

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie ... Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie ... Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie rocznie z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ: Rzadki wypadek gruźlicy, opisany przez Prof. *Brodowskiego*. — Nowy pogląd na warunki anatomiczne wygięcie kręgosłupa. Napisany przez *L. Hirschfelda*, Prof. Anatomii Sz. Gł. Warsz. — Kronika Zagraniczna. Empyema u dziecka jedenasto-miesięcznego. *Thoracocentesis*. Wyzdrowienie Przez Dr. *S. Witkowskiego*. — O rozszerzeniu żołądka podług *Oppolzera*. Dr. *Tabaczyński*. — Część statystyczna. Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Marzec r. 1867. Prof. *Wisłocki*. — Wiadomości bieżące.

Rzadki wypadek gruźlicy,

opisany przez Prof. *Brodowskiego*.

Wiadomo, że gruźelki jakkolwiek w ogóle do najpospolitszych należą nowotworów, nie mogą wszakże za takie być uważane bezwzględnie. Owszem znane są narzędzia, w których nadmienione nowotwory dotychczas ani razu nie były postrzegane, jak np. w gruczołach ślinnych, mięśniach składających się z włókien prążczastych, z wyjątkiem serca; w innych znowu należą one do nadzwyczajnych rzadkości, jak np. w gruczole tarczowym, jajnikach. Do narzędzi, w których wprawdzie mniej rzadko, niż tylko co w wymienionych, ale zawsze bardzo rzadko spotykamy się z gruźelkami, a szczególnie z wrzodami gruźelkowymi, należy bez zaprzeczenia żołądek. Otóż przed bardzo niedawnym czasem zdarzyło się nam obserwować taki wypadek gruźlicy, w którym żołądek był jedynym z narzędzi procesem tym patologicznym najbardziej dotkniętym. Podajemy tu w krótkości opis tego z wielu względów godnego uwagi wypadku.

13go kwietnia r. b. przybył do oddziału mego w szpitalu Ujazdowskim żołnierz 24 lat wieku, wątłej budowy ciała, błydy, mocno wyniszczony, blisko od roku cierpiący na ból brzucha, zwłaszcza w okolicy pępka; nieregularne oddawanie stolca (biegunka naprzemian z zatrzymaniem); prawie jednocześnie zjawił się u chorego kaszel i ból w piersiach, następnie przyłączyła się duszność powiększej części przy mocniejszym lub szybszym ruchu występująca. Siły tracił chory stopniowo lecz dosyć prędko, a od kilku tygodni, t. j. od chwili jak zaczął od czasu do czasu gorączkować, osłabienie ogólne doszło do takiego stopnia, że się stał niezdolnym do żadnej pracy.

Obecny stan chorego był następujący: wychudnienie znaczne, skóra bladeziemista, temperatura jęj cokolwiek podniesiona, stopy z lekka obrzękłe, brzuch cokolwiek wklęsły, za naciskiem bolesny zwłaszcza w okolicy pępka, odporność ścian jęgo i trzew brzusznych nieco zwiększona, żadne jednak guzy wy-macać się w nim nie dają, odgłos po większej części z lekka tympanityczny.

Piersi wązkie, okolice podobojczykowe, zwłaszcza zaś prawa, spłaszczone, odgłos w prawej mocniej, w lewej mniej stłumiony; w pierwszej rzęzenie trzeszczące współbrzmiące (*rhonchi crepitantes consonantes*), przy głębszém wdychaniu nawet metalicznie dźwięczące, w drugiej zaś staby szmer pęcherzykowy; z tyłu w okolicy nadgrzebieniowej prawej odgłos mniej jasny niż z lewej, szmer oddechowy nieokreślony (*expiratio prolongata*), w lewej zaś szmer pęcherzykowy zaostrozony.

Głosy serca słabe, tętno przyspieszone (96); język obłożony.

Rozpoznanie zatem zdawało się być łatwém. Nie pozostawało najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z gruźlicą płuc i trzew brzusznych: wziąwszy nawet na uwagę niestosunkowość ogólnego wyniszczenia i osłabienia do zmian zasztych w płucach, można było być pewnym, że sprawa gruźlicza daleko dalej jest posunięta w nadmienionych trzewach, niż w przyrządzie oddechowym.

W obec takiego rozpoznania niepodobna było łudzić się ani jednej chwili pod względem zejścia choroby. Jakoż proces ten chorobowy nadszpodziewanie nawet szybko zdążał do fatalnego końca. Gorączka, która dotychczas wieczorami tylko dochodziła do wyższego stopnia, wohniając rankami prawie do niepostrzeżenia, stawała się coraz większą i coraz mniej remittującą, tak że już na 4ty dzień pobytu chorego w szpitalu ciało jęgo i w rannych godzinach było rozpalone, tętno do 120 podniesione, osłabienie wzmogło się do tego stopnia, że chory ani na chwilę nie opuszczał łóżka, wyniszczenie prawie z każdą godziną stawało się większém, biegunka ostatek sił doniszczała, ból brzucha trapić nie przedstawał. W ostatnich dwóch dniach życia chory skarżył się na nudności, *wymiotów podczas całej choroby nie miewał*. Śmierć z wyniszczenia nastąpiła 21go kwietnia.

Z dochodzenia pośmiertnego na zwłokach okazało się: wychudnienie skieleto-we, przyrośnięcie wierzchołka prawego płuca mocniejsze, lewego zaś słabsze do klatki piersiowej, opłucne zasiane drobnymi, białoszarymi gruzełkami; u szczytu prawego płuca stwardniałość gruzłowata wielkości mniej więcej jaja kurzego, ciemno-szara, czarno nakrapiana na rozkroju, w pośród której znajdowała się jamka wielkości orzecha tureckiego, wypełniona płynem ropiastym, o ścianach gładkich, komunikująca bezpośrednio z jedném z oskrzeli, nadto kilka drobnych ognisk biało żółtawych serowatych i znaczna ilość jeszcze drobniejszych żółto-szarawych gruzełków, których nie wielka ilość rozproszonych znajdowała się i w reszcie płuca po większej części bladego. Jeszcze mniej gruzełków znaleźliśmy w płucu lewém, przeważnie u szczytu.

Otrzewna podobnie jak i opłucne zasiana gruzełkami przeważnie ostrymi; pętlíce rozdętych kiszek cienkich tu i owdzie dosyć mocno z sobą się pozrastały,

bez porównania mocniej jeszcze były przyrośnięte do części sąsiednich wątroba i śledziona, szczególnie pierwsze z tych narządzi, i przedewszystkiem do żołądka. Na błonie śluzowej ostatniego, wzdłuż krzywizny jego mniejszej, począwszy od środka tejże aż do wpustu żołądka, przeważnie na ścianie przedniej znajdował się szereg licznych, zlewających się z sobą dosyć dużych wrzodów, o brzegach zatoczystych, podminowanych, dnie nierówném, chropowatém. Takież sam wrzód mający przeszło 2 cent. w średnicy znajdował się także i w pobliżu krzywizny większej, także opodal od odźwiernika. Wzmiankowane wrzody były tak głębokie, że przebijały nawskroś ściany żołądka i opierały się o nowo-utworzoną tkankę łączną, za pomocą której żołądek, jakśmy już o tém wspomnieli, przyrósł do wątroby. Miejscami ledwo cieniutka tylko warstewka téj tkanki przedzielała dno pomienionych wrzodów od wątroby. Do koła nich, tak tuż w pobliżu jak i opodal, dawały się spostrzegać tak rozproszone jak i gromadkami drobne wrzodziki okrągłe, także o brzegach podminowanych, sięgające aż do warstwy mięsnej. Tu i owdzie nad powierzchnię błony śluzowej wystawały drobne, wielkości ziarna konopnego guziczki biało-żółtawe. Na błonie śluzowej kiszek cienkich, obok zmian cechujących chroniczne jéj zapalenie kataralne, znajdowały się nieliczne, lecz dosyć duże i głębokie, opasujące światło tych kiszek wrzody gruzełkowe (*ulcera tuberculosa intestinorum cingentia*). Z wyjątkiem jednego, który był umieszczony w jelicie biodrowém, reszta nadmienionych wrzodów (około 10) znajdowała się w jelicie czczém. Co się zaś tyczy kiszek grubych, w tych ledwo tylko dwa wrzody gruzełkowe i także opasujące miały miejsce. Na brzegach ich w ogóle tu i owdzie dawały się spostrzegać dosyć duże gruzełki biało-żółtawe serowate, daleko drobniejsze na dnie. Pomiedzy wzmiankowanymi wrzodami, które po większej części poprzedzielane były od siebie znacznymi przestrzeniami, błona śluzowa była najzupełniej od gruzełków wolną; tu i owdzie tylko wypukłały ją wraz z błonami przyległemi dosyć duże, bo przeszło wielkości dużego ziarna grochu, biało-żółtawe, serowate guziki kuliste, których siedliskiem była tkanka łączna podotrzewna. Kilkanaście takich samych guzików nieco tylko spłaszczonych, a nawet jeszcze większych znajdowało się także i w tkance łącznej, położonej pod otrzewną pokrywającą wątrobę. Nigdzie jednak proces gruzełkowy nie doszedł do takiego rozwoju w tym wypadku, jak w gruczołach limfatycznych, i przedewszystkiem krózkowych i śródbrzuszných. Wszystkie one były mniej, lub więcej powiększone: bardzo wiele było takich, które wielkością równały się orzechom laskowym, a niektóre i do objętości śliwki a nawet orzecha włoskiego dochodziły. Bardziej zwiększone były po większej części wskroś serowato zwyrodniałymi, w mniej zaś powiększonych znajdowały się w pośród czerwono-szarego miąższu gruczołowego większe lub mniejsze ogniska serowate wraz z drobnymi biało-żółtawymi gruzełkami, bądź tuż obok nadmienionych ognisk, bądź też opodal od nich położonymi; pojedyncze gruzełki, pospolicie biało-szarawe, dawały się spostrzegać tylko w gruczołach nie większych od ziarna grochu. W śledzionie nie wielka ilość ostrych gruzełków. W przyrządzie moczowym nic godnego uwagi.

Widzimy tedy, iż otwarcie zwłok potwierdziło nasze rozpoznanie, nietylko co do istoty sprawy chorobowej, lecz po części i pod względem jęj postaci. Nie powiem żebyśmy się spodziewali znaleźć tak rozległe zajęcie gruczołów kręzkowych, jakim się ono okazało, ani też takiego stosunku pomiędzy zmianami anatomicznymi w rozmaitych częściach przewodu pokarmowego; nie zawiedliśmy się jednak na tém przypuszczeniu, że w ogóle w trzewiach brzusznych gruczoła dalej jest posunięta, niżeli w płucach. Najzupełniejszą wszakże dla nas niespodzianką były wrzody żołądka: rzecz bardzo naturalna, że wyżej wzmiankowane nudności, których chory zaczął doświadczać na parę dni przed śmiercią, nie mogły być dostatecznym powodem do wzniesienia podejrzenia, że żołądek jest siedliskiem tak ważnych zmian patologicznych.

Od pierwszego rzutu oka na będące w mowie wrzody nie wąpiliśmy, że dały im początek gruźliki; tyle jednak było niezwykłości w całym tym procesie patologicznym, że postanowiliśmy za pośrednictwem ile możności najściślejszego zbadania rzeczy, uchylić wszelką możność czynienia nam zarzutu zanadto pośpiesznego wydawania sądu o wzmiankowanych wrzodach. Mógłby np. kto zarzucić, że wrzodom tym mogły dać początek inne, jakkolwiek podobnież złośliwe nowotwory jak i gruźliki, np. rak, albo rakowiec. Obecnie niepodobnaby już było zasłaniać się przeciwko takiemu zarzutowi obecnością w innych narządach gruźliki, które podług niedawno jeszcze dosyć rozpowszechnionych wyobrażeń, miały wykluczać możność jednoczesnego występowania raków w tym samym organizmie: liczne bowiem niewątpliwe fakta, które sami niejednokrotnie mieliśmy sposobność stwierdzić, obaliły stanowczo nadmienioną teorię. Powyższy zarzut tém bardziej mógłby uchodzić za uzasadniony, ile, jak wiadomo, że i raki następne otrzewnej dosyć często występują w postaci tak drobnych guzków jak gruźliki, a w danym wypadku mieliśmy nadto nowotwory pod otrzewną zwłaszcza wątrobową wielkości ziarna grochu szablatego. Postać wrzodów żołądka, sposób ich szerzenia się, brak właściwej rakom i rakowcom infiltracji, tak na brzegach jak i dnie wzmiankowanych wrzodów, jeszczeby nie były w stanie usunąć wszelkich wątpliwości; wiadomo bowiem, iż jakkolwiek rzadko, dają się wszakże postrzegać takie raki, a przedewszystkiem rakowce, które ulegają tak szybkiemu rozpadowi, że prawie w chwili swego powstawania stają się już przy czyną owrzodzeń. Otóż tego rodzaju nowotwory złośliwe mogłyby bardzo łatwo dać początek wrzodom, podobnym do znalezionych w obecnym wypadku na błonie śluzowej żołądka.

Ma się samo przez się rozumieć, że tylko mikroskop mógł usunąć, wszelkie podobne tym wątpliwości. Co się tyczy tych bardzo licznych drobnych guziczków białoszarych tak opłucnej jak otrzewnej, to badania mikroskopowe od razu najmniej nie przedstawiały trudności: dowiodły one natychmiast gruźlikowej natury tych nowotworów. Inaczej się rzecz miała z tymi większymi guzikami białozółtawymi, znajdującymi się pod otrzewną tak kiszek jak wątroby. Tu mikroskop wykrywał w pośród rozpadowej drobno-ziarnistej masy, zawierającej liczne drobne kropelki tłuszczu, dosyć znaczną ilość przeplatających się cienkich pasemek tkanki łącznej, które bardzo łatwo mogły być wzięte za

podścielisko raka. Badanie wszakże obwodowych części takich ognisk dowiodło, że przestrzenie, znajdujące się między podobnemiż tylko daleko grubsze niż w pośrodku pasemkami tkanki łącznej, wypełnione były bardzo drobnymi, o stosunkowo dużych jądrach komórkami, ulegającemi bardzo prędko rozpadowi; że zatem w mowie będące guziki można uważać za gromadki bardzo drobnych, mikroskopowych że tak powiem gruzełków, poprzedzielanych jeszcze resztkami tkanki łącznej, która im dała początek. W ostatku badania mikroskopowe brzo-
gów i dwa wrzodów żołądka nie pozostawiły najmniejszej wątpliwości o gruzełko-
wem ich pochodzeniu.

Wypadek ten gruźlicy nazwaliśmy rzadkim nie tylko dla tego, że płuca, jakkolwiek u dorosłego, daleko mniej wszakże dotknięte były tym procesem pa-
tologicznym, niż gruczoły kręzkowe i przewód pokarmowy, lecz i dla tego naj-
przód, że w jelicie częściej zmiany właściwe gruźlicy daleko liczniejsze i zna-
czniejsze były, niż w reszcie przewodu pokarmowego, że nadmienione zmiany rosły
w miarę zbliżania się do żołądka, nie zaś odwrotnie jak to pospolicie bywa, prze-
dewszystkiem zaś dla tego, że żołądek także był siedliskiem gruźlicy i to nie
w postaci drobnych, nielicznych gruzełków w części jego odźwierniczej rozprosz-
onych, jak to zwykle miewa miejsce, lecz w postaci dużych i głębokich wrzodów
w części wpustowej. Z całego przewodu pokarmowego żołądek właśnie był czę-
ścią najwięcej sprawą gruźliczą dotkniętą.

W ostatku pod względem klinicznym wypadek ten dla tego godnym jest
uwagi, że pomimo tak znacznych zmian patologicznych w żołądku, nie było ani
bólów dolegliwych w dołku podsercowym, ani wymiotów, ani nawet nudności
wyraźnych; mgliło tylko chorego, jakieśmy o tém wyżej wspomnieli, i to tylko
w ostatnich dwóch dniach jego życia.

Nowy pogląd na warunki anatomiczne wygięcie kręgosłupa.

Napisany przez L. Hirschfelda, Prof. Anatomii Sz. Gł. Warsz.

Kręgosłup jest najważniejszą częścią ciałaśkładu, wchodzi w skład tułowia
i służy niejako za podporę dla najgłówniejszych części ustroju.

Stanowi łodygę kostną elastyczną, złożoną z pojedynczych części, opatrzo-
ną z tyłu kanałem cylindrycznym dla pomieszczenia i ochrony rdzenia kręgo-
wego, a z przodu kolumnę pełną i tęgą, która będąc ośrodkiem ruchów ciała,
przelewa na kończyny dolne ciężar głowy, tułowia i kończyn górnych.

Kręgosłup dorosłego człowieka opatrzony jest trzema wygięciami przednio-
tylnymi i jednym lub dwoma wygięciami bocznymi.

Wygięcia przednio-tylne są ku przodowi wypukłe w okolicach szyjowej
i lędźwiowej, a wklęsłe w okolicy grzbietowej, gdzie przyczynia się do powiększe-
nia obszerności jamy piersiowej, leżącej przed nią; ku tyłowi zaś trzy wygięcia
przedniotylnie są w kierunku odwrotnym. Wygięcia te są zależne jedne od dru-
gich, zmiana bowiem w jednym z nich pociąga takową we wszystkich.

Na części bocznej lewej, przy trzecim, czwartym i piątym kręgu grzbietowym
sposstrzegać się daje, w stanie normalnym, wygięcie z wklęsłością lewą, a niekie-

dy pokazuje się także w okolicy lędźwiowej lekkie wygięcie w kierunku odwrotnym.

U płodu stos kręgowy jest prawie prosty, bo wygięcia niezbędne do utrzymania równowagi ciała tworzą się stopniowo z nabyciem władzy stania i chodzenia, i stają się z wiekiem tem wyraźniejszymi, im bardziej przy pracach cieleśnych lub umysłowych, ciało było pochylone ku przodowi.

Wygięcia podobne uwydatniają się także u zwierząt, które nabyły władzę chodzenia na dwóch nogach.

Wygięcia przednio-tylne kręgosłupa są wreszcie warunkiem większej mocy, bo prawo fizyczne nas uczy, że z dwóch podobnych kolumn z których jedna jest naprzemian wygięta, a druga prosta, pierwsza posiada opór równy kwadratowi z liczby wygięć więcej jeden. Tym sposobem kolumna kręgowa, jako posiadająca trzy przednio tylne wygięcia, będzie zatem dziesięć razy silniejszą niż gdyby była prosta. Chociaż prawo to nie w zupełności zastosować się może do kręgosłupa, jednak jest to rzeczą niezaprzeczoną, że jego wygięcia mają na celu powiększenie oporu.

Jakie są warunki anatomiczne, przyczyniające się głównie do utrzymania tych wygięć? Anatomowie nie zgadzają się pod tym względem. Jedni przypisują te wygięcia nierównej wysokości trzonów kręgowych, w ich częściach przedniej i tylnej, inni zaś, niejednakowej grubości krążków między-trzonowych, a nakoniec ostatni utrzymują, że to zależy zarazem od niejednakowej grubości trzonów i krążków.

Webber, który szczególnież zwrócił swą baczną uwagę na rozwiązanie téj zajmującej zagadki anatomicznej, wyraża się w Encyklopedyi anatomicznej, mniej więcej w następujący sposób:

Wygięcie kręgosłupa zależy nie tylko od niejednakowej wysokości trzonów, które są wyższe ze strony wypukłości, a niższe ze strony wklęsłości stosu kręgowego, ale także od krążków między kręgowych, tworzących rodzaj klinów z podstawą ku wypukłościom a z wierzchołkiem ku wklęsłościom obróconym. Kliny te przymuszają więc trzony do podniesienia się ze strony podstaw, a do zbliżenia ze strony wierzchołków krążków międzytrzonowych, określając linje łukowate wypukłe w pierwszym wypadku, a wklęsłe w drugim.

Największa część anatomów, idąc śladem Prof. Cruveilhiera, przypuszcza że krążki międzytrzonowe z powodu nierównej ich wysokości, przyczyniają się jedynie do utworzenia potrójnego wygięcia stosu kręgowego; ten ostatni wnosi nawet, z licznych własnych dochodzeń, że zboczenia chorobne kręgosłupa zależą po największej części od nierównej grubości krążków — i że skrzywienia powstają zwykle w skutek zgniecenia i zniżenia krążków ze strony pochylonej.

Nakoniec podług twierdzeń niektórych innych anatomów, wygięcia, skierowane wklęsłością swą ku tyłowi, zależą od krążków międzykręgowych, które są niższe z tyłu niż z przodu, a wygięcia z wypukłością ku tyłowi obrócone, jak w okolicy grzbietowej, są zawisłe od samych trzonów kręgowych, będących wyższymi z tyłu niż z przodu, ponieważ krążki międzykręgowe téj okolicy mają jednakową wysokość z przodu i z tyłu.

Rozbierając bliżej tę kwestyę, widzimy że pierwsze zdanie zasadza się na spostrzeżeniu fałszywym, bo podług niejednokrotnie przedsiębranych z wielką starannością miar, widocznej różnicy w wysokości ich powierzchni nie znalazłem. A jeżeli w niektórych szkieletach, pochodzących z osób podeszłego wieku, lekka różnica spostrzegać się daje, jest ona raczej wynikiem samego wygięcia, trzony bowiem są więcej ściśnione, a w skutku tego tem bardziej niżnione ze strony wklęsłości, niż ze strony wypukłości kręgosłupa; a zatem słusznie przypisać im nie można téj znacznej różnicy wygięć kręgosłupa.

Zastanowimy się teraz nad twierdzeniem największej części anatomów nowocześniejszych, którzy wygięcia kręgosłupa jedynie przypisują niejednakowej grubości krążków międzytrzonowych. Zdanie to pozornie lepiej uzasadnione, bo w samej rzeczy, każdy łatwo przekonać się może, że krążki są grubsze ze strony wypukłości, niż ze strony wklęsłości; atoli przekonanie to zniweczonem zostaje doświadczeniem następującem:

Kręgosłup, obnażony ze wszystkich części miękkich z pozostawieniem tylko przyrządu więzadłowego, będąc rozdzielonym na dwie części za pomocą cięcia uskutecznionego na nóżkach i przechodzącego wskroś dziur międzykręgowych, w ten sposób, że z jednej strony mamy przed sobą stos trzonowy (to jest szereg trzonów kręgowych połączonych między sobą krążkami), a z drugiej, stos wyrostkowy (szereg łuków spojonych więzami żółtymi), dwa następujące objawy dostrzedz możemy:

1) Wygięcia okolicy szyjowej, a szczególnie lędźwiowej nikuą prawie zupełnie, bo stos trzonowy wyprostuje się przez zmiany w krążkach, które stają się nawet grubsze ku tyłowi, mianowicie gdzie była wklęsłość, jak ku przodowi ze strony poprzedniej wypukłości.

2) Stos wyrostkowy wyprostuje się, również skurczy i utraci w samej okolicy lędźwiowej $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ części na swój długości.

Co do okolicy grzbietowej, stos trzonowy zamiast wyprostowania się jak w innych okolicach, wygina się jeszcze więcej, a stos wyrostkowy kurczy się nieco mniej.

Do jakiej przyczyny odnieść należy wyprostowanie się stosu trzonowego i kurczenie się stosu wyrostkowego?

Widoczną jest rzeczą, że ta ostatnia własność zależy od wysokiego stopnia rozciągliwości i sprężystości więzów żółtych, zawartych pomiędzy blaszkami stosu wyrostkowego. Więzy te bowiem przedstawiając tyle sprężyn, mniej więcej wyteżonych, dla utrzymywania tułowia w równowadze, w tém doświadczeniu zwolnione zostały. Więzy żółte odgrywają więc tę samą rolę względem kręgów jak więz karkowy tylny (*lig. nuchae*) zwierząt ssących, u których bez niego głowa nie byłaby w równowadze.

Jeżeli stos wyrostkowy wyciągniemy i przedłużymy go aż do wysokości końców stosu trzonowego, to ten ostatni wraca do swego stanu prawidłowego i nabyla poprzednich wygięć.

Jeżeli teraz zbadamy drugą część kręgosłupa, to jest stos trzonowy, widzimy że przy wyprostowaniu jego dwóch wyżej wymienionych okolic, krążki stały

się niższymi ku przodowi, a wyższymi ku tyłowi, co znowu zależy od elastyczności krążków, które nie będąc ciśnione ze strony wklęsłości, wracają do swego stanu normalnego, stają się wyższymi; a przestając być ciągniętymi ze strony wypukłości, wracają także do swego stanu normalnego i obniżają się. Nakoniec zdanie tych, którzy utrzymują że wygięcia kolumny kręgowej zależą zarazem od niejednakowej wysokości i trzonów i krążków, samo upada po zbieciu dwóch pierwszych twierdzeń.

Widzimy więc że wygięcie kręgosłupa zależy od sprężystości więzów żółtych, a jego wyprostowanie, od sprężystości krążków międzytrzonowych, i że te ostatnie są tylko narzędziami biernymi, służącemi do zamieniania stosu kręgowego na łuki sprężyste, a sprawa niejako czynna zupełnie ma swe siedlisko w więzach żółtych, naciągających w sposób cięciwy, łuk elastyczny trzonów.

Jako rzeczywistość tego twierdzenia może posłużyć inne doświadczenie, które można uważać za rodzaj próby. Ciągnać np. w okolicy lędźwiowej jeden koniec cięciwy, czyli stosu wyrostkowego, przytwierdzonego poprzednio drugim końcem do końca odpowiedniego łuku czyli stosu trzonowego, łatwo spostrzedz, że cięciwa przedłużywszy się aż do końca wolnego łuku trzonowego, spowoduje na nowo jego wygięcie, a krążki stają się znowu klinowate.

Co do okolicy grzbietowej, łuk trzonowy posiadając zaledwie ślady sprężystości, z powodu cienkości krążków, a cięciwa będąc opatrzona małą tylko rozciągliwością, bo więzy żółte są prawie w stanie zarodkowym, okolica ta ulega tylko mało znacznej zmianie w pierwszym jak w drugim doświadczeniu. Wygięcie grzbietowe może więc być uważane za łuk stały, służący za punkt oparcia łukom szyjowemu i lędźwiowemu.

Postać tych trzech wygięć może być porównaną do łęku elastycznego z cięciwą sprężystą; jeżeli ta ostatnia będzie przeciętą, wygięcia końcowe wyprostują się, a przez to łuk średni bardziej się wygnie.

Dodać jeszcze możemy, że wygięcie środkowe jest pierwotne, bo pokazuje się najwcześniej, czy to dla powiększenia jamy piersiowej, czy też dla innej jakiegokolwiek przyczyny jak np. położenie płodu w macicy, który ma jak wiadomo tułów łukowato zgięty z wklęsłością przednią. Zgięcie to nie jest wynikiem równowagi ciała, bo znajduje się nawet u osób, które nigdy nie chodziły i zawsze zostawały w ułożeniu poziomem.

U starca krążki międzykręgowe szyjowe, a zwłaszcza lędźwiowe tracą swą giętkość i sprężystość, stają się suchymi i kruchymi, nabywają niejakiego podobieństwa do krążków międzytrzonowych grzbietowych dorosłego, w których giętkość i sprężystość nie mogąc być utrzymywaną przez ruchy, będące mało znacznymi, stają się twardymi i cienkimi. Wreszcie sprężystość więzów żółtych i krążków jest zawsze w stosunku prostym do giętkości i ruchliwości kręgosłupa, który nie posiada równiej ruchliwości w swych trzech okolicach.

Najbardziej ruchliwa jest okolica szyjowa, następnie lędźwiowa, a okolica grzbietowa stoi najniżej pod tym względem.

Sprężystość ta powinna być z tego powodu bardzo wielka w okolicach szyjowej i lędźwiowej, gdzie się skuteczniają wszystkie ruchy, a prawie nieznaczna w okolicy grzbietowej, gdzie nie wykonywa się prawie żadnych ruchów.

Stos grzbietowy zachowuje się tym sposobem jakby był z jednej utworzony kości, ponieważ jego krążki nie posiadają dość siły do podniesienia trzonów kręgowych, a tém samém więzy żółte nie mogą wywierać nań wielkiego wpływu. —

W skutek takiego usposobienia okolica grzbietowa nie posiadając własnych ruchów, wykonywa tylko te, które jęj przez inne okolice udzielone zostaną.

Wreszcie żebra i mostek przeszkadzają zgięciu i nachylaniu bocznemu, a układ dachówkowaty wyrostków ciernistych nie dozwala rozciąglých ruchów wyprostnych. Nadto układ dachówkowaty tych wyrostków zabezpiecza rdzeń kręgowy tęg okolicy daleko lepiej od obrażeń zewnętrznych, aniżeli w innych okolicach. Narzędzia sieczne i kłujące w skutek tego nie dosięgną do niego tak łatwo.

Przypisywano zmniejszenie wzrostu ciała z powodu nadmiarowego lub ciągłego stania i chodzenia, przez opadnięcie krążków międzytrzonowych. Opadnięcie to jest rzeczywiste, zdaje mi się, że zależy raczej od rozprężenia więzów żółtych znużonych nieprzerwaném działaniem, co dozwala częściom: przednim krążków międzytrzonowych zniżyć się.

Wygięcie boczne lewe zależy, podług B o y e r i jego zwolenników, od położenia aorty w tęg stronie, a podług B i c h a t'a i C r u v e i l h i e r od przewagi prawég ręki nad lewą; przewaga ta przymusza część górną tułowia do pochylenia się na lewo w celu dostarczenia punktu oparcia i utrzymania równowagi kończyny górnég prawég. Pochylenie to często powtarzane, sprawia nakoniec wygięcie stałe na lewo.

B é c l a r d przyjmuje chętnie zdanie tych ostatnich autorów, zwłaszcza że miał sposobność przekonać się na mańkutach, którzy mieli wygięcie boczne prawe.

Ostatnie zdanie i ja przenoszę; wygięcie boczne lewe, zależy rzeczywiście od częstego pochyłania się, które było przyczyną stopniowego kurczenia się więzów żółtych ze strony wklęsłości i spółcześnie rozszerzenia takowych ze strony odwrotnég.

Niekiedy widzieć można wygięcie boczne lędźwiowe z wypukłością lewą, co jest również wynikiem równowagi i może być objaśnione sposobem podobnym.

Streszczając to, cośmy dotąd wykazali, widzimy że więzy żółte są dla kręgow tem, czém wiąż karkowy (*lig. nuchae*) dla głowy zwierząt czworonożnych. Jak u tych ostatnich wiąż karkowy przeznaczony jest do utrzymania głowy w równowadze, tak więzy żółte człowieka mają za główny cel utrzymywać wygięcia prawidłowe stosu kręgowego i sprzeciwiać się wszelkim zboczeniom w różnych ruchach ciała, tak, że więzy żółte stają się silnemi narzędziami pomocniczemi stania i chodzenia.

2) Że anatomowie już oddawna usiłowali objaśnić wygięcia prawidłowe kręgosłupa, rozmaitymi warunkami wziętymi z układu anatomicznego różnych części kostnych i włóknistych kręgosłupa, ale śmiało rzecz mogę, iż żaden przedemną nie oparł swego zdania na doświadczeniu tak łatwem do powtórzenia i stwierdzenia, ażeby można naocznie przekonać się i przyznać mu wartość niezaprzeczoną

Wkraczając teraz w dziedzinę hipotezy możemy przypuścić: że jeżeli stan prawidłowy więzów żółtych niezbędny jest do zachowania wygięć kręgosłupa, a w skutku tego równowagi, to rozluźnienie lub skurczenie tych więzów objawić się powinno nieładem w wygięciach i być powodem różnych zbroczeń chorobnych. Spostrzeżenia robione na osobach osłabionych lub rachitycznych utwierdzają mnie w tem mniemaniu.

Można powiedzieć, że u nich zbroczenie kręgosłupa jest wynikiem różnych obrażeń więzów żółtych. Rozprężenie tych więzów powinno sprawić ciśnienie, zniżenie, ubytek i nawet zupełne zniknięcie krążków strony odwrotnej. Tym sposobem powierzchnie kostne znajdują się w bezpośrednim zetknięciu, zużywają się i przechodzą w zanik (atrophia) lub w owróżdzenie (caries).

Zapratywanie się takowe na zbroczenia kręgosłupa naprowadza na myśl nowo zastosowane środki terapeutyczne, jak np. ćwiczenia gimnastyczne, różne podstawy przymusowe w kierunku odwrotnym do zbroczenia, rozmaite przyrządy i t. d.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Empyema u dziecka jedenastomiesięcznego. Thoracocentesis. Wyzdrowienie.

Przez Dr. S. Witkowskiego.

Jedną z operacyj eo do których najspieczniejsze różnemi czasy wygłaszane były zdania i które obecnie nawet liczą tak bezwarunkowych przeciwników, jak i zapamiętałych stronników jest bezwątpienia operacya otworzenia klatki piersiowej (paracentesis thoracis, Thoracocentesis). Operacya ta znaną jest od bardzo dawna. Jeszcze Hippokrates radzi otwierać klatkę piersiową za pomocą rozpalonego żelaza, a wskazane przez niego miejsce wyboru prawie bez zmiany dotąd się utrzymało. Galen robił tę operacyę przez przecięcie ścian klatki. Paré wynalazł właściwego kształtu żelazo do wykonywania jęj sposobem Hippokratesa. Lignet na początku 18 wieku otwierał klatkę piersiową tak jak Gallen przez przecięcie jęj ścian. W naszym już wieku niejednokrotnie wykonywali tę operacyę Fretau, Delpech, Heyfelder starszy. W roku 1835 w Anglii, Thomas Davies był gorliwym propagatorem jęj wykonywania przy Hydrothorax i Empyema, szczególnie u dzieci. Lecz w roku 1836 najznakomitsze ciało uczone w Paryżu, to jest Akademia Nauk na przedstawienie Dra Le Fort, który zebrał z własnej i innych praktyki liczne obserwacye tego rodzaju, smutnym zakończone rezultatem, oświadczyła się większością głosów przeciw jęj wykonywaniu. Dopiero w roku 1841 Sedillot a później Trousseau u pomysłuemi swemi wypadkami znowu zwrócili na nią uwagę lekarzy we Francyi.

Według Dra Guinier z Montpellier, wykonywane dotychczas operacye tego rodzaju dotyczą głównie osób dorosłych, rzadziej robiono je u dzieci; z pomiędzy zaś operacyj robionych u dzieci, najwięcej miało miejsce u dzieci starszych między 6 a 8 rokiem życia, u młodszych zaś i niemowląt, przystępowano do nich bardzo rzadko; literatura zaś francuzka nie obejmuje ani jednego wypadku w którymby otworzenie klatki piersiowej u niemowlęcia, pomyslnym było uwiecznione skutkiem; wypadki bowiem ogłoszone w roku 1852 przez Marotte'a a w roku 1864 przez Archambault'a i Roger'a odnoszą się do starszych już dzieci.

Taki to wypadek wykonanej z pomyslnym skutkiem operacyi otworzenia klatki piersiowej u jedenasto-miesięcznego dziecka, pozostającego jeszcze przy piersi, ogłasza w roku bieżącym Dr. Guinier (Gazette Hebdomad. 1866 N. 3. 4.). Dziecko to na początku marca 1863 roku, dostało gorączki z exacerbacjami wieczornemi bez żadnych zmian miejscowych w organach, która po 4-ch dniach przy użyciu kalomelu oraz siarozanu chininy ustąpiła. Pię-

tego dnia w obec lekkiego napadu gorączkowego, dziecko zaczęło trochę kaszlać, śledzenie zaś klatki piersiowej wykryło krepitację, oraz lekkie stępienie odgłosu w dole podgrzebieniowym lewym, a nazajutrz w tenże miejscu dał się słyszeć na małej przestrzeni oddech oskrzelowy. Po przyłożeniu wezykatoryi w miejscu zajętym, stan dziecka szybko się poprawił, oddech oskrzelowy zniknął, kaszel się zmniejszył, gorączka ustąpiła, apetyt wrócił, pozostało tylko trochę rzeżeń wilgotnych w płucach. Po paru dniach wszakże wystąpiło znowu nieco gorączki, przyczem Dr. Guinier zauważył, że dziecko przy położeniu na prawym boku trudniej oddycha i przelyka, a poniżej łopatki lewej dostrzegł zupełną tępość odgłosu i szmer oddechowy stłumiony, co naprowadziło go na przypuszczenie nagromadzenia płynu w worku opłucnej lewej. Następných dni tępość zwiększała się, kaszel i duszność były bardzo dokuczliwe, leżenie na prawym boku prawie niemożliwe. Trzy wezykatorye latające, sprowadziły tylko krótkotrwałe polepszenie; objawy duszności zwiększały się; dziesiątego dnia wystąpiła silna gorączka ze zmianą rysów twarzy, oczy zapadły, cera przybrała odcień ziemisty. Lewa połowa klatki piersiowej wyraźnie wyniesiona, ruchy żeber z tej strony mniej wydlatne.

Gdy stan ten z postępem czasu coraz się pogorszał, prawie zupełne zniesienie funkcji lewego płuca groziło zaduszeniem, śledzona została zepchnięta poniżej żeber, a serce aż na prawą stronę mostka; Dr. Guinier 28 marca przystąpił do operacji, którą wykonał za pomocą podskórnego przekłucia trójgrańcem Guerin'a w miejscu wyboru. Po wyciągnięciu sztyletu trójgrańca, wypłynęła rurką znaczna ilość materji biało-zielonawej, surowiczorojnej, rzadkiej, bezwonnej, czemu towarzyszył kaszel przerywany; — przy każdym napadzie kaszlu i przy krzyku dziecka rzut ropy się powiększał, a gdy rzut ten stał się przerywanym, rurka wyciągnięta została, poczem pomimo różnicy położenia otworów w skórce i opłucnej wypłynęło jeszcze dosyć ropy, tak iż razem zebrano jej około 500 gramów.

Zaraz po operacji serce i śledzona wróciły do normalnego położenia, w górnej części lewej strony klatki dał się słyszeć wyraźny szmer oddechowy, duszność prawie zupełnie ustąpiła, dziecko ssało dobrze, a nawet parę godzin spokojnie spać mogło. Wieczorem i dnia następnego miał miejsce jeszcze obfity odpływ ropy, lecz kręgosłup który dotąd wydawał się prostym przedstawił wyraźne skrzywienie ku stronie lewej. Trzeciego dnia po operacji, ranka zewnętrzna zablizniła się, że jednak pewna ilość ropy jeszcze pozostała w opłucnej, przeto w 13 dni po pierwszej operacji, w miejscu odpowiadającem otworowi wewnętrznemu, gdzie czuć można było wyraźną fluktuację, trzeba było zrobić za pomocą cięcia nowy otwór, którym wypłynęło jeszcze, około 90 gramów płynu z początku ropiastego, potem surowiczego. Dnia 18 po operacji, na całej przestrzeni lewej połowy klatki piersiowej szmer pęcherzykowy był wyraźny, wkrótce też i powtórna ranka się zablizniła a polepszenie w stanie ogólnym dziecka ciągle postępowało, skrzywienie kręgosłupa ustępowało zwolna bez żadnego leczenia i w początku listopada zaledwie już wyczuć się dawało.

Co do znaków charakterystycznych, ułatwiających rozpoznanie w samym początku choroby, Dr. Guinier uważa za takie stępienie tonu na stronie chorj klatki piersiowej, modyfikacje w szmerach oddechowych i niemożność leżenia na stronie zdrowej, lubo ostatni znak jest patognomonicznym tylko u małych dzieci, u osób zaś dorosłych niejest stałym, na co zgadzają się także Heyfelder, Marotte, Brotherton, Blache, Trousscau, Morganti. Gorączka występuje niekiedy dopiero pod koniec. Powiększenie objętości chorj połowy klatki, oraz przemieszczenie organów ma miejsce już przy daleko posuniętej chorobie. Im dziecko jest młodsze, tém prędzej zdaniem Dr. Guinier wytwarza się ropa w opłucnej, a zatem z operacją długo czekać nienależy. W ogóle przyjmuje za zasadę, że u dzieci przy piersi wylewy w opłucnej trwające dłużej niż dni 4 bez okazywania skłonności do rozejścia się, przechodzą w ropienie i powinny być sztucznie wypuszczonemi; gdyż na resorbcję dobrowolną niemożna liczyć, a dobrowolne otworzenie się i opróżnienie ropnia opłucnej, czy to przez płuca czy przez zewnętrzną ścianę klatki piersiowej, stawia chorego w gorszych jeszcze warunkach. W wypadkach smutnie zakończonych, śmierć zwykle jest następstwem wycięcia lub komplikacji, a nie samj operacji, której nie uważa ani za zbyt ciężką, ani niebezpieczną, zwłaszcza gdy się ją robi u dzieci, i przez punkcję podskórną.

Wprawdzie według statystyki zebranej przez Dr. Bowditch z Bostonu, na 75 chorych u których robioną była punkcja klatki piersiowej, wyzdrowiało tylko 29; w téj zaś liczbie było operowanych w skutek wylewów surowicznych 26, z których wyzdrowiało 21, a w skutek wylewów ropnych 41, z których wyzdrowiało 8miu, lecz cyfry te odnoszą się do chorych różnego wieku; być może że statystyka operacyj robionych tylko u dzieci małych przedstawiałaby lepszy rezultat. (*Gazette des Hôpitaux* 1863. N. 141.).

Roser twierdzi (*Archiv. d. Heilkunde* B.I. vi. 33), że trzygłównie okoliczności wstrzymują o! częstszego wykonywania téj operacyi, a mianowicie:— obawa wejścia powietrza do jamy opłucnej,—wątpliwość co do zdolności płuc rozszerzania się na nowo po operacyi,—obawa recydywy.

Co do pierwszego zdania są podzielone. Sam Roser przyznaje, że wejście powietrza może być szkodliwem przy wylewach surowicznych i nie rozpadających się, zaś przy nagromadzeniu w opłucnej płynu posokowatego, uważa powietrze za najlepszy środek desinfekeyjny i radzi nawet nadmuchiwać je w takim razie do jamy opłucnej za pomocą kateteru. Gosselin jest zupełnie przeciwnego zdania, utrzymuje bowiem (*Séance de l' Académie de Méd.* 8 Août 1865. *Arch. Gén. de méd.* 1865. II. pag. 356.), że przy wylewach surowicznych wejście powietrza nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, przy ropnych tylko jest szkodliwem, bo może spowodować rozpad ropy. Wreszcie Guinier jakkolwiek zaleca starać się o nieopuszczenie powietrza do jamy opłucnej, przyznaje wszakże, że często jego wejście nie spowoduje złych skutków. Z tak sprzecznych zdań można zdaje się wyprowadzić wniosek, że jakkolwiek wejście powietrza do worka opłucnej po operacyi otworzenia klatki piersiowej, może czasem wywołać rozpad zawartych w niej płynów i septicemię, wszakże następstwo to nie jest zawsze koniecznem ani zbyt częstém, i zależy więcéj od warunków organizmu niż od wpływu powietrza.

Co do drugiego, elastyczność płuc u dzieci dłużej się utrzymuje aniżeli u dorosłych. Morgantii i Marotte robili Thoracocentesis u dzieci d. 37 i 40 od początku wystąpienia Empyematu, a jednak płuco zaraz po operacyi dobrze się rozszerzyło. Dawność więc nagromadzenia płynu nie stanowi przeciw-wskazania do operacyi u dzieci.

Wreszcie co do trzeciego i recydywy zdaniem p. Gosselin, najwięcéj ma miejsce przy operowaniu w skutek wysięków surowicznych za pomocą cięcia, co jak mniema jest skutkiem przeniesienia się zapalenia ropnego z rany na opłucną, lub drażnienia téj ostatniej przez ropę, która z rany spływa ku wewnątrz. Ta więc przyczyna recydywy łatwo usunąć się daje, operując nie przez cięcie lecz przez punkcję podskórną, po której rana nie ropieje.

Powyższe zasady wsparte obserwacyą Dra Guinier skłaniają do zgodzenia się na jego wnioski; — mianowicie:

1. że operacya Thoracocentesis nie przedstawia sama przez się u małych dzieci wielkiego niebezpieczeństwa, i robioną być powinna przy nagromadzeniach płynu w jamie opłucnej, które po kilku dniach trwania, nie okazują skłonności do resorbeyi,
2. że długość trwania choroby u dziecka nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, i wreszcie
3. że metoda operowania za pomocą punkcyj podskórnych powinna w tym razie mieć pierwszeństwo przed inem.

O rozszerzeniu żołądka podług Oppolzera.

Rozszerzenie żołądka jest chorobą nadzwyczaj często napotykaną; uważać ją należy jako następstwo innych chorób: najczęściej jako następstwo obezwładnienia (paralysis) błony mięsowej żołądka, następnie jako następstwo zamknięcia albo zwężenia czy to odźwiernika (pylorus), czy też dwunastnicy.

W obu przypadłościach pokarmy spożyte nagromadzają się w żołądku, bo nie mogą się z niego drogą prawidłową wydalić, zamknięcie bowiem odźwiernika lub tylko zwężenie jego stawia mechaniczny opór; a ubezwładniona błona mięsowa straciła przynależną jej siłę kontrakcyjną, wyrzucającą. Nagromadzone więc pokarmy i coraz to więcéj się nagromadzające już same przez się są w stanie rozszerzyć żołądek i w takim go stanie utrzymać; przyczyniają się do tego niemało jeszcze gazy, które się w samym żołądku wytwarzają.

Ubezwładnienie błony mięsiowej powstaje najczęściej po długo trwałym niezycie żołądkowym, który bezpośrednio za sobą pociąga albo zwodnienie (oedema) błony mięsiowej albo przemianę jej w tłuszcz; albo pozostałości zostawia w tkance łącznej zgęszczając ją tak, że ta zgrubiała ruchy ściągające tamuje.

Podobnie może obezwładnienie błony mięsiowej powstać w skutek zapalenia części otrzewnej pokrywającej żołądek, w skutek silnej gastritis, zapalenia błony śluzowej, wreszcie w skutek silnej durzycy (typhus), silnej gorączki połogowej, septicemii, ostrych wysypek, silnej ospy, silnej szkarlatyny i t. d.

Odźwiernik może być zwężonym lub zupełnie zamkniętym po niezycie, jeżeli tkanka łączna pod błoną śluzową się znajdująca jako téż i błona śluzowa w większych rozmiarach zgrubiała, gruczołki wydzielające pepsynę powyrastały. Oprócz tego nowotwór, jakiś, jak rak, fibroid, tłuszczak zajmujący miejsce w bliskości odźwiernika zwięża go lub zamyka zupełnie.

Zwężenie może być dalej spowodowanem przez blizny, które powstały po spożyciu trucizn, jak kwasu siarczanego, potażu, żrących środków, po wrzodach, tak częstym wrzodzie okrągłym (ulcus rotundum).

Narośle w jamie brzusznej, wątrobie, trzustce, gruczołach poza otrzewną mogą tak silny wywierać nacisk na odźwiernik, że tenże nie tylko zwężonym, ale nawet wcale nie przepuszczalnym się stać może. Narośle te więcéj są niebezpiecznymi, jeżeli kierunek ich parcia jest z tyłu ku przodowi, niż na odwrót, z przodu ku tyłowi: w ostatnim razie bowiem nacisk nie jest tak silnym, gdyż ulegają mu oprócz organu naszego i ściany brzuszne, które się uginają, co miejsca mieć nie może w pierwszym razie, gdzie kolumna pacierzowa silny opór stawia.

Podobnie jak z odźwiernikiem dzieje się i z dwunastnicą; i tu mogą blizny, narośle, nitki po zapaleniu obrzusznej pozostałe doprowadzić zwężenie do skutku.

W takim więc stanie rzeczy żołądek uleść musi rozszerzeniu, prędzój czy późnój, w większych lub mniejszych rozmiarach; bywały wypadki, że doszedł do bajecznie wielkości, bo sięgał aż do spojenia łonowego.

Na pierwszy rzut oka spostrzedz można u człowieka mającego rozszerzenie żołądka niezwykłe wydęcie brzucha, szczególniej części żołądkowi przynależnej. Macająca ręka przekonywa się o miękkości, elastyczności i fluktuacyi tegoż wzgórza, które, jeżeli silnój w jednym poruszamy miejscu wydaje hałas pluskania, podobny do tego, jaki słyszymy, jeżeli naczynie płynem jakimbądź napełnione poruszamy. Perkusya wykonana na leżącym chorym okazuje w wyższej części jasny bębnowy głos, a w dolnej silnie przytłumiony. Przytłumienie to przechodzi znowu w głos bębnowy odpowiedni kiszkom poniżej żołądka leżącym.

Objawy perkusyjne nie są te same, jeżeli chorego na bok położymy, np. na prawy, wtedy bowiem usłyszymy głos bębnowy po lewej stronie a przytłumiony po prawej, co przekonywa nas, że żołądek w części gazami jest napełniony, w części płynami i massami stałemi.

Nadzwyczaj rzadko napotykać można na żołądek rozszerzony tak, by był cały napełniony tylko massami stałemi, tém samém, by przy perkussyi tylko przytłumiony głos uszu naszych dolatywał. Auskultując organ, o którym mowa, usłyszyni szum i pękanie jakby małych pęcherzyków.

Pochodzi to ztąd, że w massach wypełniających zaatakowany żołądek mnóstwo sarcinów się tworzy, które ciśnienie mass powodują, w skutek czego niedokwas węglany, a może i inne gazy przez płyny przedrzeć się usiłują, a przedarłszy się w kształcie pęcherzyków pękają.—

Chorzy narzekają, że zbyt pełnymi się czują, że ich ciśnie na dołku, że im się często odbija, przyczem kwaśny smak pozostaje, że chcieliby zwracać, że często im tenu brak i t. p.

Przyczyną tych wszystkich narzekań jest, że żołądek przez płyny i gazy rozszerzony niezwykle wywiera parcie na przeponę i sąsiednie organa, bo i wątroba wyżéj jest wypartą, i serce leży wyżéj i więcéj poziomo, jak w prawidłowym stosunku, o czem się przekonywamy macając bicie serca, które zwykle na lewo od brodawki sutkowej wyczuć się daje. Oprócz wzwyż wymienionych objawów spostrzedz można u chorych więcéj krwistych objawy cyanotyczne. Po wymiotach chorzy zwykle lepiéj się czują; wtenczas nie tylko subiektywne objawy ustępują, ale nawet obiektywne: głos przytłumiony okazuje się przy perkussyi w mniejszych

rozmiarach. Massy zwrócone, brudno-żółty płyn, są pomieszane z szumowinami; w osadzie brunatnym znajduje się mnóstwo sarcinów, t. j. komórek mających tę własność gromadzenia się w cztery, 16, i t. d. by takim sposobem utworzyć kształt kostki (cubus).

Nie wszyscy chorzy narzekają na zbytęcną pełność w żołądku, są także tacy, którym się zdaje, że żołądek ich jest próżnym, cierpią głód, w skutek czego jedzą bardzo wiele, a najadłszy się ociężałymi się stają, oddychać jak się należy nie mogą i t. p., po wymiotach dopiero wolniejszymi, zdrowszymi się uważają.

Jeżeli obezwładnienie błony mięsowej było powodem rozszerzenia żołądkowego, to po wyleczeniu choroby pierwotnej jako przyczyny obezwładnienia może błona odzyskać siłę ściągającą, chociaż niezupełnie prawidłową; skoro zaś cierpienie to usunąć się nie da, lub kiedy odźwiernik jest zamknięty, natenczas rozszerzenie postępuje coraz to dalej, trawienie ustaje, hydrops się dołącza i chorzy umierają.

W bardzo wielkiem rozszerzeniu żołądka mogą naczynia krwionośne popękać, w skutek czego nadżarcia (erosiones) powstają, wtedy cierpi dużo odżywianie błony śluzowej, i już za życia mogą się objawiać oznaki rozmiękania.

Rozpoznać chorobę o której mowa, nie jest zbyt trudno, szczególnie jeżeli zwrócimy uwagę naszą na objawy perkusyjne; i auskultacyjne; omyłka zachodzić tylko może w rozróżnieniu od wysięku rozlanego w jamie brzusznej, zwłaszcza jeżeli rozszerzenie już do większych posunięte jest rozmiarów.

Omyłki tej jednakowoż z łatwością każdy badacz uniknie, skoro będzie miał na uwadze okoliczność tę, że przy rozszerzeniu perkusyjny głos przytłumiony jako też pluskanie więcej ograniczone miejsce zajmują jak przy wysięku rozlanym, a zupełnej pewności nabierze, jeżeli auskultując usłyszy owy szum i pękanie pęcherzykowe. Rokowanie zależy dużo od tego, czy cierpienie pierwotne jest do uleczenia, lub nie, czy żołądek jest rozszerzony w mniejszych lub większych rozmiarach.

Samo się przez się rozumie, że żołądek niezbyt wielce rozszerzony, mający jako przyczynę uleczalne pierwotne cierpienie, może wrócić do dawnego prawidłowego stanu.

Leczenie powinno być zastosowane głównie do cierpienia pierwotnego. Należy przytém unikać pokarmów mącznych i cukrowych, ponieważ z nich, jeżeli długo pozostają w żołądku, kwasy mleczne czasami i octowe się wytwarzają. Chcąc temu choć w części zapobiedz, należy dawać wielkie dawki sody (natrum bicarbonicum) lub téż soli kuchennej, a jeżeli te okażą się bezskutecznemi to: R. P. Olei Crocoti gutt. quinque Pulv. et Extr. liquiritiae aa q. s. ut f. pil vigint; S. codziennie podczas obiadu jedną pigułkę zażyć.

(Wien: med: Wochenschrift. Nr 28 i 29. r. 1867.)

Dr. Tabaczyński.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Marzec r. 1867.

	Chrześcian.			Starozakonných.			Ogółem.
	męskiej,	żeńsk.	łąci razem.	męskiej,	żeńsk.	łąci razem.	
Urodziło się:							
z małżeństwa	141	132	273	45	37	82	355
z stanu wolnego	12	9	21	—	—	—	21
podrzuceno	57	63	120	—	—	—	120
Razem	210	204	414	45	37	82	496
Umarło: od 0 — 1 roku życia	87	90	177	38	35	73	250
„ 2 — 7 „	41	33	74	17	11	28	102
„ 8 — 20 „	11	11	22	1	2	3	26
„ 21 — 60 „	105	75	180	25	16	41	221
„ 61 — 80 „	42	39	81	12	7	19	109
„ 81 — 100 i dalej	5	2	7	2	1	3	10
Razem	291	250	541	95	72	167	708

W tym miesiącu urodziło się przeto o 40 osob mniej niż w Lutym, a o 212 osób mniej niż umarło, a że ta różnica wynosiła w zeszłym miesiącu tylko 48, więc w tym miesiącu powiększyła się o 174. To obniżenie się liczby urodzeń trzeba głównie przypisać zmniejszonej liczbie urodzeń z małżeństwa, u chrześcian o 13, u starozakonných o 19; ze związków nieślubnych urodziło się nawet o $\frac{1}{2}$ mniej niż w zeszłym miesiącu, t. j. mniej o 10, gdy tymczasem liczba podrzutek zwiększyła się o 2. W ogóle, podrzutki stanowią w tym miesiącu

więcej niż $\frac{1}{4}$ całej liczby urodzeń, a wraz z dziećmi nieprawego łoża $\frac{2}{7}$ całej liczby; a biorąc jedynie liczbę urodzeń u chrześcian więcej niż $\frac{1}{2}$ tej liczby. Stosunek liczby urodzeń u chrześcian i starozakonnych zmniejszył się jeszcze bardziej w tym miesiącu na niekorzyść ostatnich. Wynosi on bowiem zaledwie 16,5 : 100 ogółu urodzonych, gdy tymczasem stosownie do ludności obu powinien on wynosić przynajmniej 33 : 100, tém więcej, że u starozakonnych zawiera stosunkowo więcej stad małżeńskich niż u chrześcian.

Śmiertelność tego miesiąca jest o 124 wypadków większa aniżeli w zeszłym, co w części przynajmniej przypisać należy i temu, że ten miesiąc jest o 3 dni większy niż Luty. Pomimo to śmiertelność w tym miesiącu była większa, bo w Lutym wypadło w przecięciu 20,86 wypadków śmierci na dzień, gdy tymczasem wypadła w Marcu po 22,84 na dzień a zatem o 2 wypadki prawie więcej. Zwiększenie to śmiertelności pada głównie na niekorzyść chrześcian, u których wynosi ono 107 wypadków więcej, gdy tymczasem u starozakonnych tylko 17. Śmiertelność w stosunku obu tych ludności do siebie jest również na niekorzyść chrześcian, z których umarło 77 : 100 prawie, gdy tymczasem starozakonnych tylko 23⁰/₀, co stanowi więcej jak 10⁰/₀ mniej niż stosunek obu ludności wynosi. Porównyując stosunek śmiertelności obu ludności do liczby ich urodzeń w tym miesiącu, okaże on się jednak cokolwiek korzystniejszy dla chrześcian. U tychże umarło bowiem na 100 urodzonych w ogóle 130; t. j. umarło o 30 osób więcej niż się w tym miesiącu urodziło, na 100 zaś urodzonych z małżeństwa dopiero 100, t. j. dwa razy tyle więcej jak się urodziło; u starozakonnych zaś umarło na 100 urodzonych blisko 204 osób, czyli o 104 osób więcej, t. j. o 4 osób więcej niż u chrześcian w stosunku do urodzeń z małżeństwa, a o 74 więcej na sto w stosunku do całej liczby urodzeń u nich.

Liczba dzieci *nieżywo* urodzonych zmniejszyła się w tym miesiącu o 3, wynosi bowiem w ogóle 14. Z tych przypada 9 na chrześcian 5 na Starozakonnych. Zmniejszyła się zaś u tych o 2, u pierwszych o 1; co stoi widłocznie w ścisłym związku z ogólnym stosunkiem zmniejszenia urodzeń obu ludności. Liczba zaś zmarłych dzieci w 1-ym roku życia pozostała liczebnie ta sama: 236, co przy zmniejszonej tak znacznie ogólnej liczbie urodzeń dowodzi, iż śmiertelność tego wieku w tym miesiącu wzrosła. Liczba zmarłych dzieci w 1-ym roku życia wraz z nieżywo urodzonymi stanowi w tym miesiącu 50⁰/₀, czyli połowę całej śmiertelności, a bez nieżywo urodzonych 47,6⁰/₀. Niemożna tej wysokiej liczby policzyć nawet na karb podrzutków, bo liczba tychże wynosi tylko 14 i stanowi około 11,7⁰/₀ podrzucanych dzieci w tym miesiącu. Co do stosunku obu ludności, to tenże pozostał ten sam, co i w zeszłym miesiącu t. j. 168 chrześcian, a 68 starozakonnych; czyli u chrześcian 44. 7⁰/₀ nowo urodzonych, a u starozakonnych 83. 4⁰/₀ nowonarodzonych; różnica o połowę prawie większa. W porównaniu z miesiącem Lutym ten stosunek pokazuje u chrześcian małe zmniejszenie (47,6 : 50) u starozakonnych zaś znaczne pogorszenie (83,4 : 66,6). Okres życia od 2-0-7-0 roku przedstawia 102 wypadki, z których w przecięciu 17 przypada na każdy rok życia, a zatem o 5,3 mniej niż w zeszłym miesiącu. Zwiększenie liczby śmiertelności w tym miesiącu przypada więc na resztę okresów. Mianowicie u chrześcian zmarło z tego okresu znacznie mniej, bo o 22 osób, u starozakonnych tylko o 4. Największe pomnożenie śmiertelności przedstawia okres *czwarty* t. j. od 21- 60 r. życia. Liczba 221 jest o 79 większa niż w zeszłym miesiącu. Na jeden rok tego okresu przypada 5,3 wypadków śmierci w przecięciu, w zeszłym miesiącu zaś tylko 3,55. To powiększenie jest na niekorzyść chrześcian, z których zmarło w przecięciu dziennie 4,3 (w. z. m. tylko 2,85), starozakonnych zaś 1, a zatem tylko o 0,3 więcej od zeszłego miesiąca. *Piąty* okres przedstawia również znaczne zwiększenie śmiertelności, bo o 60 osób (100 : 40). Przypada w nim w przecięciu 5 wypadków śmierci na jeden rok życia, i również na niekorzyść chrześcian bo 4 : 1 starozakonnych, gdy tymczasem w zeszłym miesiącu był ten stosunek, jak 1,45—0,54. *Trzeci* okres życia przedstawia również zwiększenie śmiertelności o 9 wypadków i to wyłącznie u chrześcian. Nawet i w *ostatnim* okresie zmarło 5 osób więcej niż zeszłego miesiąca. Tutaj zmarł jeden chrześcianin w wieku 100 lat, starozakonny w wieku 97 lat, 1 mąż. chrz. w 96, 1 kob. chrz. w wieku 94 lat, 1 chrz. i 1 kob. staro. w 90 latach, 1 mąż. i kob. chrz. w 87 l. 1 starozakonny w 84 lat i jeden mąż. chrz. w 83 latach.

Co do *form chorobnych*, to największa śmiertelność przypada na *suchoty*; przedstawia, ona bowiem 154 wypadków, to jest $\frac{1}{3}$ całej śmiertelności ludności nad 1 rok życia mającej o 43 wypadków więcej niż w zeszłym miesiącu. *Tyfus* pozostał w tejże samej sile, t. j. 90

wypadków. Choroby *zapałne* zwiększyły się cokolwiek t. j. o 16 wypadków, liczą 72. Prócz tego pada jeszcze największa liczba, 36 — na choroby wysypkowe i 33 na tak zwany *Marsmus senilis*, o 16 więcej niż w Lutym. Z wycieńczenia umarło 11 osób, z choroby położowej 11, o 5 więcej niż w Lutym, *obłąkanych* 7, chorych na *raka* 6, na *puchlinę wodną* 8, na *porażenia* 5, śmierci nagłych było 12, samobójstw 1, śmierci wypadkowych 3.

Co do *zatrudnienia*, to największy kontyngens do śmiertelności tego miesiąca dostarczyło zatrudnienie *wyrobnicze* 148 (o 47 więcej), *rzemieślnicze* 131 (15 więcej), *handlujących* 124 (o 9 więcej). Z *urzędników* zmarło 78 (o 2 więcej), ze *sług* 72 (o 15 w., niż w Lutym) z *obywateli* 57 (o 10 więcej), z b. *wojskowych* 46 (o 17 więcej), z zatrudnienia *fabrycznego* 30, *żebraków* 8 i *podrzutków* 14. Z całej téj liczby umarło w szpitalach 208 osób, t. j. o 47 osób więcej niż w Lutym.

Dochodzeń *sądowo-lekarskich*, odbyto w tym miesiącu 28, z których największa liczba (9) na płodach lub dzieciach nieżywo-narodzonych, a 6 wyp. z apopleksyi. Prócz tego nastąpiła w 3 wypadkach śmierć w skutek następstw przejechania, a w 1 w skutek spadnięcia z 2go piętra i wstrząśnienia mózgu. W 3 przypadkach przyczynę śmierci okazały się cierpienia płuc, w 1ym choroba serca, w 2ch wypadkach ogólne wycieńczenie ciała, w 1ym zgnilizna wysoko posunięta niepozwoila zbadać przyczyny śmierci (?), w 1ym wypadku nastąpiła śmierć z *otrucia*, czy umyślnego czy przypadkowego, niewiadomo, — w 1ym śmierć z *powieszenia*. Prócz tego wydarzyły się 2 wypadki *ospy rodzinnej* (*variola vera*), jeden u osoby 16-letniej, a drugi u 8mio miesięcznego chłopczyny, obojga nieszczepionych.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 8 do 14 Maja (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	606	142	137	28	583
„ Śgo Ducha	134	41	32	4	139
„ Ewangelickim	65	9	14	3	57
„ Śgo Rocha	80	15	26	6	63
„ Śgo Jana Bożego	169	1	3	3	164
„ Śgo Łazarza	300	83	83	—	300
„ Starozakonnych	340	99	78	7	354
Ogółem:	1694	30	373	51	1660

Wiadomości bieżące.

— *Szkola Główna*. W dniu 11 z. kwietnia Prof. Chojnowski odbył wstępną (próbna), a w d. 7 maja drugą prelekeyę (próbna), w obec Tajnego Radey Witte, Dyr. Główn. Prez. w Kom. R. O. P., Rektora i profesorów Szkoły Głównej, oraz licznej publiczności. Na pierwszej prelekeyi mówił „*De Ichthyosi*“ na drugiej zaś „o nowotworach skóry w ogólności, a o trądzie (*lepra*) w szczególności“ (zadanie wyznaczone przez wydział lekarski). Oba odczyty będą drukowane w *Gazecie Lekarskiej*. Dr. Bronisław Chojnowski ur. na Ukrainie, nauki lekarskie studiował w Uniwersytecie Ś. Włodzimierza (w Kijowie), gdzie otrzymał stopień *Dra Med*; następnie odbył podróż naukową (w latach 1863 i 64) do Austrii, Pruss i Francyi; potem zajmował posadę asystenta kliniki terapeutycznej w Kijowie; w r. 1865 mianowany docentem Szkoły Głównej do wykładu dermatologii, której kurs rozpoczął w d. 11 listopada t. r. (1865). W marcu b. r. mianowany professorem-adjunktem przy katedrze patologii i terapii specyalnej.

— Otrzymałismy zawiadomienie z apteki *Dra T. Heinricha* (dom *Potyskusa* Nr. 473) o sprowadzeniu kurary; dzielimy się tą wiadomością z czytelnikami *Gazety Lekarskiej*, którzy z artykułu *Dra Wszebor*a „*Rana stłuczona głowy, tężec przyranny*“ etc. (*Gaz. lek.* Nr. 37.) dowodnie przekonać się mogli, jaki brak był dotychczas tego środka w Warszawie.

† W dniu 21 b. m. umarł ś. p. *Barłłomiej Frydrych*, naczelny lekarz oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka-Jezus (w Warszawie), członek *Towarz. lekarskiego Warsz.* w 67 r. życia.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

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