

GAZETA LEKARSKA

I. Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego w Warszawie.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w dniu 22.V. 1906 r.]

Pod nazwą krwawych przelewań pojmują niektórzy dokonywanie ogólnego upustu krwi przez wenesekcję z zastosowaniem następczych wlewań do żył lub pod skórę najczęściej rozczynów soli kuchennej.

W pracy niniejszej mam zamiar przedstawić Szanownym Kolegom sprawę używania wspomnianych przelewań w eklampsji porodowej w oświetleniu dat historycznych, jak również poddać ocenie zabiegi położnicze, mające na celu przyspieszenie rozwiązania przy omawianym cierpieniu.

Z dostępnej mi literatury najwcześniejsze odnośne dane odnalazłem w odczycie LANPHEAR'a z roku 1895.

Na obradach w Chicago autor podzielił wszystkie przypadki eklampsji na 2 kategorie—w zależności od tego, czy drgawki występują przed, czy po urodzeniu się płodu.

Za naczelną zasadę postępowania lekarskiego w pierwszej kategorii autor przyjmuje możliwie szybkie ukończenie porodu; w tym celu zaleca rozszerzania ujścia macicy zapomocą palców lub przyrządów BARNES'a i nałożenie kleszczy. Jeżeli wspomnianymi wyżej sposobami autor nie otrzymywał z dostateczną szybkością rozszerzenia ujścia, nacinał z obu stron szyjkę macicy nożyczkami i kleszcze nakładał. Wogóle zaś w każdym przypadku, w którym rozszerzenie ujścia okazało się niemożliwe i gdzie o użyciu kleszczy mowy być nie mogło, autor uważa cięcie cesarskie za zupełnie usprawiedliwione.

W przypadkach, w których mamy do czynienia z drgawkami po rozwiązaniu, LANPHEAR zaleca pilokarpinę pod skórę, chloroform i chloral, środki

czyszczące i wreszcie wenesekcję; za najważniejszy atoli punkt postępowania lekarskiego w tych razach poczytuje wlewania do żył roztworu fizjologicznego soli kuchennej, powtarzane co 3 — 4 godziny; chorej nie należy odstępować w ciągu przynajmniej 36-u godzin.

Kazuistyki żadnej LIANPHEAR nie podaje.

Z kolei wypadnie rozpatrzyć obszerną pracę prof. MANGIAGALLI'ego z roku 1896, odczytaną na II-im międzynarodowym Zjeździe w Genewie. Autor zaznacza, iż metody postępowania lekarskiego przy eklampsji [tej istotnej „*janua mortis*“—jak ją nazywali starożytni pisarze] pozostają i teraz taką samą sprawą sporną, jak i w pierwszej połowie XIX-go stulecia. Przebiega dalej piśmiennictwo włoskie, eklampsji poświęcone, podaje odsetki śmiertelności przy eklampsji, zaczerpnięte z prac autorów różnych narodowości, podkreśla częstość powstawania tego cierpienia u pierwiastek.

Na setkę tedy chorych z eklampsją przypada na pierwiastki podług BRAUN'a 86,3%, DUEHRSEN'a—84%, SCHAUTA'y—82,6%, CHROBAK'a—79,5%, OLSHAUSEN'a—74% i t. d.

Oceniając wartość różnych zabiegów, przeciwko eklampsji stosowanych, autor twierdzi, iż żaden z nich nie stanowi środka przyczynowego eklampsję leczącego.

Przytacza za BOUCHARD'em, iż upust 32,0 krwi, z organizmu dotkniętego mocznicą, usuwa ze krwi 50 centygramów substancji wyciągowych, czyli $\frac{1}{16}$ część tego, co powinienby wydalić mocz; ten sam wynik dadzą 280,0 cieczy wypróżnieniowej lub 100 litrów potu.

Sądząc z powyższych liczb, należałoby w leczeniu eklampsji porodowej postawić na pierwszym miejscu upust krwi; osobiste jednak doświadczenie autora nie zachęca go do upustu, ponieważ powstająca niekiedy po wenesekcji depresja miała znacznie przewyższać korzyści tego zabiegu.

Co do wartości narkotyków, autor pomiędzy innymi podaje, iż już w r. 1854 PASTORELLO, wielki zwolennik upustu krwi, gwałtownie zwalczał używanie przeciwko eklampsji przetworów opium, twierdząc, iż podawaniu tego środka przypisać należy wprost upokarzająco wielkie liczby śmiertelności matek.

Podkreślając fakt występowania drgawek i po rozwiązaniu, autor wnioskuje, iż i ono niezawsze może *ipso facto* usunąć warunki powstawania drgawek, choć nieda się zaprzeczyć, iż rozwiązanie stanowi [z wyjątkiem naturalnie nielicznych przypadków] *conditio sine qua non* ustawiania napadów. Następujące liczby wskazują, jak często po rozwiązaniu napady nie powtarzają się: na 112 przypadków, zebranych przez WIEGER'a z różnych autorów, w 35-u napady były znacznie słabsze, w 39-u zaś ustały zupełnie. Podług SCHAUTA'y znikają napady w 35,5%, podług BRAUN'a w 69,6% i wreszcie podług LEOPOLD'a w 54%.

Nie brak jednak autorów, odrzucających ów dodatni wpływ rozwiązania: takie przekonania głosił we Włoszech obok niektórych innych autorów i PALLETTA.

Po tych ogólnych uwagach następują osobiste poglądy i rady autora. Leczenie zapobiegawcze jest wysoce dobroczynne, ponieważ usuwa w a-

runki samozatrucia ciężarnej; w tym celu należy stosować mleko z dodatkiem środków odkażających przewód kiszkowy, zalecać *diuretica*, pobudzać czynność serca i skóry. Z chwilą wybuchu drgawek zaleca autor używanie morfiny, chloralu, chloroformu, *veratrum viride*, również upust krwi, *drastica* i środki napotne.

Chloral i morfinę użyć można jedynie w początku choroby; oba te środki okazały się zawodne, a nawet szkodliwe w tych razach, kiedy chora przeżyła już dużą liczbę napadów drgawek, kiedy mamy objawy zapaści, a narządy oddechowe są silnie przekrwione.

Postępowanie powyższe stanowi raczej objawowe, niż istotne leczenie choroby, pozostaje jednak jedynym możliwym leczeniem eklampsji *post partum*; w zasadzie zaś stanowi ono cenną pomoc dla organizmu podczas oczekiwania na wytworzenie się warunków, umożliwiających interwencję położniczą. Upust krwi z następczemi wlewaniem solnemi do żył lub pod skórę przedstawia, zdaniem autora, metodę leczniczą, opartą na racjonalnem wyrozumowaniu, za którą przemawiają również i fakty kliniczne, choć dotąd zbyt jeszcze skąpe. Szybkie opróżnienie macicy jest najważniejszym punktem w leczeniu eklampsji porodowej, byleby rozwiązanie zostało dokonane w sposób nieszkodliwy.

Wobec szybki zupełnie wyglądzonej, lecz niedostatecznie rozwartej, zaleca autor liczne jej nacięcia; rozszerzanie ujścia palcami lub też przyrządem Bossi'ego uważa za nieszkodliwe; przekłada to z punktu widzenia antyseptyki nad posiłkowanie się przyrządami BARNES'a, balonem CHAMPETIER DE RIBES'a lub kolpeurynterem.

Autor nie jest zwolennikiem głębokich nacięć DUEHRSEN'a, co do których sam przecież DUEHRSEN twierdził, iż można je zalecać jedynie tylko wprawnym specjalistom, choć to przeczy zasadniczemu żądaniu DUEHRSEN'a, aby rozwiązywać *per vias naturales* każdą chorobę już po pierwszym napadzie drgawek. Wreszcie te głębokie nacięcia mogą *sub partu* rozszerzyć się, spowodować groźny krwotok i wreszcie mogą stanowić wrota do łatwiejszego zakażenia chorej.

W następstwie zaś takich nacięć powstają w sklepieniach głębokie nieobojętne blizny, jakie u 4-ch chorych na 5 znalazł już HERFF.

W uzupełnieniu swych rad zaleca wreszcie autor wykonywać każdy zabieg operacyjny w głębokim uśpieniu chloroformowym.

W tym samym 1896 roku wydał swą pracę FERRÉ. Na wstępie autor przypomina, iż już w roku 1894 ogłosił dwa ciężkie przypadki eklampsji, w których zastosował wenesekcję i wlewania solne.

Wspomniany zespół był użyty przez autora i w pięciu nowych przypadkach, które, jak i poprzednie, odznaczały się ciężkim przebiegiem, bo zupełną śpiączką i podniesioną ciepłotą. Dwa razy zastosował FERRÉ wenesekcję i wlewania solne przed porodem, poczem — po pewnym czasie — jedna chora urodziła sama, u drugiej zaś wskutek śmierci płodu dokonano przedziurawienia główki i poród przyspieszono.

Innym razem dokonał FERRÉ wenesekcji i wlewań w przypadku eklampsji poporodowej.

Wreszcie w dwóch przypadkach, w których drgawki pomimo porodu nie ustawały, autor, wezwany już po rozwiązaniu, również posiłkował się wspomnianym zespołem.

Do wlewań autor brał na litr wody 10 gramów *Natri chlorati*, lub *Natri chlorati* 8,0 i *Natri sulfurici* 2,0; niekiedy zaś 6,0 pierwszego i 4,0 drugiego.

Na siedm chorych, leczonych powyższą metodą, zmarła jedna.

Podkreślając, iż wskutek stosowania obfitych, co czas pewien powtarzanych wlewań solnych następuje wzmożenie wydzielania moczu, co ma wysoce doniosłe znaczenie, FERRÉ oświadcza, iż dobre wyniki w eklampsji zawdzięcza właśnie wenesekcji i wlewaniom.

W postępowaniu FERRÉ'go podkreślić należy, iż autor ten w leczeniu eklampsji odrzucił wszelkie narkotyki; za zasadniczy natomiast zabieg leczniczy uważa zespół upustu i wlewań. Jest mu obojętne, czy poród odbył się, czy nie, lecz w każdym przypadku eklampsji, do jakiego zavezwany został, zespołu tego użył.

Podobnie, jak FERRÉ, przyznaje upustowi i wlewaniom znaczenie pierwszorzędne i MERLETTI.

Wyrażając w pracy swojej z roku 1898 przekonanie, iż eklampsją ciężarnych i rodzących jest właściwą toksemją, autor podaje szereg rad, mających na celu zapobieganie cierpieniu. Zapobieganie to, jak już radził MANGIAGALLI, należy przedsięwziąć jeszcze przed wystąpieniem białkomoczu, kiedy zauważymy wogóle zmniejszenie się ilości oddawanego moczu, zmniejszanie się moczownika, uporeczywe wymioty, bóle głowy, podrażnienie nerwowe i psychiczne.

Najważniejszym źródłem powstawania toksyn w ciąży jest, zdaniem autora, przewód żołądkowo - kiszkowy.

W celu zmniejszenia fermentacji w tym przewodzie, a tym samym i wytwarzania się toksyn, zaleca autor podawanie środków lekko czyszczących, najlepiej zaś *cascaram sagradam*; radzi unikać środków drastycznych, bo te zmniejszają ilość soków kiszkowych, ograniczających wytwarzanie się toksyn. Korzystne będą i przepłukiwania kiszek, jak również podawanie do wewnątrz kwasu solnego, stanowiącego antyseptyk dla żołądka, oraz kwasu mlecznego, który zapobiega rozkładowi gnilnemu ciał białkowych w kiszkach cienkich.

W celu wydalania z organizmu powstałych już tam trucizn, zaleca autor te lub inne środki, w zależności od stanu tętna i narządów wydzielniczych, a więc wątroby, nerek i skóry. Wobec tętna stale pełnego, napiętego, co wskazuje na wysokie ciśnienie w naczyniach, wypadnie dokonać wenesekcji; jeśli narządy wydzielnicze są zupełnie zdrowe, usuwamy część trucizn przez pośrednictwo tych właśnie narządów, zapomocą środków napotnych i moczopędnych; jeśli czynności tych narządów są upośledzone, czego dowodem będzie żółtaczka, *urobilinuria*, białkomocz, wałki w moczu, zaparcia lub rozwolnienia, obrzęki — wtedy, w celu rozpuszczania trucizn, zastosujemy obfite wlewania solne.

Rozpuszczając krążące we krwi trucizny, rozczyiny solne z obojętnej i ajją je i przemieniają z czynników drażniących na czynniki zaledwie po-

budzące filtr nerkowy, ułatwiając tym sposobem wydalanie trucizn; wpływ wlewań solnych będzie jeszcze znaczniejszy wobec już istniejących napadów drgawek.

Rozczyny solne można wprowadzać pod skórę, jak to radzili już w roku 1893 PORAK i BERNHEIM, lub też do odbytnicy, jak chcą SENÉ [1895] i SCHMID [1897].

Posiadając własność działania mechanicznego przez rozpuszczanie trucizn i dynamicznego przez pobudzanie czynności nerek, rozczyzny solne działają i chemicznie: przyspieszają ostateczną przemianę ciał azotowych w mocznik i zwiększają wydzielanie się tegoż.

Przechodząc do sprawy rozwiązywania chorych, autor twierdzi, iż odnośne zdania różnych pisarzy są najrozmaitsze. Sądzi, iż jeżeli omówione wyżej środki zapobiegawcze nie doprowadzą do celu, wtedy musimy zdecydować się na szybkie usunięcie zawartości macicy. Rozwiązanie prawie zawsze osiągnie pożądaný skutek, ponieważ wówczas ono jedynie może całkowicie usunąć te liczne anatomo-chemiczne warunki, które stan toksemiczny utrzymują i doprowadzają do głębokich, a niekiedy wprost nieuleczalnych uszkodzeń mięszu wątroby i nerek.

Dla zmniejszenia pobudzenia nerwowego, podczas toksemji występującego, zaleca autor stosowanie morfiny, chloralu, lecz radzi unikania chloroformu.

Wreszcie podaje autor przebieg przypadku eklampsji u pierwiastki, w 7-ym miesiącu ciąży, spostrzegany w Instytucie w Parmie. Wynik użytych w danym razie upustu i wlewań solnych był pomyślny, do chwili bowiem opróżnienia macicy drgawki wystąpiły załadwie 2 razy i zawsze trwały krótko. Chora wyzdrowiała.

W tym samym 1898 roku wydano w Warszawie przetłomaczoną z francuskiego pracę FELIKSA LEJARS'a o „przemiywaniu krwi“. Pod nazwą przemiywania krwi pojmuje LEJARS wprowadzanie w pewnych celach leczniczych do układu krążenia rozczyznów soli, które nie zmieniają upostaciowanych składników krwi; rozczyzny te, zdaniem LEJARS'a, niewłaściwie noszą miano sztucznej surowicy.

W praktyce nazwa powyższa oznacza prawie wyłącznie wstrzykiwania podskórne lub wewnątrzżylne rozmaitych ilości wody słonej, przez autorów niemieckich zwane wlewaniem.

Autor podaje interesujące dane historyczne o wprowadzaniu do organizmu odpowiednich rozczyznów już od roku 1830, kiedy po raz pierwszy dokonano wlewań octowych w cholery. Twierdzi, iż wlewania wody słonej zyskały w następstwie szerokie zastosowanie w krwotokach, w przypadkach wstrząsu urazowego lub operacyjnego, wreszcie w zatruciach i zakażeniach. Z doświadczeń DASTRE'a i LOYE'a wynika, iż ustrój może znieść bez szkody nieomal niesłychanie wielkie ilości płynów solnych, przyczem czerwone krążki krwi żadnym nie ulegają zmianom.

Najpraktyczniejszym płynem do wlewań jest rozczyzn soli kuchennej w stosunku od 8,0 — do 10,0 na litr wody; lepiej jest raczej ilość soli przekroczyć aniżeli obniżyć.

FANEY podaje praktyczny sposób oznaczenia ilości soli w wypadkach nagłych, twierdząc, iż łyżeczka od kawy napełniona dokładnie solą, doskonale sproszkowaną i mocno ugniecioną, zawiera 7,0 soli; jeżeli zaś nasypać soli na łyżeczkę zwykłym sposobem, nie ugniatając jej, to 2 łyżeczki od kawy napełnione w ten sposób choćby najdokładniej, zawierają tylko 9,0 soli. Ciężkość wlewanego płynu powinna być bardzo zbliżoną do ciężkości krwi, a więc sięgać 38° — 40° C., lub może być nieco od niej wyższą, ponieważ roztwory o stosunkowo niższej ciężkości nie dają skutków pomyslnych, a nawet mogą być szkodliwymi, przynajmniej przy wlewaniu wewnątrzylmem.

Do wlewań podskórnych nadają się najbardziej te okolice ciała, które obfitują w luźną tkankę łączną, a mianowicie: okolice wielkiego krętarza, pośladki, przedniozewnętrzna powierzchnia uda, ściana brzuszna, jama pachowa.

Pierwszeństwo należy się udom i pośladkom; nie ma tutaj żadnej obawy: bolesność jest bardzo nieznaczna, a płyn szybko ulega wessaniu. Wlewania w ściany brzuszne u niektórych osobników, zwłaszcza u kobiet, spowodują długotrwałe i dotkliwie bóle; w jamie pachowej bardzo łatwo mieszczą się i wchłaniają nawet nader obfite ilości płynu.

Według FEILCHENFELD'a wessanie następuje tem szybciej, im bardziej zmniejsza się ciśnienie w tętnicach; w przypadkach zaś znacznego osłabienia ustroju i głębokich zaburzeń w mechanizmie krążenia wstrzyknięty płyn nie ulega wessaniu.

Pod nazwą *krwawego przelewania* rozumieć należy opisany przez BARRÉ'go w roku 1896 sposób, przy którym do jednej z żył kończyny górnej jest wprowadzana sztuczna surowica, jednocześnie zaś z żyły drugiej kończyny przez odpowiednią rurkę odpływa krew do naczynia z powietrzem rozrzedzonym.

Powyższą metodę oczyszczania krwi z substancji trujących, jako niełatwą w zastosowaniu praktycznym, zmieniono w ten sposób, iż uprzednio puszczało krew, a potem dopiero wprowadzano roztwór soli, co właściwie stanowi tylko wznowienie dawno znanej metody.

Autor podaje interesujące szczegóły o stosowaniu krwawych wlewań w mocznicy, tężcu, zapaleniu płuc i wreszcie w eklampsji porodowej. „Upust krwi, twierdzi LEJARS, połączony z wlewaniem, w podobnych przypadkach powinien również dawać dobre wyniki“.

Przy przemywaniu krwi zdarzyć się mogą pewne powikłania, a więc: niewielkie ropnie, zakrzepy i zapalenia żył umiejscowione, białkomocz, *haemoglobinuria*, cukromocz i obrzęki. Zwrócenie uwagi na te powikłania i podanie przeciwwskazań do przemywania krwi stanowi zakończenie pracy LEJARS'a.

CUTLER o g ł o s i ł w roku 1899 dwa przypadki eklampsji porodowej, gdzie zastosowano zespół wenesekcji i wlewań solnych. W pierwszym przypadku, stanowiącym osobiste spostrzeżenie autora, u pierwsiatki drgawki wystąpiły z chwilą wyrzynania się główki, chora urodziła sama; wypuszczono jej około 8 uncji krwi, a następnie wiano do żył około kwarty [angielskiej] roztworu soli kuchennej. Chora wyzdrowiała.

Drugi przypadek spostrzegł BOND.

U wieloródki, w ósmym miesiącu ciąży, wskutek eklampsji wywołano *partum praematurum*. Drgawki nie tylko nie ustawały, lecz przeciwnie, po pewnym czasie stawały się coraz dłuższe i mocniejsze; wówczas wypuszczono od 12 — 16 uncji krwi, poczem przez kaniulę wprowadzono do żyły 2 kwarty rozczyynu soli. Trzeciego dnia po porodzie zauważono objawy drgawek częstociowych i „*delirium*“, co dla BOND'a stanowiło wskazanie do ponownego wlewania rozczyynu soli do żyły, po uprzedniej powtórnej wenesekcji.

[C. d. n.].

II. DUSZNICĄ BOLESNĄ,

jako objaw samozatrucia ustroju.

(*Angina pectoris toxico - alimentaria ex autointoxicatione*).

Opisał

Dr med. J. Pawiński.

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 41].

Wyjaśnienie patogenezy stenokardji w II-im dziale naszych spostrzeżeń o przebiegu przewlekłym napotyka na większe trudności, niż w pierwszym.

Dla wytłomaczenia sobie powstawania stenokardji, o której mowa, należy mieć na względzie dwie okoliczności: 1) błędy w dyecie, nie tak rażące, jak w pierwszym dziale, lecz częściej powtarzające się; 2) pewien stan tkanek i soków [wydzielin] organizmu (*diathesis*), będący następstwem nieprawidłowego żywienia się, przeważnie pokarmami białkowemi, inaczej mówiąc, nienormalnej przemiany materji.

Tym sposobem w takich przypadkach będziemy mieli do czynienia jakby z podwójnym samozatruciem: 1) *Autointoxicatio enterogena* 2) *Autointoxicatio discrasica (histogena)*. To ostatnie może być albo odziedziczone, albo też nabyte. Stanowi ono jakby podłoże, na którym się choroba rozwija przy pewnych bodźcach patologicznych.

W jaki sposób, powstać może samozatrucie ustroju przy żywieniu się przeważnie pokarmami białkowemi [głównie mięsnemi]?

Wiadomo, że substancje białkowe są niezbędne do podtrzymania spraw życiowych w komórce i nie mogą być zastąpione przez inne części składowe

pokarmów, t. j. przez węglowodany i tłuszcze. Ilość białka, niezbędnego dla organizmu, wynosi przecięciowo około 120 grm. na dobę dla człowieka średniej wagi 70 kilogr. Skrajne ilości dla białka są uważane 70 : 200 grm. Skoro ilość białka jest niedostateczna, to organizm zużywa własne swoje białko, zawarte w komórkach i sokach organicznych, co stanowi wielkie niebezpieczeństwo i doprowadzić nawet może do śmierci.

Przeciwnie, skoro zbyt wielka ilość białkowych substancji zostanie dostarczona organizmowi, to białko nie pozostaje jako zapasowe w tkankach i sokach ustroju, jak to dawniej przypuszczano, a jeśli odkłada się to tylko na bardzo krótki czas. Część zbytecznego białka nie utlenia się, lecz rozpadając się, daje powód do powstania pewnej ilości tłuszczu i węglowodanów. Nie w tem jednak tkwi niebezpieczeństwo dla organizmu, lecz w tem, że przy rozpadzie pokarmów białkowych, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, wytwarza się bardzo dużo kwaśnych substancji, pomiędzy którymi kwas siarczany i fosforny najważniejszą odgrywają rolę. W zwykłych warunkach kwasy zostają zobojętnione przez alkalia [sód, potas, wapno], dostarczane organizmowi w pokarmach z państwa zwierzęcego, up. przez fosforany, węglany alkali i ze świata roślinnego w postaci cytrynianów, winianów potasu lub sodu. Te ostatnie posiadają odczyn kwaśny, przy dalszych jednak przemianach w ustroju, przy utlenianiu się, przemieniają się na węglany zasadowe. Jednakże ta samopomoc natury ma swe granice. Skoro ilość przyjętych pokarmów mięsnych, a więc i kwasów (*acidosis*) będzie bardzo duża, wtedy kwasy dla swego nasycenia łączyć się będą z ciałami o reakcji alkalicznej, znajdującymi się w komórkach ciała (*autointoxicatio per plasmolysin*). Wskutek tego prawidłowa czynność komórek ulega zboczeniu, przemiana materji odbywać się będzie nieprawidłowo: komórka traci na swej żywotności, łatwo uleść może zmianom wstecznym, a produkta ich stanowiąc mogą pierwiastek toksyczny dla serca, naczyń i ich unerwienia [stenokardja].

Niebezpieczeństwo nadmiernego żywienia się pokarmami białkowymi tkwi także w bardzo złożonej budowie białka, w porównaniu z prostą budową węglowodanów i tłuszczu.

Otóż przy rozkładzie białka, a zwłaszcza zwierzęcego, przyjętego w umiarkowanym nawet stopniu, powstaje wielka ilość produktów, nie tylko należących do grupy azotu, jak mocznik, kwas moczowy, kreatinina, dalej ciał zblizonych pod względem swego działania do alkaloidów — leukomain, ptomain, lecz i ciał niezawierających azota, a należących do grupy wodoranów węgla i tłuszczu. Niektóre z tych ciał posiadają własności trujące. Szczegółowo była już o tem mowa w pierwszym dziale naszych przypadków o przebiegu ostrym. W przypadkach zaś obecnie omawianych, wskutek błędów w żywieniu się stale powtarzających się, ilość i jakość produktów rozkładu białka będzie mniejsza, niż w poprzednich, w każdym jednak razie powstaną w sprawach metabolicznych zaburzenia, które w większym lub mniejszym stopniu na czynność serca i naczyń oddziaływać będą.

Jakie ciała w tym nieprawidłowym metabolizmie główną rolę odgrywają, które z nich na układ naczyniowy ważny wpływ wywierają, dotychczas

określić nie podobna. Wiadomo tylko, że niektóre postaci duszności, występujące przy żywieniu się pokarmami mięsnymi, znikają po zastosowaniu diety mleczno-roślinnej. Na mocy tego HUCHARD wnosi, że przyczyną podobnej duszności, nazwanej przez niego *dyspnœ toxico-alimentaire*, są toksyny wytwarzające się z mięsa, jakiego jednak rodzaju — pozostaje rzeczą przyszłości.

Badania ostatnich czasów BURIAN'a i SCHUR'a, KAUFMAN'a i MOHR'a i RZĘTKOWSKIEGO nad ilością ciał alloksurowych, wydzielanych z moczem, rzuciły pewne światło na sprawę samozatrucia organizmu przy przeważnym żywieniu się pokarmami mięsnymi [purynowemi i nukleinowemi]. Okazało się, że ilość t. zw. endogennych ciał alloksurowych [kwas moczowy, związki ksantynowe] ulega znacznemu zwiększeniu, nie pod wpływem użycia białka wogóle, lecz przedewszystkiem białka pochodzenia zwierzęcego, czyli ściślej mówiąc, ciał kreatynowych i purynowych [ksantyna, hipoksantyna].

Być więc może, że szkodliwy wpływ, jaki odbija się na sercu i na naczyniach u osób przeważnie żywiących się mięsem, zależy w pewnej mierze od tylko co wspomnianych ciał, a zwłaszcza od hipoksantyny, jako samej lub też związanej z molekułami białka, zawierającemi fosfor [nukleiny jądrowe]. Byłoby to zgodnem z badaniami ROBERT'a, według których związki kwasu hypurowego [ksantyny] oddziałują drażniąco na układ obiegu krwi nerwowy.

Z kolei następuje się pytanie, jaką rolę w samozatruciu ustroju, a więc w patogenezie duszniczy bolesnej odgrywa skaza moczanowa? Odpowiedź nie może być ścisła, gdyż istota samej skazy nie jest nam dokładnie znana, pomimo nowszych i to bardzo ważnych prac FISCHER'a, KOSSL'a HORBACZEWSKIEGO i innych nad pochodzeniem kwasu moczowego.

Sama że skaza moczanowa, w której metabolizm komórek odbywa się w sposób nieprawidłowy, stanowi źródło pewnych produktów, jeśli nie wprost trujących, to przynajmniej drażniących układ naczyniowy i nerwowy. Skoro więc jeszcze dieta przeważnie mięsna, a przytem obfita, dostarcza ustrojowi podobnych ciał trujących, łatwo pojąć częstsze występowanie duszniczy bolesnej toksycznej u osób obarczonych podobną skazą.

Że jednak pomimo tego przypadki duszniczy bolesnej toksycznej nie są tak częste, jakby spodziewać się należało, można sobie tłómaczyć w myśl wniosków KAUFMAN'a i MOHR'a, a mianowicie, że ilość ciał alloksurowych endogennych jest ilością indywidualną i 2) że ilość ich zależy nie tylko od rodzaju pokarmów nukleinowych, lecz od chwilowego usposobienia osobnika. Spostrzeżenia nasze uwydatniają ten ostatni wpływ w sposób bardzo widoczny. Napady duszniczy bolesnej zdarzają się częściej u osób, będących pod wpływem czynników nerwowych, wzruszeń, niedospania, nadużycia płciowego i alkoholowego i t. p., niż w warunkach pomyślniejszych dla ustroju.

Zazwyczaj stanom toksycznym, zależnym od zmienionej przemiany materji, towarzyszy zwiększone ciśnienie tętnicze. Spostrzeżenia zaś nasze wykazują, iż napady duszniczy bolesnej, pochodzące z tego samego źródła co i tamte, mogą przebiegać o małym ciśnieniu. Jak sobie to tłómaczyć? Wskutek nadużyć w jedzeniu, a więc wskutek obciążenia organów trawienia nadmierną

czynnością, powstaje ich przekrwienie. Ponieważ zaś chorzy, o których mowa, prowadzą siedzący sposób życia, utrudniający odpływ krwi z jamy brzusznej do serca, łatwo więc wytwarza się zastój w całym rozgałęzieniu żyły wrotnej, t. zw. pełnokrwistość brzuszna (*plethora*).

Następstwem podobnego stanu będzie wzmoczenie ciśnienia krwi w naczyniach jamy brzusznej (*hypertensio venae portae*). Przeciwnie zaś w układzie tętniczym ciśnienie opada, napięcie tętna zmniejsza się, występują objawy wskazujące na niedostateczny dopływ krwi do serca i do ośrodków nerwowych. Doświadczenia przedsiębrane na zwierzętach nad wpływem podwiązania żyły wrotnej na organizm [LUDWIG i THIRY, TAPPEINER, PICARD, BOERHAVE] potwierdzają słuszność spostrzeżeń klinicznych [upadek ciśnienia, osłabienie skurczów serca i zwiększenie ich częstości]. Tą właśnie niedokrwistością pewnych terytorjów obiegu krwi, *resp.* układu nerwowego z jednej strony, a z drugiej obecnością we krwi pewnych ciał toksycznych, możnaby objaśnić sobie występowanie napadów duszniczy bolesnej o charakterze czynnościowym. Należy przypuszczać, że we wczesnych okresach zaburzeń w przemianie materji [w kanale pokarmowym] czynność wątroby nie ucierpiała jeszcze w znacznym stopniu, i że nerki są jeszcze w stanie wyprowadzać ze krwi pewne ciała niezupełnie przerobione [toksyny]. Tym sposobem wpływ tych ostatnich na serce, a zwłaszcza na naczynia, jest mniej szkodliwym, aniżeli przy dłuższym istnieniu nieprawidłowości w trawieniu. Z biegiem bowiem czasu zastój w naczyniach jamy brzusznej odbija się na czynności wątroby, a zwłaszcza na jej antytoksycznym działaniu: wówczas różne ciała toksyczne, powstające w kanale pokarmowym, nie ulegają zmianom, przechodząc przez wątrobę, dostają się do obiegu krwi i wpływ swój toksyczny na różne narządy wywierają, zwłaszcza na nerki. Ponieważ zaś wiele toksyn, jakie wytwarzają się przy przeważnym żywieniu się mięsem, posiada zdaniem H. HUCHARD'a, HAIG'a własność wywoływania zwężenia naczyń, stąd też ciśnienie krwi w układzie tętniczym zaczyna się podnosić, następuje drugi okres: wzmoczone ciśnienie, które HUCHARD *presclerose* nazywa.

W okresie tym występuje niekiedy duszność, którą H. uważa za następstwo samozatrucia organizmu i nazywa ją: „*dyspnoë toxo-alimentaire*“.

Z kolei następuje się pytanie: dlaczego u chorych przez nas obserwowanych, prowadzących sposób życia zupełnie taki sam, jak pacjenci, o których wspomina HUCHARD, występują napady duszniczy bolesnej, a nie duszność?

1) Może to zależeć wprost od indywidualnych warunków samego chorego, wszakże u niektórych chorych, przy jednakowym na pozór sposobie życia, rozwija się *ang. pect. vera* a u innych *asthma cardiale*, czyli inaczej mówiąc, raz tętnice wieńcowe, to znowu włókna mięsne serca mogą być dotknięte sprawą chorobową.

2) W części zaś zależeć może od tego, iż u naszych chorych mieliśmy do czynienia jakby z pierwszym okresem zaburzeń metabolicznych ustroju, [z przeważnym zajęciem sfery czuciowej] przyczem sprawność serca, naczyń, nerek nie uległa jeszcze poważniejszym zmianom. Tymczasem w przypadkach

dyspnœ toxi-ali-mentaire, opisywanych przez HUCHARD'a, zaburzenia w przemianie materji sięgały głębiej, czemu też i pewne upośledzenie czynności serca, a zwłaszcza nerek, towarzyszyło.

Streszczając wszystko co dotychczas o patogenezie duszniczy bolesnej z samozatrucia powstającej było powiedziane, przychodzimy do wniosku, iż w spostrzeżeniach I działu sam czynnik toksyczny wystarczy do wyjaśnienia ciężkich objawów w obiegu krwi i unerwienia. W przypadkach zaś, należących do II działu, głębsze wniknięcie we właściwości osobnicze chorych doprowadza nas do przypuszczenia, że oprócz błędów w dyecie, zmienionej przemiany materji, odgrywają jeszcze pewną rolę stany nerwowe, neurasteniczne, lub histeryczne, często w bezpośrednim związku ze skazą moczową będące (*neuroarthritisme* francuskich autorów). Zgadza się to z zapatrywaniem niektórych klinicystów [BOUCHARD, HUCHARD, ALBU i t. d.], uważających usposobienie neuropatyczne, jako sprzyjające rozwojowi samozatrucia.

Dlaczego jednak dusznica bolesna nie występuje u wszystkich chorych, czyniących nadużycia w jedzeniu i picciu?

Zależy to od stopnia nadużyć, od indywidualności chorego, jak również od sprawności mechanizmów samoobrony organizmu, znajdujących się w samym kanale pokarmowym, lub też w innych częściach ustroju.

[C. d. n.].

III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. -- Patrz Nr. 41].

[Patrz tablice str. 1078 i następne].

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j a				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecystoenterostomia
JAWDYŃSKI. Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych. Przegląd chirurg. T. I. 1893, str. 9.	13	M. 1. 42	Bóle od kilku miesięcy, guz.		1			
	14	M. 1. 29	Od 9-u miesięcy bóle; icterus. Dwa guzy.		1			
BUKOWSKI. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. Gaz. Lek. 1893 r.	15	K. 1. 23	Od kilku miesięcy bóle, guz. Empyema.			1 jamę brzuszną zaszył, pomimo, że woreczek pękł podczas operacji.		
ZIEMBICKI. Zjazd VII chirurgów polskich. Kron. Lek. 1895.	16	K. 1. 75				1		
BOGDANIK. O operacjach na woreczku żółciowym. Przegląd Lekar. 1896 str. 1 i 19.	17	M. 1. 30	Od kilku miesięcy wymioty, kolka wątrobową, żółtaczka.		1 kamieni nie było. Zrosty. Bliznowate zwężenie ductus choledochi.		1 po 3-ch tygodniach.	
DROBA. Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. OBALIŃSKIEGO. 1899.	18	M. 1. 50	Przed 2,5 m. napad—bóle, dreszcze, gorączka, guz po 2 mies. Abscessus hepat.					

e j a					Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticectomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.	
				na zewn. m. recti abd.		1		Żółć przeważnie wypływa przez przetokę; przeszkoda w ductus choledochus.
				na linii środkowej		1		Carcinoma pancreatis et hepatis; hydroph vesicae felleae.
				—	1			Podczas leczenia infarkt płuca.
				wzdłuż łuku żebrowego	1		1 po kilku dniach.	
		otworzono otwory ropień.		przez mięsień prosty brzucha.			po 4-ch dniach. Pyaemia.	Pneumonia. Abscessus multiples pulmonum. Ropnie wątroby, ropnie w cienkich śródwątrobowych przewodach żółciowych. Woreczek żółciowy, d. cysticus, hepatic. i choledochus bez zmian.

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j a				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecystoenterostomia.
DROBA Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. OBALIŃSKIEGO. 1899.	19	M. 1. 30	Początek nagły, bóle, dreszcze, gorączka, żółta czka. Wyniszczenie.					1 z górnym odcińkiem jelita czczego; zrostów nie było, przewężnie d. choledochi.
	20	M. 1. 40	Od 12 lat. Przed 2 laty icterus, bóle. Napady częste. Cholaemia.					1 zrosty, ściany grube, przewody wmurowane w zbitą bliźnowatą masę, w którą objęte było duodenum. Połączenie z górnym odcińkiem jelita czczego.
	21	M.	Przed 3 mies. bóle, icterus, gorączka, guz. Empyema. Guz wielkości głowy człowieka dorosłego.					1 połączenie z jelitem czczym tuż pod duodenum.
	22	M. 1. 45	Przed 3 miesiącami napad bólów, żółta czka. Stenosis ductus choled.					1 z górnym odcińkiem jejunu, zrosty otaczają przewody i duoden. Guz trzustki.
	23	K. 1. 34	Od 5 lat guz. Przed 3 laty bóle. Rozpoznanie ren mobilis.	z wszyscy- ciem w brze- gany brzu- sznej.				

e j a					Z e j ś c i e			U w a g i.	
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni poehodzenia żółciowego.	Laparatomja próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.		
								1 następnego dnia. Peritonitis univ. incipiens.	Pneumonia Ductus cysticus i choledochus rozszerzone, w przewodach ropa.
						na linii sutkowej prawej.		1 po 4 dniach. Cholaemia. Krwotoki do kiszek.	Peritonitis circumscrip- ta. Cirrhosis hepatis biliaris. Ductus choledochus rozszerzo- ny i drożny.
						pod łukiem żebrowym.		1 Po 2 miesiącach opuścił szpital w stanie złym.	Z pęcherzyka wypuszczono 2 litry czarnej gęstej ropy.— Oprócz tego guz trzustki, który uciskał duct. choled.
					1			1 po 12 dniach z wyniszczenia.	Tylna ściana żołądka zajęta przez nowotwór, który wraza w główkę trzustki i uciska przewód żółciowy wspólny.

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j a					
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecysto-enterostomia.	
DROBA Przyczynnik do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. OBALIŃSKIEGO. 1899.	24	K. l. 34	Od 4 lat napady bólów z żółtaczką. Guz. Wychudzenie.		1 dwuczasiowa. Zrosty z wątrobą jejunum, omentum.				
	25	K.	Oddawna bóle, żółtaczka przemijająca, guz.		1 dwuczasiowa. Zrosty.				
	26	K. l. 50	Od dawna napady kolki, wymioty, gorączka, żółtaczka, guz.		1				
	27	K. l. 45	Przed 4 lata napady kolki wątrobowej. Od 5 miesięcy pogorzenie. Icterus, guz.	Woreczek wszyty w górny odcinek rany brzusznej. Usunięto dwa kamienie.					
	28	K. l. 32	Od dawna napady bólów.						

e j a							Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparatomja próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.			
				na zewnętrznym brzegu recti abd.	1					
					1					
					1				Po 2 latach ropień w górnej części blizny; otworzono woreczek, wypuszczono ropę i wydobyto kamień. Pęcherzyk był przyrośnięty do ściany brzucha. Wyzdrowienie szybkie. Po upływie 2 lat trzecia operacja z powodu guza. Laparatomja próbna wykazała nowotwory pęcherzyka z przerzutami.	
			Carcin. vesicae felleae. Kamienie w woreczku. Przerzuty.						Chora opuściła szpital po zagojeniu się rany.	
				na linii środkowej.	1					

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j e				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Cholelithotomia.	Cholecystoenterostomia
DROBA. Przyczynę do chirurgji dróg żółciowych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. OBA LIŃSKIEGO. 1899.	29	K. 1. 43	Od 10 lat napady; nigdy nie było żółtaczki.	Ch. idealis jak poprzednio.				
	30	K. 1. 31	Napady z żółtaczką.	1				
	31	K. 1. 55	—	1				
	32	K. 1. 30	Od kilku miesięcy napad bólów, gorączka, dreszcze, guz.	1				
	33	K. 1. 48	Od 7-u lat icterus, wymioty, gorączka. Guza niema.					
	34	K. 1. 32	Od 3-ch lat ból, dreszcze, wymioty, guz bolesny, — bez żółtaczki.	1 Cholecystotomia idealis.				
	35	K. 1. 40	Od 3-ch lat napady bólów, guz. Hydrops.	1				

e j a						Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticectomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.		
				cięcie na zewnętrznym brzegu m. recti.	1				
				—	1				
				—	1				
		1		na zewnątrz brzegu m. recti abd.	1		śmierć 4-go dnia.	Szwy łączące woreczek z otrzewną puściły wskutek zropienia, co spowodowało peritonitis purulenta diffusa. Phlegmone in regione vulneris laparotomicae.	
				—	1			Wątroba przyrośnięta do ściany brzucha. Wśród zrostów pod brzegiem wątroby na lig. hepato-duodenale jamka pod brzegiem wątroby, wypełniona ropą i 2-a kamieniami. Pęcherzyka nie znaleziono.	
				—	1				

Autor lub operator.	N.	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j e					
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecystoenterostomia.	
KRAJEWSKI. Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. 1900. N. 5, str. 142, 143.	42-71				23 cholecystostomiae.				4
ODERFELD. Z chirurgji wątroby i dróg żółciowych. Sprawozdanie z XI-go Zjazdu chirurgów polskich. 1901. Przegl. Lek. 1901, str. 454. P. T. L. W. 1901, str. 335.	72	K.	Bóle, wymioty, guz.		cholecystotomia transhepatica.				2
SZUMAN. Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. 1900. Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Nowiny Lekarskie. 1901. N. 2, 3, 7, 8, 9 i 10.	73	K. l. 33	Od 2-ch lat bóle, wymioty. Emphyema		1	resectio partialis.			

e j a					Z e j ś c i e			U w a g i
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Chęcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.	
					20		3	
					4			
1					1		2	Śmierć w jednym spostrzeżeniu skutkiem pociżnicy, w drugim — skutkiem nowotworu złośliwego.
					1			
					1			

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze	O p e r a c j e				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Cholelithotomia.	Cholecystoenterostomia.
SZUMAN. Dziennik, IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, 1900. Przyczynę do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Nowiny Lekarskie. 1901. N. 2, 3, 7, 8, 9 i 10.	74	K. 1. 52	Cholelithiasis, Peritonitis.		Woreczek wszyty w ranę brzuszną, aby następnie go otworzyć.			
	75	K. 1. 48	Bóle, icterus.		cholecystostomia dwuczasowa; 41 kamieni.			
	76	M. 1. 63	Oddawna bóle; żółtaczka od kilku miesięcy.					
	77	K. 1. 41	Oddawna bóle, żółtaczka.		cholecystostomia dwuczasowa; 51 kamieni.			
	78	M. 1. 34	Od 3-eh lat bóle, guz.		1		1 szew.	
	79	K. 1. 33	Bóle, żółtaczka.		1			
	80	K. 1. 41	Od długiego czasu guz, żółtaczka. Wyniszczenie.		1 100 kamieni usunięto.			
	81	K. 1. 27	Od kilku lat bóle, guz, bez żółtaczki.		1 219 kamieni usunięto.			

Cysticotomia.	e j a			Cięcie powłok zewnętrznych.	Z e j ś c i e			U w a g i
	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.		Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.	
			laparotomia, porozrywanie zrostów.		1		śmierć 4-go dnia skutkiem zgerzeli worka.	Śmierć nastąpiła zanim jeszcze przecięto pęcherzyk żółciowy.
					1			Pęcherzyk żółciowy zamieniony w twardej bliznowaty guzik; zrosły z żółcią, okrężnicą poprzeczną i wątrobą.
					1			Przesunął z ductus choledochus kamień do kiszki
					1			Przesunął kamień palcami z ductus choledochus do kiszki.
							śmierć w kilka tygodni po zagojeniu rany.	(Przyczyna prawdopodobna śmierci—zmiany w pancreas?)
					1			

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j e				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecystoenterostomia.
SZUMAN. Dziennik IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. 1900. Przyczynnik do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Nowiny Lekarskie. 1901. N. 2, 3, 7, 9 i 10.	82	K. 1. 29	Od 3-eh lat napady bólów; od 2-eh lat przetoka żółciowa w prawem podżebrzu.		1 otworzył przetokę i wyjął kamienie.			
	83	K.	Od kilku lat bóle, — objawy zapalenia otrzewnej, guz bolesny.		1			
	84	M. 1. 24	Napady bólów, wymioty, żółtaczka, guz.		1 nie można było wszyc pęcherzyka, tamponowano gazą.			
	85	K.	Od 1/2 roku napady bólów, gorączka, wymioty, guz.		1			
SZUMAN Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomji i do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Rzecz w skróceniu publikowana na XII-ym Zjeździe chirurgów polskich. 1902. Przegląd chirurg. 1903, str. 159.	86	K starsza	Oddawna napady bólów, żółtaczka, guzowatość wątroby. Kamień w przewodzie wspólnym.				1	
	87	K. 1. 68	Przetoka śluzowa pęcherzyka żółciowego po cholecystostomji przed 9-u laty.			1 bez tamponowania jamy brzusznej.		

e j a						Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć		
					1				
					1				Chora trzy razy była operowana.
					1				
					1				Zrosty pomiędzy płatami wątroby, wątroba a żółdkiem, wątroba a siecią. Woreczek żółciowy zupełnie w bliznowatą kulkę zamieniony, wielkości orzecha laskowego.
					1				

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j a				
				Cholecysto- tomia ideals.	Cholecysto- stomia.	Cholecystec- tomia.	Ch. led- chotomia.	Cholecysto- entero- stomia.
KADER. Posiedz. T. L. Krak. 1-go czerwca. 1904 Przegl. Lek. 1904, str. 589	110	K.	Atypowa kolka w kilka lat po cystostomji wykon. przez OBALIŃSKIEGO.			1 zrosty		
	111	K.	Otok woreczka żółci i kamienie.			1		
ZIEMBICKI. Przegl. Lekarski. 1904. str. 335. Pos. T. L. Lwowsk., 6 ma- ja 1904.	112	K.	Obstructio d. choledochi.			1	1	
COHN. Czasop. lek. Nr. 10, str. 22—1904.	113	K. 1. 40	Cholelithiasis.		1			
CIECHOMSKI w 1901 r. ZEBROWSKI. Rozbiór żółci otrzymany z prze- toki u człowieka. Gaz. Lek. 1901.	114	K. 1. 33	Bóle od 7 lat, od 5 lat żółtaczką, od — roku guz.		1 pęcherzyk wielkości orzechalaskowego, zrosty rozległe, kamieni nie było.			
KRYŃSKI. PRUSZYŃSKI i SIE- MIENSKI. Badania nad składem żółci ludzkiej. Gaz. Lek. 1906.	115	K. 1. 45	Od kilku lat bóle, gorączka, żółtaczką.		1 jeden kamień z pęcherzyka i 1 z przewodu pęcherzykowego usunięto.		Po upływie 6-u miesięcy cholecysto- enterostomia z jelitem czezem.	

e j a					Z e j ś c i e			U w a g i
Cysticofomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok wewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.	
					1			
					1			
					1			
						1		W 1/2 roku po operacji śmierć. Badanie mikroskopowe wątroby okazało zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobowych w znacznym stopniu, oraz nagromadzenie gronkowców w kanalikach żółciowych.
					1		1	PRUSZYŃSKI. Badania nad składem żółci ludzkiej [PRUSZYŃSKI i SIEMIENSKI. Gazeta Lek. 1906]
					1	przetoka i żółtaczką zmusiły do wykonania połączenia pęcherzyka z jelitem czezem.		

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	Cholecystotomia idealis.	O p e r a c j a			
					Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledochotomia.	Cholecystoenterostomia.
KIJEWSKI.	123	K. 1. 27	Od dłuższego czasu, pogorszenie, bóle, gorączka, guz.			1	część wycięciem	
	124	K. 1. 42	Od 15-u lat, od 2-eh lat pogorszenie.			1		
	125	K. 1. 31	Od 2-eh lat bóle, wymioty, żółtaczka, guz.	1				
			Po 2-eh latach phlegmone.			1		
			Po 1½ r. cholangoitis.			1		
	126	K. 1. 45	Od 15 lat,—wymioty, dreszcze, gorączka, żółtaczka, guz. Cholangoitis purul.			1		
	127	K. 1. 43	8 lat — żółtaczka, gorączka, guz, wymioty.			1		
	128	M. 1. 54	Gorączka ropnicowa, dreszcze, żółtaczka, guz.			1		1
129	K. 1. 50	Phlegmone ścian brzucha. Przed ½ rokiem cholecystostomia.			1			

e j a							Z e j ś c i e			U w a g i.		
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.					
					1			na zewnątrz, brzegu m. recti abd.				
					1			cięcie równol. do łuku żebrowego.				
					1			na zewnętrznym brzegu m. recti abd.				
					1							
								cięcie równol. do łuku żebr.			śmierć po kilku tygod.	Nadmierne wyniszczenie. Zakażenie dróg żółciowych przez bacterium coli et streptococcus.
								d.			śmierć po 3-eh tygod.	Rozsiane ropnie wątroby.
					1			na zewnętrznym brzegu m. recti abd.				
								—			śmierć na drugi dzień	Septico-pyaemia.
					1			Cięcie w bliźnie po pierwszej operacyi.				Otrzewnejnie otwierałem; po otworzeniu ogniska ropnego, w dnie ogniska znalazłem otwór, prowadzący do pęcherzyka żółciowego.

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j e				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Choledechotomia.	Cholecystoenterostomia.
KIJEWSKI.	130	K. 1. 58	Od 1/2 roku bóle, guz. Cholelith. 35 kamieni.					
	131	K. 1. 56	Od 6-u lat bóle i guz. Cholelith. 26 kam.					
	132	K. 1. 59	Od roku bóle, guz, gorączka, lekka żółtaczka.					

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

242. Doutrelepont i Grouveu. Krętki blade w trzeciorzędnym syfilisie.

Pomimo, że zaraźliwość gumatów została stwierdzona badaniami FRUGER'a, LANDSTEINER'a i NEISSER'a, do tej pory jednak w bardzo niewielu przypadkach trzeciorzędnego syfilisu znaleziono *spirochaet. pall.*; do tych należą dwa przypadki, jeden RILL'ego i VOLKERODT'a i wreszcie przypadek BOSCA dotyczący ostrego gumatu wątroby, spostrzeganego przy dziedzicznym syfilisie; 4 przypadki trzeciorzędnego syfilisu autorów są następujące: 1-y odnosi się do 33-letniego pacjenta, dotkniętego od kilku miesięcy znajdującym się na brzuchu infiltratem, po części rozpadłym, brunatnoczerwonym, wężykowatym; syfilityczne jego pochodzenie nie ulega najmniejszej wątpliwości; pod wpływem plastra rtęciowego i jodku potasu nastąpiło zabliznienie w ciągu 3-ch tygodni. Przypadek 2-gi dotyczy 25-letniej pacjentki, u której cierpienie rozpoczęło się przed 6-u laty na lewym kolanie; obecnie na rozginaczach głównie dolnych kończyn, a także na górnych kończynach i brzuchu znajdują się skórne lub podskórne nacieczenia okrągławe, po części zropiałe; pacjentkę poddano miejscowemu i ogólnemu leczeniu specyficznemu pod którego wpływem prawie wszystkie ropnie się zablizniły; 3-ci przypadek dotyczy 60-letniej pacjentki; cierpienie rozpoczęło się przed 6-u laty owrzodzeniem gardzieli, poczem przyłączyły się owrzodzenia na głowie w okolicy ciemieniowej, uszach

e j a					Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.	
				cięcie na zewnątrz. brzegu m. prostego brzucha.			śmierć po kilku miesiąc.	
				d.			śmierć po 2-ch miesiąc.	
				d.			śmierć po kilku tygod.	

[C. d. n.]

i w nosie; od roku sprawa rozszerzyła się na skórę grzbietu nosa. Obecnie znajdujemy blizny i ubarwienie w okolicy *malleol. int. dex.*, wciągnięte blizny na głowie, przytępienie słuchu, bliznowate zmiany gardzieli i podniebienia a w bliznach sporo świeżych owrzodzeń, zniszczenie przegrody nosowej, owrzodzenie na grzbiecie nosa o ostro ściętych brzegach, strupem pokryte. Zastosowane specyficzne leczenie [wstrzykiwanie jodipiny, wcierania szaruchy, okłady sublimatowe] sprowadziła dość szybko zabliznienie owrzodzeń. 4-ty przypadek dotyczy 43-letniego pacjenta; cierpienie rozpoczęło się przed kilku laty chrypką, do której później przyłączyło się kolosalne obrzmienie lewego jądra, owrzodzenie prącia i moszny; objawy te znikły pod wpływem jodku potasu; 3 miesiące temu wystąpił na *sternum* guzik, który się otworzył 2 tygodnie temu; taki sam guzik później wystąpił po lewej stronie klatki piersiowej. Obecnie na dolnym końcu *sterni* znajduje się zgrubienie kości, skóra jest naprężona i nieco sinawa; poniżej owrzodzenia o ściętych brzegach; na wewnętrznym brzegu 5-go żebra — twardy guzik, skóra nad nim jest ruchoma, niezmięciona; lewe jądro jest trochę powiększone, w lewym przyjądrzu wyczuwa się stwardnienie. Leczenie specyficzne [wstrzykiwania jodipiny, wcieranie szaruchy], choć wkrótce przerwane przez pacjenta, sprowadziło szybką poprawę.

We wszystkich tych 4-ch przypadkach owrzodzenia wyłuszczowano i materiał badano na *spirochaet. pall.*: w każdym z nich autor znalazł nieliczne, co prawda, lecz typowe krętki blade; prócz nich spostrzegł dość często twory, składające się z delikatnych ziarenek i przedstawiające prawdopodobnie zwyrodniałe postaci krętków białych.

243. Wasserman, A. Neisser, C. Bruck. Odczyn serodjagnostyczny w syfilisie.

Jeżeli poddamy mały działaniu krwi syfilityków lub wyciągów z powiększonych gruczołów, lepiej płaskich, lub z narządów i szpiku kostnego dzieci i płodów dziedzicznie syfilitycznych, lub wreszcie działaniu wyciągów z narządów i szpiku kostnego małą, którym przed 7-u—8-u tygodniami zaszczerpiono syfilis, i jeśli surowicę tych zwierząt zmieszamy z wyciągiem z narządów dzieci i płodów dziedzicznie syfilitycznych, z wyciągiem z łożyska matki - syfilityczki, z wrzodu pierwotnego, lepiej lub wreszcie z narządów i szpiku kostnego małą, którym 7 — 8 tygodni temu zaszczerpiono syfilis, to występuje powstrzymanie hemolizy, co dowodzi, że 1) w otrzymanej surowicy ochronnej znajdują się niweczniki (*Antikörper*) substancji syfilitycznych, i że 2) w badanych wyciągach są zawarte substancje syfilityczne.

Specyficzności tego odczynu dla syfilisu dowodzą następujące fakty:

1) Otrzymana surowica ochronna działa jednakowo na materiał syfilityczny, wzięty z ludzi i małą, niezależnie od tego, czy do uodpornienia użyto ludzkiego, czy też zwierzęcego materiału.

2) Otrzymana surowica ochronna małą działa tylko na syfilityczny materiał ludzi i małą, nie działa jednak wcale na substancje, pochodzące od ludzi i małą, nie dotkniętych syfilisem.

3) Normalna surowica małą nie działa na substancje, pochodzące od ludzi lub małą, zarażonych syfilisem.

4) Surowica małą, poddanych działaniu krwi lub wyciągu i narządów ludzi nie dotkniętych syfilisem, w przeciwieństwie do małą, uodpornionych materiałem syfilitycznym, nie powstrzymywała hemolizy, t. j. nie dawała serodjagnostycznego odczynu.

Odczyn ten ma bardzo wielkie znaczenie praktyczne: z jednej strony jesteśmy w stanie określić, czy w pewnej surowicy ludzkiej lub też otrzymanej surowicy ochronnej znajdują się niweczniki substancji syfilitycznych, z drugiej znow dzięki serodjagnostycznemu odczynowi możemy określić, czy pewien organ zawiera substancje syfilityczne [np. łożysko syfilityczki daje odczyn serodjagnostyczny].

(*Deutsche mediz. Woch.* 1906 Nr. 19).

J. Rosenberg.

244. H. Schlimpert. Znajdowanie krętków białych w narządach noworodków, dotkniętych wrodzonym syfilisem.

Krętki białe były do tej pory znajdowane przy wrodzonym syfilisie przez BERTARELLI'ego, VOLPIN'a, PAASCHEN'a, GIERKE'go, RILLE'go, SIMMONDS'a, NEISSER'a i innych w tkance następujących narządów: wątroby, śledziony, nerki, nadnercza, kiszki, trzustki, języka, skóry, mięśnia sercowego i łożyska. Autorowi udało się znaleźć pasorzyty i w narządach, w których do tej pory nie były spostrzegane, a mianowicie: w żołądku, *in mesenterio*, w gruczołach mezenterjalnych, w pęcherzyku żółciowym, *in duct. choled.*, w nerwach obwodowych, w błonie śluzowej policzka i gardzieli, w migdałkach, gruczołach tarczowym i *in gl. thymus*. Pasorzyty były przeważnie znajdowane pomiędzy komórkami, choć spostrzegane było i położenie wewnątrzkomórkowe; najliczniejsze były w tkance łącznej, w szczelinach tkankowych i w pobliżu naczyń, również w ścianach naczyń krwionośnych; w samej krwi były znajdowane tylko nieliczne pasorzyty.

Krętki, jak to spostrzegał autor, dążą szczególnie na powierzchnię ciała, resp. na powierzchnię rozmaitych jam, komunikujących się ze światem zewnętrznym, za czem przemawia ich zachowywanie się względem nabłonka po-

wierzchni ciała i nabłonek gruczołów: w badaniach swych autor stwierdził, że blade krętki przenikają nawet nienaruszony nabłonek cylindryczny lub płaski. Ta ich własność prócz patologiczno - histologicznego ma bardzo wielkie znaczenie z higienicznego punktu widzenia, wszystkie bowiem wydzieliny i wydaliny syfilitycznego noworodka uważać należy za zaraźliwe.

(*Deutsche med. Woch. 1906 Nr. 26*).

J. Rosenberg.

245. H. Beitzke. O krętkach białych przy wrodzonym syfilisie.

Przypadki wrodzonego syfilisu ze spostrzeganiami przy nich bladymi krętkami są zebrane w pracach LEVADIT'ego i GIERKE'go, później przybyły jeszcze spostrzeżenia MUCH'Y, SCHERBER'a, REUTER'a, RILLE'go, FROHWEIN'a wreszcie BUSCHKE'go i FISCHER'a. W spostrzeganych przez siebie przypadkach wrodzonego syfilisu autor z początku badał preparaty w roztworze soli kuchennej, przyczem udało mu się tylko raz jeden znaleźć krętki blade na preparatach, wziętych z wątroby i nerki w przypadku z bardzo licznymi krętkami, później barwił on preparaty metodą GIEM'S'Y, wtedy krętki blade przyjmowały czerwono fioletową barwę, długość ich wynosiła 7 — 15 μ . miały 6 — 12 zakrętów, po części były one pojedyncze, nieraz spostrzegano je w postaci Y. Co się tyczy badania krętków białych w skrawkach, to BEITZKE z początku trzymał się ściśle metody LEVADIT'ego, wobec jednak kilku nieudanych doświadczeń, zmodyfikował ją nieco, a mianowicie podwoił czas trwania bajcowania i redukowaniem i wszelkie manipulacje aż do chwili krajania wykonywał w ciemności. Badania autora dotyczą 18-u przypadków wrodzonego syfilisu, w większości z nich [przeważnie w skrawkach] znajdował oddzielne lub też liczniejsze krętki blade.

Przechodząc do sprawy etjologicznego znaczenia krętków białych, autor przedewszystkiem zaznacza, że krętki, spostrzegane na preparatach, zasuszonych na szkiełkach, i w skrawkach są to jedne i te same twory, za czem przemawia ich jednakowa postać i wielkość, i występowanie w jednych i tych samych organach. Nie ulega też wątpliwości, że krętki blade są to mikroby, przemawia za tem ich jednakowa postać i grubość, ruchomość, często spostrzegane położenie wewnątrzkomórkowe i masowe ich występowanie. Za ich etjologicznym znaczeniem dla syfilisu przemawia ich stałe i wyłączne występowanie w tej chorobie, a także badanie biologiczne: najłatwiej i najliczniej występują krętki blade w tkankach, szczególnie dotkniętych sprawą syfilityczną, jak np. w gumatach wątroby, grudkach syfilitycznych i t. d.

Wobec wyników badań, dotyczących przypadków wrodzonego i nabytego syfilisu, i rezultatów doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, jest prawie pewne, że krętki blade są przyczyną syfilisu, ostatecznie jednak kwestję tę uważać będzie można za rozstrzygniętą dopiero po otrzymaniu czystej hodowli krętków białych i jej dodatniem zaszczepieniu zwierzętom.

(*Berlin. klin. Wochenschr. 1906 Nr. 24*).

J. Rosenberg.

246. P. Hübschmann. Krętki blade i zmiany w narządach przy wrodzonym syfilisie.

W pracy swej autor podaje protokół sekcji noworodka, dotkniętego wrodzonym syfilisem, i wyniki badania mikroskopowego, poczem wyjaśnia stosunek krętków białych do zmian syfilitycznych rozmaitych organów. Główniejsze dane sekcji i badania mikroskopowego są następujące: serce powiększone, w płucach: *atelectasis* dolnych płatów, przekrwienie płuc, mikroskopowo: przekrwienie, żadnych zmian śródmią-

szowych, żadnych krętków; ślę d z i o n a: trochę powiększona, żadnych krętków; w n e r k a c h makroskopowo nic szczególnego, mikroskopowo częściowe nekrotyzowanie nabłonka, blade krętki w umiarkowanej liczbie *in tubulis et in glomerulis*; w n a d n e r c z u przekrwienie, nieliczne krętki; w ą t r o b a: powiększona, żadnych gumatów, ani też spraw śródmięszowych, krętki w umiarkowanej liczbie w ściankach naczyń włosowatych; *pancreas*: zgrubienie, ścisłej konsystencji, składa się z młodej tkanki łącznej, a w niej liczne blade krętki; gruczoł tarczowy: powiększony, ścisłej konsystencji, mikroskopowo: *thyreoiditis interstitialis* z bardzo licznymi krętkami przeważnie w tkance łącznej; w k o ś c i a c h: *osteocondritis syph.*; ł o ż y s k o: żadnych szczególnych zmian nie przedstawia, oddzielne krętki w *placenta foetalis*, liczniejsze w *plac. uterina*; w p ę p o w i n i e oddzielne krętki w ścianach tętnicznych, nieco liczniejsze we krwi żył.

Jak widzimy z powyższego, najobficiej występują krętki blade w trzustce i gruczole tarczowym, a więc w dwóch narządach, które szczególnie były dotknięte sprawą syfilityczną. Krętki w tych narządach głównie występowały w tkance łącznej, pomiędzy komórkami, niekiedy wewnątrz komórek, i w ściankach naczyń włosowatych. Ten ścisły związek pomiędzy stopniem syfilitycznych zmian narządów a liczbą występujących w nich bladych krętków wskazuje bez wątpienia na ich etiologiczne znaczenie dla syfilisu.

(*Berlin. klin. Woch.* 1906. Nr. 24).

J. Rosenberg.

O D C I N E K .

W sprawie szpitala Św. Stanisława.

Pisma codzienne doniosły nam, że na jednym z ostatnich posiedzeń Rada Miejska Dobroczynności Publicznej uchwaliła wybudować przy szpitalu św. Stanisława laboratorium bakterjologiczne wraz z nową trupiarnią i z salą sekcyjną. Że taka instytucja przy szpitalu dla chorób zakaźnych jest potrzebna i że powyższa decyzja na uznanie zasługuje, dwóch zdań być nie może. Niemniej przeto dziwnem nam się wydaje, że taż Rada Miejska nie dotąd nie przedsięwzięła dla zadośćuczynienia innym potrzebom tegoż szpitala, potrzebom może nawet ważniejszym, niż brak laboratorium bakterjologicznego. Trudno nam tu kreślić szczegółowy obraz szpitala Św. Stanisława, nie podobna jednakże nie wytknąć choć kilku bardziej krzyczących braków. Przedewszystkiem nie możemy zrozumieć, jak może dziś istnieć szpital dla chorób zakaźnych bez kamery dezynfekcyjnej. Wprawdzie przy budowie szpitala kamerę taką urządzono, lecz okazała się od razu wadliwą i niemożliwą do użycia, to też stale jest nieczynna i służy tylko do pokazywania zwiedzającym gościom. Długi czas o dezynfekcję bielizny i ubrania chorych wcale się nie troszczono, dziś okazda je służący formaliną. Gdyby coś podobnego opowiedzieć w Niemczech, uważanoby to za żart złośliwy. Niemniej skandalicznie od dezynfekcji przedstawia się pralnia w szpitalu Św. Stanisława. W porządku urządzonym szpitalu cała bielizna z oddziałów infekcyjnych, zanim

się dostanie do pralni, powinna uprzednio przejść przez kamerę dezynfekcyjną; dopiero stąd bywa odsyłana do pralni, która składa się z kilku oddzielnych pomieszczeń, jak oto: skład brudnej bielizny, maczalnia, właściwa pralnia, suszarnia, szwalnia [reperacje], magłownia i prasownia, sortownia, wreszcie magazyn. Otóż zamiast tego wszystkiego w szpitalu Św. Stanisława istnieje jedna tylko izba, która służy za skład brudów, pralnię, magłownię, prasownię i sortownię już upranej bielizny. Suszenie odbywa się na dworzu, na strychu, zresztą gdzie Bóg dał. Szkoda wielka, że dotąd Rada Miejska nie zainteresowała się tym szpitalem choćby o tyle, by obejrzeć tę wstrętną, brudną, wilgocią nasiąkniętą norę, która służy za pralnię dla zainfekowanej bielizny. Pomijamy bynajmniej nie wzorową kuchnię, a przechodzimy do pawilonów. Te na pierwszy rzut oka przedstawiają się dość dodatnio ze względu na czyste utrzymanie. Wystarczy jednak rozjeździć się dokładniej, by spostrzedz zadziwiające wprost braki. W zasadzie każdy pawilon ma służyć dla oddzielnej choroby zakaźnej; atoli w praktyce wobec braku miejsca niezawsze się do tego stosują. Tak więc, na przykład, chorzy na szkarlatynę bywają przenoszeni do baraku, w którym poprzednio leżeli chorzy na ospę i t. p., co jest o tyle mniej odpowiednie, że dezynfekcja w szpitalu nie odpowiada nawet skromnym wymaganiom. Wentylacja w pawilonach jest bardzo pierwotna, zimą zupełnie niewystarczająca. Wprost zadziwiający jest brak w pawilonach dla chorób zakaźnych nawet skromnego pokoiku dla lekarza, gdzie mógłby się on przebrać, brak umywalni z wodą bieżącą, gdzie mógłby porządnie ręce umyć, wreszcie brak kąjaka, gdzieby mógł choćby tylko mocz zbadać. Przecież nie podobna nieść wszystkich nocników przez całe podwórze do domu frontowego, gdzie urządzono wspólny gabinet lekarski. Chcąc jako tako się przebrać, lekarz musi posiłkować się pokojami siostry miłosierdzia. Z pomiędzy innych braków w oddziałach [brak składu na ubranie, na brudną bieliznę i t. d.] należy zaznaczyć jeszcze łączność prawie bezpośrednią sal męskich z kobiecami. W każdym razie pawilony murowane stoją o całe niebo wyżej od baraku ospowego, zbudowanego ze starych desek po rozebranych ongi domu dla obłąkanych kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus. Ciasnota, brak wentylacji, podłoga ze starych, źle przylegających desek, z licznymi dziurami i szparami, ściany zaledwie co parę lat malowane wapnem, z lampasem tylko olejnym u dołu — wszystko to uniemożliwia nawet znośne oczyszczenie budynku i czyni go stałym ogniskiem infekcji ospowej bez względu nawet na łatanie dziur w podłodze kawałkami blachy. Służba zwie ten barak gruchotem i modli się o to, by się prędzej zawalił.

Musimy tu dodać, że zarówno w baraku ospowym, jako też i w innych budynkach uderza brak oddziału dla dzieci. To też małe dzieciaki leżą wszędzie wśród dorosłych, nie odnosząc chyba stąd wielkiej korzyści moralnej, a sprawiając wiele kłopotu, a to tem bardziej, że szpital nie ma dla nich ani odpowiedniej liczby łóżek, ani bielizny, ani ubrania. Co do ubrania chorych wogóle, musimy zaznaczyć, że wobec braku dezynfekcji, łatwo może służyć ono za rozsądnik zarazy; jeden i ten sam szlafrok zimowy przechodzi bez odkażenia od osobnika do osobnika, często bez względu na rodzaj choroby. Jednym tylko ospowym wydzielane bywają szlafroki oddzielne i wobec braku innego pomieszczenia przechowywane na korytarzu w baraku ospowym. Jednakże i te szlafroki, gdy minie zima, zostają bez odkażenia z baraku usuwane, a wtedy łatwo mogą wchodzić w zetknięcie z innymi.

Słuszność nakazuje nam zaznaczyć, że w ostatnich czasach zrobiono jednak ważne udogodnienie, dając znośniejsze pomieszczenie dla służby. Niedawno jeszcze musiała ona sypiać po kuchenkach i pokojach kąpielowych dla chorych; teraz przeniesiono ją do świeżo wybudowanego domu, gdzie pomieszczono intendenturę i dano mieszkania niektórym urzędnikom. Szkoda atoli,

że nie pomyślano jednocześnie o urządzeniu odpowiedniego pomieszczenia na badanie i zapisywanie przybywających chorych. Dziś mieści się to w starym domu administracyjnym. Otóż tam poczekalnia, kancelarja, pokój do badania chorych, sypialnia i jadalnia felczera dyżurnego mieszczą się w jednej izbie, a przybywający z tyfusem lub dyzenterją chory nie ma na swą nagłą potrzebę wychodka. I to jest szpital dla chorób zakaźnych w wielkim mieście! Wreszcie jeszcze jedna uwaga: bardzo dobrze rozumiemy, że dostarczane szpitalom mleko posiada przeważnie niewielką wartość odżywczą, a chorzy zakaźni powinni mieć mleko doskonałe. Niemniej jednak, czyby nie należało usunąć obory z podwórka szpitalnego? Dość już stajni tramwajowych, przylegających do zabudowań szpitalnych. Już stąd muchy nadlatują latem w dostatecznej liczbie; pocóż je jeszcze sprowadzać zapomocą obory. Przecież te muchy z łatwością roznoszą zakażenie po mieście. Sądzimy, że należałoby krowy i konia bezwarunkowo pomieścić gdzieś w oddali od zabudowań szpitalnych.

Kończąc powyższe uwagi, musimy raz jeszcze wyrazić zdziwienie, że Rada Miejska, projektując budowę nowej trupiarni i założenie instytutu bakteriologicznego, nie pomyślała jednocześnie o usunięciu choć tych krzyczących braków, o których wyżej była mowa.

B. S.

Wiadomości bieżące.

— Na jednym z ostatnich posiedzeń Rada Miejska zdecydowała wyznaczyć służbie w Tworkach pensję po rb. 11 kop. 50 miesięcznie z tym przywilejem, że po przesłużeniu pierwszych pięciu lat pensja będzie podwyższona o połowę, a po przesłużeniu lat dziesięciu będzie podwojona. Decyzja taka jest zupełnie słuszna i należałoby ją zastosować do ogółu szpitali, przynajmniej pod względem podwyższania pensji z biegiem lat służby. Niemniej palącą jest sprawa emerytury dla służby szpitalnej.

— Kol. WACZAW LASOCKI z Nałęczowa, b. naczelný lekarz kolei Nadwiślańskiej, zapisał Towarzystwu rolniczemu lubelskiemu 12000 rubli na założenie szkoły rolniczej w Bochotnicy [pod Nałęczowem].

— W Moskwie studenci uniwersytetu urządzili bojkot prof. SINCZYNA za nietaktowne obchodzenie się z chorymi i studentami, za jego reakcyjne poglądy, za głosowanie za karą śmierci, a przeciw autonomji uniwersytetu i t. d.

— Niejaki ZIMIN dla upamiętnienia siostry swej i jej męża, CZURIKÓW, po których odziedziczył majątek, wybudował kosztem 80000 rubli budynek na instytut bakteriologiczny przy uniwersytecie w Tomsku i zaopatrzył go w odpowiednie środki celem dostarczania surowic leczniczych dla całej Syberji. Część ich zgodnie z wolą fundatora będzie posyłana bezpłatnie do Irkucka dla biednych tego miasta.

— W Londynie panuje silna epidemja szkarlatyny.

— Z m a r ł: WEINLEHNER, b. dyrektor kliniki chirurgicznej w Wiedniu.