazowata powierzchni, konsystencya elastyczna, która z powodu że guz znajdował się pod powięzią, okazywała się bardziej napiętą niż oczekiwać należało, i nakoniec zachowanie się guza do części otaczających. Guz był zupełnie przesuwalnym i ruchomym, zdawał się posiadać tylko nieznaczne zrosty z otaczającymi częściami i tak samo skóra, z wyjątkiem dwóch miejsc, uległych zapaleniu po iniekcjach, okazywała się jeszcze łatwo przesuwalną.

Z powodu braku w obwodzie obrzęku nie można było przypuszczać żadnych zrostów z żyłami; nie spostrzegano także żadnych zaburzeń funkcjonalnych ze strony nerwów. Z tego powodu sądzono: że będzie można pomyślnie dokonać wyłuszczenia nowotworu, co też było zrobionem przez prof. Lücke 5 maja 1875 r.

Zrobiono cięcie podłużne nad guzem i po przecięciu wielu warstw tkanki łącznej, jako też mięśnia krawieckiego ukazał się sam guz złożony z wielkiej ilości torbieli. Oddzielne torbiele nie komunikujące z sobą, posiadały ściany cienkie i zawierały w sobie ciemno-zielony płyn z niewielkimi konkrementami. Guz ze wszystkich stron daje się lekko od części otaczających oddzielić, szeroka podstawa jego znajduje się w okolicy obrączki udowej, pomimo to jednak nie widać właściwej szypuły, lub też wyrostka zagłębiającego się do samego kanału. Po oddaleniu ogromnej masy nowotworu widać na dnie rany nerwy i naczynia, które weale z nowotworem nie były zrosnięte.

Po operacyi dokonanej ze ściśłym zachowaniem przepisów Lister'a, nałożono opatrunek z waty salicylowej; gojenie postępowało dobrze i bez gorączki, tak że 26 czerwca chora mogła być już ze szpitala wypuszczoną.

Dokładny rozbiór mikroskopowy nowotworu wykazał nadspodziewanie, że guz wyłuszczonej z okolicy udowej należało przyjąć za torbielę gruczolak (prof. v. Recklinhausen). Pojedyncze torbiele, mianowicie zaś małe i najmniejsze wysłane były nabłonkiem cylindrycznym w rzędy ułożonym. W tkance łącznej zasadniczej (*bindegewebsartige Grundsubstanz*) można było odróżnić liczne rozgałęzione rurki gruczolowe z wążkiem światłem. Właściwe wrastanie nabłonka gruczolowego do tkanki sąsiedniej i następcze nowotworzenie tkanki łącznej z należącym do tego mnożeniem się komórek i tworzeniem naczyń jeszcze nie miały miejsca.

Jakże należało objaśnić powstanie tego heterotopijnego nowotworu w okolicy udowej?

Przy pierwszym obejrzeniu mikroskopowym przypadkowo natrafiono na miejsca, gdzie się znajdowały obfite pokłady nabłonka, i przypuszczano istnienie raka. Zyskanoby może w taki sposób fakt patologiczny, mogący służyć za przyczynek do możliwości tworzenia się nabłonka z tkanki łącznej. Ale, jak powiedziano, bardzo dokładne poszukiwanie wykazało, że w istocie ma się do czynienia z torbielo-gruczolakiem.

Prof. Lücke (l. c.) w ostatnim czasie wyraził pogląd: że takie heterotopijne nowotwory, przy powstaniu których może być wykluczone wszelkie drażnienie fizyologiczne lub patologiczne, mogą się rozwijać z poprzednio już w tych miejscach zawartych zarodków. W naszym jednak wypadku trudno było przyjąć to objaśnienie. Bliską bardzo była myśl odniesienia naszego nowotworu do wrodzonej lub nabytej przepukliny jajnika i tem samem uważania tego guza za torbielo-gruczolak jajnika.

Okoliczność, że poprzednio nie pomyślano o tej możliwości, objaśnia się sposobem powstania i przebiegiem cierpienia. Przepukliny jajnika powodują przynajmniej bardzo często nieprzyjemne dolegliwości, jeżeli nie zawsze następuje, przez wielu autorów przedewszystkiem przyjmowane, powiększenie się bólów i obrzmienie podczas miesiączki.

Już Cruveilhier w swojej „Anatomie pathologique“ wspomina, że często widział przepukliny, takie mianowicie, w których tylko sam jajnik się znajdował, przez całe lata nie przyczyniające dotkniętym niemi kobietom żadnych dolegliwości. W następstwie dopiero, gdy jajnik był zmienionym, szczególnie zaś, gdy się w nim rozwijał nowotwór, występowały silne bóle w czasie miesiączki. U naszej pacjentki nie było żadnych objawów, któreby mogły naprowadzać na myśl o przepuklinie jajnika. Czynności płciowe odbywały się prawidłowo, tylko, jak powiedziałem, chora pozostawała bezdzietną. Ta właśnie okoliczność wprowadziła nas na domysł, czy pomimo wszelkich brakujących objawów, nie mamy do czynienia z przepukliną jajnika. Ta ostatnia bowiem, według wszelkiego prawdopodobieństwa, spowodowałaby zmianę w położeniu macicy pod formą zgięcia lub pochylenia, przez co znowu zapłodnienie zostałoby łatwo uniemożliwionem. Wiemy zaś dobrze, że części znajdujące się w niewłaściwym położeniu anatomicznem, okazują się bardzo usposobionemi do nowotworów, a nienormalne położenie jajnika przed lub w samym kanale pachwinowym resp. udowym, zarówno zdaje się usposabiać do nowotworów, jak także samo położenie jądra przy kryptorchyzmie.

Dla rozjaśnienia tej sprawy przedsięwziąłem badanie palcowe przez pochwę. Sprawdziłem w ten sposób wysokie lewostronne położenie ust macicznych i tyłopochylenie macicy, która zdawała się w zupełności przymocowaną (fixirt). Z lewej strony dawał się wyczuwać jajnik wielkich rozmiarów. W każdym razie więc istniały zmiany w położeniu macicy i przedewszystkiem zdawało się koniecznem zarządzić ściślejsze badanie co do znachodzenia się prawego jajnika, którego odszukać nie mogłem.

Dla tego wraz z kol. Dr Zweifel zachloroformowaliśmy pacjentkę i znaleźmy co następuje: Zgłębnik wprowadzony do macicy wykazuje: że obszerność jej jest normalną, ale, że jest ona zupełnie nieruchomą (fixirt). Badanie przez odbytnicę z jednoczesnem wprowadzeniem zgłębnika do macicy, wykazuje: tylopochylenie macicy, jako też jej nieruchomość. Ta ostatnia jest spowodowana przez dobrze wyczuwalny sznurek posiadający grubość pióra kruczego i przebiegający z góry ku dołowi i z lewa na prawo (a więc ku okolicy udowej). Sznurek ten podczas minimalnych ruchów, jakie zostają macicy udzielane za pomocą zgłębnika jeszcze bardziej się napręża. Lewy jajnik (dosyć dużych rozmiarów) dokładnie się wyczuwa, prawego zaś ani śladu nawet znaleźć nie można podczas badania przez odbytnicę.

(Dokończenie nastąpi).

KORRESPONDENCYA KRAJOWA

Z m. Lublina w sierpniu 1876 r.

Roczne posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Lubelskiej.

(Dalszy ciąg).

Po wysłuchaniu sprawozdań, członkowie, stosownie do ustawy i i zeszłorocznego postanowienia Towarzystwa, wezwani przez vice-prezesa przystąpili do wyboru członków administracyi na rok trzeci.

Większością głosów wybrano: prezesem kol. **Kwaśniewskiego**, vice-prezesem kol. **Głogowskiego**, sekretarzem kol. **Dolińskiego**.

Jednogłośnie wybrano: na zastępcę sekretarza kol. **Talko**, bibliotekarzem kol. **Jaworowskiego**, skarbnikiem mag. farm. **Russyna**.

W skład komisyj do rewizyj kassy wybrani zostali: **Rożański**, **Janiszewski** i **Szniersztein**.

Przyjęto na członka czynnego: **Henryka Migurskiego**, apt. z Białej, a kol. **Ciepielewskiego**, z powodu jego wyjazdu zamianowano czł.-korrespondentem. Tego samego dnia wielu członków wzięło udział w koleżeńskej kolacyi, spędziwszy wieczór w przyjemnej i serdecznej pogawędce.

Sprawozdanie komisyj Towarzystwo lekarzy lubelskich, wyznaczonej dla oceny wniosków komisyj przy Radzie Lekarskiej, w kwestyi odpowiedzialności lekarzy, za niestawienie się na wezwanie chorego.

Napisał **Gustaw Doliński**.

W Nrze 186 Gońca Urzędowego z dnia 22 sierpnia 1876 r. zamieszczono wniośki komisyj przy Radzie lekarskiej, dotyczące kwestyi odpowiedzialności lekarzy za niestawienie się na wezwanie chorego. Dołączono również uwagę: że wnioski owe drukują się w tym celu, aby wywołać odezwy osób kompetentnych, z których to opinii Rada lekarska, przed ostatecznem rozpatrzeniem danej sprawy mogłaby korzystać.

Towarzystwo lekarzy lubelskich, czując się w obowiązku wypowiedzenia swoich przekonań w tej mierze, wybrało z grona swojego komisję, której zadaniem przedsta-

wie opinię Towarzystwa w kwestyi odpowiedzialności lekarzy za niestawienie się na wezwanie chorego.

Ponieważ głównym celem niniejszego sprawozdania jest zwrócić uwagę Rady lekarskiej na przeróżne nieporozumienia i kollizye, jakie w skutek prawa o odpowiedzialności, mogą przy zastosowaniu tegoż prawa w praktyce wyniknąć, przeto komissya postanowiła wziąć pod rozwagę najwybitniejsze punkta i takowe szczegółowiej rozebrać.

Rozpatrując uważnie wypracowanie komissyi Rady lekarskiej, jaskrawie uderza w oczy dziwna sprzeczność, jaka zachodzi pomiędzy opisem szczegółowym i wyczerpującym kwestyi dotyczącej stosunku lekarzy do społeczeństwa i państwa, a ostatecznymi wnioskami, jakie komissya z rozbioru i ocenienia tej kwestyi wyprowadza. Kommissya przyznaje: 1^o że stosunek prawny lekarza do pacyenta, stanowi słabą stronę prawodawstwa, 2^o że można ukoniecznić wydział lekarski, a nie zajmować się praktyką i nie umieć leczyć, lecz poświęcić się studjom teoretycznym, 3^o że przy układaniu przepisów karnych w roku 1845, za niestawienie się na wezwanie chorego, nie było ani jednego faktu, któryby wykazywał potrzebę i konieczność wprowadzenia owych przepisów do prawodawstwa, 4^o że przepisy owe, chybiają celu, bo z jednej strony nie zabezpieczają społeczeństwa od samowoli lekarzy, a z drugiej strony nie mieszczą w sobie ani jednego artykułu, którenby lekarzy od samowoli społeczeństwa zabezpieczał, 5^o że prawo zapewniające choremu pomoc lekarską pod groźbą odpowiedzialności sądowej, z przyczyny zbyt małej liczby lekarzy w stosunku do ludności ogólnej, jest wprost niemożliwem do zastosowania. I naostatek, 6^o że za zmianą tego prawa przemawia nietylko jego niejasność, niedokładność i trudność w zastosowaniu do sądowej praktyki, ale także przykład innych prawodawstw europejskich, które wyz wymienionego prawa o odpowiedzialności za niestawienie się lekarza do chorego, albo całkiem nie posiadały, albo też wykreśliły z kodeksu.

Te to, wyz wymienione powody, skłaniają komissyę do zniesienia dotychczas istniejącego prawa o odpowiedzialności lekarzy, a zastąpienia go przepisami, które mają być oparte na zasadach zawartych w X ciu artykułach wydrukowanych w Gońcu urzędowym.

Oceniając porównawczo te nowe zasady i nowe przepisy, wypracowane przez komissyą Rady lekarskiej, — widzimy, że w niczem one dawnego stanu rzeczy nie zmieniają, a dla lekarzy wolnopraktykujących są daleko więcej uciążliwe, bo wystawiają ich na samowolę publiczności, czynią podległym i w zupełności w ł a d z y s ą d o w ó j, a jedyną ucieczką w razie najfałszywszego nawet oskarżenia i bezzasadnych zarzutów, ma być opinia urzędu lekarskiego, lub w razach najważniejszych opinia rady lekarskiej zakomunikowana sądowi do ostatecznej rezolucyi. Gdzie ma szukać sprawiedliwości pokrzywdzony moralnie i materyalnie lekarz, któremu stawią zarzut niecnoty, niesumienności, opieszałości, złej woli, lub zabójstwa, — o tem nowe zasady i nowe przepisy nie wspominają. Zkąd wreszcie urząd lekarski, lub nawet Rada lekarska, będą mieć możność nieomylnego sądu, skoro nauka medycyny nie ma dostatecznych podstaw do tego, aby mogła pewnie i stanowczo każdą kwestyę zawilą rozstrzygnąć. Niekompetentny sąd, niekompetentny Urząd lub Rada lekarska, będą więc wyrokować o losach lekarza wolnopraktykującego, któren zawsze i wszędzie zostanie kozłem ofiarnym i nawet oczyszczy się z zarzutów, nie oczyszczy się z tego piętna jakie na jego reputacyi samo wspomnienie, że był pod zarzutem sądowym, w oczach publiczności wycisnie.

Przepisy komissyi twierdzą: że lekarz powinien stawieć się pod odpowiedzialnością sądową na wezwanie chorego w czasie panującej epidemii. W jakich to epidemiach prawo to ma być obowiązującym niewiadomo. Epidemicznym może być kłuszc, katar, zapalenie łązniczy, reumatyzm, gorączka przepuszczająca i t. p. Choroby te niezawsze wymagają szybkiego ratunku, często pomyślnie przechodzą bez leczenia, lub też leczone powszechnie znanymi środkami domowemi. Na zabezpieczenie zdrowia społecznego w tych epidemiach, prawo przymusowe jest zbyt cenne. Tu zasada postawiona przez komissyą jest błędnie i nietrafnie umotywowana.

Wypadki nadzwyczajne, wymagające natychmiastowej pomocy, jak: uszkodzenie traumatyczne, oparzenie, otrucie, ukąszenia jadowite i t. p., są przez lekarzy naliczane uwzględniane, zwykle używają do nich lekarzy miejskich lub powiatowych, a ci

znając obowiązki i przepisy służbowe, jako urzędnicy, potrafią się do nich zastosować.

Więc i w tym razie prawo przymusowe jest zbyt czynnem, bo lekarz urzędnik i bez niego, wykonać musi to, do czego się wstępując w służbę pod rygorem jej utraty zobowiązał.

Co się zaś tyczy podawania pomocy rodzącym w przypadkach nie cierpiących zwłoki, stawilibyśmy pytanie, kto w takim razie ma decydować w niebezpieczeństwie, czy rodzina rodzącej, czy obecna przy porodzie akuszerka, czy kobieta trudniąca się babieniem? Nam się zdaje, że tylko lekarz po dokładnym zbadaniu chorej, może mniej więcej dokładnie ocenić, w jakim stanie rodzące się znajduje, czy grozi, czy nie grozi jej niebezpieczeństwo, czy należy natychmiast przystąpić do czynnej interwencji, czyli też przebieg porodowej sprawy pozostawić siłom natury. Lekarz, w obec wypadku niecierpiącego zwłoki, byłby wtenczas i to względnie tylko za niestawienie odpowiedzialnym, gdyby ten wygadek widział, ale ponieważ dowiaduje się o nim z ust osób niekompetentnych, przeto dla niego wypadki cierpiące lub niecierpiące zwłoki nie istnieją, ale porady w ogólności, — i szanowna komissya tworząc przepis prawny, winna go była jaśniej sformułować, bo w podanej formie jest dla nas niezrozumiałym, a w zastosowaniu może wyrodzić tysiące nieporozumień.

Komissya, dzieli lekarze na trzy kategorie: I^o Zajmujących posady urzędowe nie połączone z obowiązkiem leczenia chorych, tu należą profesorowie akademii z wyjątkiem prof. klinicznych i członkowie wyższych urzędów lekarskich.

II^o Zajmujących posady, których obowiązkiem jest leczenie chorych.

III^o Lekarzy nie zostających w służbie.

Pomijając brak ścisłości w samym podziale na trzy kategorie, zobaczmy jakie każda z nich zajmuje stanowisko w obec prawa o odpowiedzialności. I tak:

I-sza. Dla lekarzy pierwszej kategorii, wezwanie chorego jest obowiązującym podczas epidemii, w przypadkach nadzwyczajnych i poradach niecierpiących zwłoki. Czyli inaczej, professor fizjologii powinien pod rygorem surowej odpowiedzialności stawić się na wezwanie ciężko rodzącej, choć nie ma najmniejszego pojęcia o położnictwie; professor chemii, winien dać pomoc natychmiastową pijakowi, którego spadł ze schodów i złamał dajmy na to rękę; professor anatomii musi biec do dziecka chorującego na koklusz, ponieważ ta choroba panuje epidemicznie. Czy pomoc lekarska wyż wymienionych osób przyda się na co, czy mogą oni wymówić się nieumiejętnością? niewiem, Wedle 578 artykułu kodeksu kar głównych i poprawczych, skoro lekarz przez nieumiejętność w swej sztuce popełnił błąd, mniejszej lub większej wagi, będzie zmuszony złożyć nowy egzamin i otrzymać świadectwo należytej znajomości swego przedmiotu, gdy zaś skutkiem błędnego leczenia nastąpi śmierć, winny jeżeli jest chrześcijaninem ulegnie pokucie kościelnej. Więc professor fizjologii lub chemii, jeśli nie może założyć kleszczy porodowych, podwiązać tętnicy, opatrzyć rany, obowiązany jest wyćwiczyć się w chemii, akuszerji, terapii, złożyć egzamin i w dodatku odbyć pokutę kościelną. Skoro zaś pomocy swej odmówi bez szczególnych prawnych przeszkód w myśl artykułu 581 ulegnie karze pieniężnej, lub złożeniu z urzędu. Jeśli zaś tychże samych lekarzy zawezwią do chorego mającego zapalenie płuc, tyfus, zapalenie mózgu i t. p., skoro te choroby nie panują epidemicznie, lekarz może odmówić pomocy, na żadną odpowiedzialność niebędąc narażony.

II-ga. Lekarze drugiej kategorii, t. j. powiatowi, miejscy, policyjni i t. d. winni w obrębie swej czynności służbowej stawić się na wezwanie chorego w normalnym stanie sanitarnym.

(Dokończenie nastąpi.)

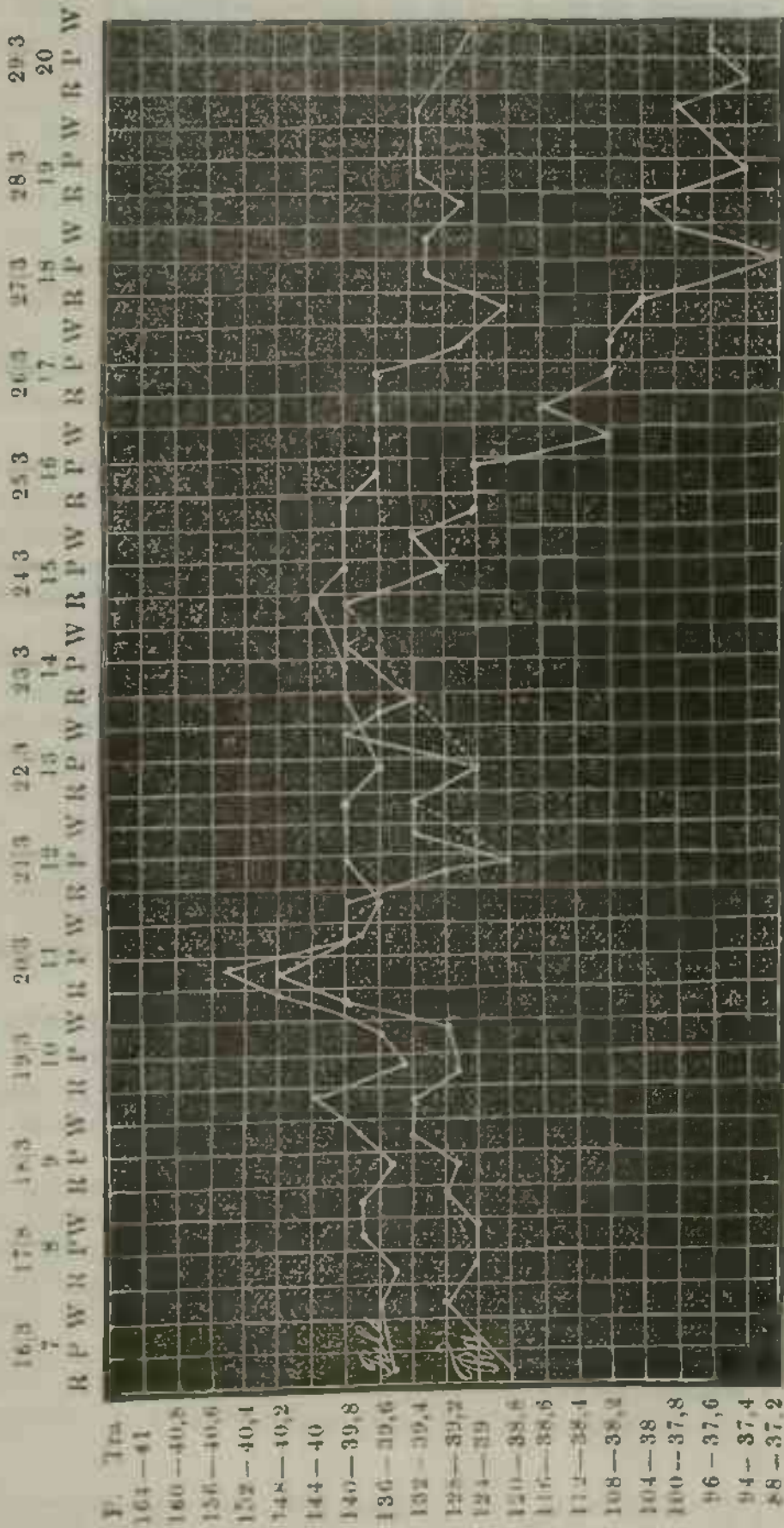
KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach tyfusu brzuszego.

Przez Dra A. Kühn.

(Dalszy ciąg).

Z starannie zebranej historii choroby, na to tylko zwrócę uwagę, co posłużyło mi na poparcie dyagnozy i co dla tyfusu w tak młodym wieku godne jest uwagi.



Linija krzywa oznaczająca wzmaganie się i upadek puls, oraz temperatury w przebiegu tyfusu u 2 1/2 letniego dziecka, początek choroby trójno oznaczony, — miernyś początek szkodliwego dnia.

Nakreślona linia krzywa (patrz linia 1), która oznacza temperaturę mierzoną o 12-iej w południe poczyną się od dnia 7-go choroby. Zgad łatwo pojąć: że choroba w swym początku nie jest badana. W każdym więc razie, w pierwszym tygodniu, jak to przewidzieć łatwo było, temp. zwolna się wzmogła, albowiem od 7-go do 10-go dnia podniosła się temp. tylko od 38,2 do 39,8 wieczorem. Dnia zaś 11-go zrana dochodzi maximum swego, t. j. 40,2, przez 5 następne dni otrzymuje się 39 i 40, a w dniu 16-m wskazuje remisję aby w następnym dniu znów do poprzedniej wysokości powrócić. Uważmy nadto: że w ciągu dwóch tygodni mierzoną była temperatura o godz. 2 w nocy, czego nie zamieściłem na tabelli, nie chcąc tracić rzutu oka na przebieg. Temperatura nocna była niższą od dzienną. Tak np. w nocy z 21 na 22 marca tra nocna 39,0, gdy średnia dnia 21-go 39,1, 22-go 39,2; nocna zaś 39,0; 23-go średnia dzienna 39,3. Wiele jednak zdarzało się zboczeń. Kierunek linii oznaczającej wznoszenie się i opadanie pulsu jest prawie równoległy do linii try. Co potwierdza obserwacye, że przy trze wysokiej u dzieci linie te zbiegają się. Wreszcie liczba uderzeń pulsu jest większa jak zwykle w tyfusie u dzieci w tym wieku; przyczyną tego może być niezbyt oskrzeli, który w całym przebiegu towarzyszył tyfusowi, jednakże zajęcie oskrzeli stanowiło główny zarys obrazu.

Od d. 9-go—15-go przyłączył się niezbyt krtani, który objawił się chrapliwym głosem, a w dwa tygodnie później otworzyła w dolnym zrazie prawego płuca dość znaczna hypostasis.

Stolee, które w ciągu choroby miały charakter dyaryi, w apyrexii przybrały konsystencyę gęstszą. Te to stolee z napuchnięciem śledziony i okładem języka tyfusowym, uzupełniają obraz choroby ze strony przewodu pokarmowego.

Rożyczka (*roseola*) też była, ale nieznaczna. Co się tycze objawów nerwowych, te były w 2-gim i 3-cim tygodniu dość wybitne: Utrudnienie słuchu, mowa zająkliwa, wysoki stopień spiączki (*coma*), niezrozumiałe wymawianie pewnych sylab, zgrzytanie zębami, zrenica dość rozszerzona i słabo oddziaływająca na światło, stanowiły podczas choroby objawy stałe. Rekonwalescencya była długa, lecz nieprzerwana chorobami następzemi.

Woda użyta do prania podkładów z pod chorego wylewaną była i spływała przez kanał wyprowadzający z kuchni, ciągle para z takowego napływała do kuchni skutkiem ogrzanego w tej ostatniej powietrza. W kuchni zaś przebywały większą część dnia dwie służące, gospodyni i dwie panny, które tamże zostawały w celu nauczania się gospodarstwa domowego.

To też na dniu 8-mym choroby Karolka, jedna ze służących, która wprawdzie uprzątała podkłady, lecz tylko wyjątkowo takowe prała *) skarżyć się poczęła na ból głowy, brak apetytu i ogólne osłabienie ciała. Po paru zaś dżozach kalomelu dostała dyayi i poczęła się gorączka tyfoidalna. Dziewczyna ta odesłaną została do swój wioski rodzinnej i przebyła tam 3 tygodniowy tyfus. Również druga służąca, która odbierała bieliznę od pierwszej, wkrótce potem zaszła.

Mierząc temperaturę z początku choroby zdawało się zabierać na ciężki przebieg, zwłaszcza, gdy i inne objawy również jak tra były w stopniu wysokim.

Wydalenie natychmiastowe do wsi rodzinnej o kilka godzin drogi odległej, tak dobrze skutkowało, że słaba po upływie 14 dni, lubo osłabiona, jednak weale nie miała już gorączki.

W tymże również czasie gospodyni poczęła się żalić na: osłabienie, ból głowy i objawy gastryczne, pozostała wszakże czynną, a jedna z młodych panien zaszła na tyfus. U tej ostatniej, przeniesionej na pierwsze piętro, przebieg choroby nadzwyczaj był charakterystyczny, lubo stosunkowo lżejszy, tra doszła tylko parę razy do 40°, a pacjentka po upływie czterech tygodni jako rekonwalescentka wróciła do domu swego.

Nieco później, prawie jednocześnie z gospodynią, której przebieg choroby poniżej opisujemy; jeden z licznych parobków dworu również zaszła, i był to ten właśnie

*) Do prania podkładów użyta była stara najemnica, która takowe w ustępie przy kuchni dokonywała; w kuchni zaś, na krótko jedynie przebywała, ta jednak w ciągu owego czasu pozostała przy zdrowiu.

który, jako przeznaczony do odnoszenia z kuchni potraw, przebywał tamże codziennie prawie godzinę. Choroba jego jednak pomyślnie się zakończyła. Niepomyślny zaś przebieg miała choroba samej matki. Ta zostając w ostatnim miesiącu ciąży znajdowała się podczas nasilenia najwyższego choroby, t. j. od d. 20—26 marca prawie nieodstępnie w pokoju, a ponieważ dziecię nie dozwalało zbliżyć się nikomu obcemu, sama przeto podejmowała około chorego starania; zmieniała podkłady i bieliznę jego, obmywała mu ciało i kąpała go, oprócz tego codziennie w ciągu pół godziny przebywała w kuchni. Z przebiegu chorobnego tego wypadku dekladniejszą zdac musimy nieco sprawę, ponieważ na szósty dzień choroby zdrowe urodziło się dziecię. Wiemy wprawdzie dziś: że ciąża nie zabezpiecza o tyle, o ile dawniej sądzono od tyfusu, co też Liebermeister leczebnie wykazał. Ile jednak wiem normalne porody w tyfusie, nie należą do częstych. Że zarazek nie mógł w tym wypadku przedostać się przez naczynia włoskowate, łożyska można było za pośrednictwem obserwacji i mierzenia skonstatować. Godnym to jest uwagi, zwłaszcza ze względu przeciwstawienia do wypadków obserwowanych, gdzie zarazek tyfusowy działał na płód wprost bez pośrednictwa matki, tak: że ze zdrowej matki urodzić się miało dziecię tyfusem dotknięte *).

Pani domu, 28 letnia, dobrze zbudowana kobieta, która dotąd nigdy nie chorowała, na kilka dni przed 5 kwietnia, uczuła się nieco niedobrze i poczęła się skarżyć (według mego obliczenia na 14 dzień od zarażenia się) na: dreszcze, ból głowy i ogólne osłabienie, do 8 jednak kwietnia, mimo występującej już gorączki nie dała się namówić do pozostania w łóżku.

8 kwietnia popołudniu tra 39,1, puls 120 dwubitny, brak dyaryi, silny ból głowy, początki niezytu oskrzeli.

9 kwietnia	zrana tra 39,1	} Puls 122. Zatrzymanie stolca. <i>Ol. ricini.</i>
	w poł. tra 39,2	
	wiecz. tra 39,4	

Około godz. 12 w nocy poczęły się normalne bóle porodowe, a około zaś 2-giej przyszło na świat dziecię płci żeńskiej, donoszone i dobrze odżywione (wagi 3 $\frac{1}{2}$ kil.). Obfita ilość wody płodowej, krwotok mierny, łożysko zdrowe i normalne. Przybyłem w kwadrans po porodzie, dziecię było już wykąpane i zaraz mierzenie dokonałem.

Chora na tyfus, położnica, okazywała trę 40,0, puls 120 pełny dwubitny respir. 32. Tra noworodka w odchodzie stołcowym mierzona 37,2, a lubo dziecię mimo mego zalecenia spoczywało obok matki w gorączce będącej, tra jego normalnej nie przechodziła, wypróżnienia miało normalne i rozwijało się zupełnie normalnie.

Następnie otrzymawszy dobrą mamkę, nigdy dotąd nie chorowało i rozwija się normalnie.

10 kwietnia (1-go dnia po porodzie, choroby dzień 6-ty).

8 godzina	zrana	tra 34,9,	puls 120.
1	„ w południe	„ 40,0,	„ 120.
5	„ popołudniu	„ 39,8,	„ 120.
10	„ wieczorem	„ 40,0,	„ 122.

Chora poci się mocno, kaszle wiele i śpi ciągle prawie.

11 kwietnia	8 godzina	zrana	tra 39,3,	puls 120.
	1	„ w południe	„ 40,0,	„ 120.
	5	„ popołudniu	„ 40,1,	„ 120.
	10	„ wieczorem	„ 40,1,	„ 120.

Chora nadzwyczaj niespokojna i pobudzona, mało spała, wypróżnienie jedno, konsystencyi papkowatej.

12 kwietnia	8 godzina	zrana	tra 39,4,	puls 122.
	1	„ z południa	„ 40,1,	„ 122.
	5	„ popołudniu	„ 40,1,	„ 122.
	10	„ wieczorem	„ 40,2,	„ 122.

Chora mówi zbyt wiele, pobudzenie imaginacyi, wypróżnienia stolca częste, dyaryja, nieco poci się, zatkanie w nosie, okazał się krwotok z nosa.

*) Gerhardt, l. c. I. 1874. str. 107.

13 kwietnia	8 godzina zrana	tra 40,2	puls 122.
	1 „ z południa	„ 40,2	„ 122.
	11 „ wieczorem	„ 39,8	„ 121.

Chora przelyka z trudnością.

Przy śledzeniu okazało się mocne zaczerwienienie przelyku, biały osad na łukach podniebienia, który jednak łatwo oddzielić się dał: dyarya tyfoidalna. powiększenie śledziony, niezbyt oskrzeli znaczniejszy, czyszczenia pologowe zupełnie normalne, wydzielanie pokarmu coraz skąpsze, macica niebolesna, stopniowo się kureczy. Exploracya per vaginam wykazuje stosunki normalne, nie znajdujemy błon dyfterycznych na błonie śluzowej, części rodne wyćielającej.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

-- Olejek pietruszki pospolitej. Otrzymuje się go około 7 gramów z jednego kilograma nasion za pomocą przekraplania. Z tego olejku otrzymuje się właściwy olejek eteryczny (*terpen*) przepędzający się od 160°C. do 210°C. Między 270°C. i 300°C. przepędza się jeszcze ciecz żółtawo-zielona, cięższa od wody i przedstawiająca zapewne produkt rozkładu kamfory czyli stearoptenu olejku pietruszki. Terpen wspomniany oczyszczony przez powtórzone przekroplenia, ma zapach pietruszki, jest bezbarwny, wrze w 160°—164°C., posiada ciężar właściwy 0,865 przy 12°C., zwraca płaszczyznę polaryzacyi w lewo = — 30,8°. Z kwasem chlorowodornym tworzy, jakkolwiek trudno, krystaliczny związek, topiący się w 115°—116°C. Przy działaniu nań jodu otrzymuje się cymol—postępując wedle U e k u l e'go, v. G e r i c h t e n, który te wiadomości o olejku pietruszkowym podał, przyrzeka jeszcze poznać bliżej z apiolem, apiuną, kamforą i tłuszczem nasion pietruszkowych.

— Kwas karbolowy, jako dodatek do podskórnych wstrzykiwań (Kaestner, Der praktische Arzt. 1876. 3). Przy podskórnem zastosowaniu morfiny, często występuje rozycza (*erythema*), tworzą się ropnie, w jednym zaś wypadku autor zauważył rozlane głębokie zapalenie skóry (*phlegmone*), wszędzie zastrzykiwano *morp. hydrochl.* w 2—4% roztworze wodnym. Nigdy zaś nie tworzyły się ropnie przy dodatku kwasu karbolowego, która to mieszanina już od dawna używana jest w klinice prof. V o l k m a n n'a w Halle. U pewnego chorego po jednorazowej iniekcji wystąpiła *phlegmone*, które zajęło całe przedramię i pokazało się, iż każde uklucie na lewem podramieniu było punktem wyjścia ropnia, gdy tymczasem przy dodatku kwasu karbolowego uklucia na prawej kończynie górnej nie wywołały żadnego zapalenia. Autor sam na sobie zauważył: że morfina w wodnym roztworze prawie zawsze pociągała za sobą bolesne zapalenie, co zarówno miało miejsce u osób różnego wieku; rzadko tworzyły się ropnie. Jeżeli dodamy więcej kwasu karbolowego, to miejsce uklucia zostaje przez dłuższy czas nieczule i zapobiegamy zapaleniu. Autor utrzymuje, iż najstosowniej jest dodać 1%. Toż samo można powiedzieć o *chloral hydracie*. Wytwarzaniu się wyprysku (*herpes*) na miejscu uklucia przeszkadza kwas karbolowy; roztwór chloralu zaś zohojętnia się zrącą sodą (*Aetznatron*). Autor radzi dodać więcej kwasu karbolowego (do 2%) i w jednym tylko wypadku wystąpił ropień, nigdy zaś wyprysk. Wiadomo, że przy podskórnem zastosowaniu ergotyny, tak sama operacya jest bolesną, jako też, iż prawie zawsze tworzą się ropnie. Mianowicie okazuje się to, po formie używanej przez H i l d e b r a n d t'a (*Ergot. 3,0, Aq. dest. Glycerin. aa 7,5*). Lepiej używane przez W e r n i c h'a *Ergotin. aquos. bis depurat. 1,0, Aq. dest. 5,0* zastrzykiwać od 0,5—1,0. Lecz i przy tém tworzą się często wrzody, chociaż rzadziej aniżeli przy mieszaninie z gliceryną, kwas zaś karbolowy (0,5%) także działa przeciwzapalnie.

Dr H. I.

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.

Druk Gaz. Lek. Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 2 (14) Сентября 1876.