

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O NAJNOWSZYCH SPOSOBACH

badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Zestawił **Henryk Pacanowski**, ordynator kliniki wewnętrznej.

Ktokolwiek uważniej literaturę fizjologii i patologii żołądka lat ostatnich rozpatrywał, zauważyć musiał, iż dział ten medycyny wewnętrznej uczynił postęp wielki. Minęły już czasy, gdy choroby tego narządu, tak często w praktyce napotykanne, rozpoznawano przeważnie na zasadzie objawów podmiotowych, przez chorego dostarczanych, uwzględniając badanie przedmiotowe w rzadkich jedynie wypadkach. To ostatnie ograniczało się zazwyczaj do oglądania gołym okiem lub nawet pod drobnowidzem wymiocin. Inne sposoby badania, jak np. badanie fizykalne, w tem znaczeniu rozległem, jak je się przy chorobach narządów pierśiowych stosuje, tu rzadko i w nader małym stopniu uwzględnianem być mogło.

Dziś nauka o chorobach żołądka otrzymała kierunek zupełnie inny. Ze względu na niemożność zastosowania metod badania fizykalnego na szerszą skalę, patologowie poszli w kierunku innym, a mianowicie zwrócili swą uwagę na sprawy czynnosciowe żołądka.

Dzięki temu udało się wyświecić bardzo wiele rzeczy, o których dawniej nie zgoła nie wiedziano, a zarazem poczęto wyróżniać nowe postacie chorobowe, przez

DLA CZEGO W NASZYCH ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH REZULTATY SĄ GORSZE NIŻ ZAGRANICĄ?

Uwagi wywołane ostatnim pobytem w Wiedniu,

skreślił **W. H. KRAJEWSKI**, miejscowy lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Ciąg dalszy (zob. Nr. 10).

IV. Operowanie i opatrywanie chorych.

Wobec tego co wyżej powiedziałem o personelu naszych oddziałów chirurgicznych i sposobach przechowywania i przygotowywania rzeczy stykających się z raną, czy można myśleć, aby rana zadana przez nas na stole operacyjnym miała przebieg aseptyczny? Naturalnie, że nie. Wystawiam sobie, co myśli gość zagraniczny przyglądając się naszym operacjom. Zresztą, po co szukać tak daleko. Ty sam, Czytelniku, jeśli jesteś na którym z naszych oddziałów chirurgicznych, a powrócisz doń, po paromiesięcznym pobycie zagranicą, doznasz tego samego wrażenia. Spróbuj je tu naszkicować choć w grubych zarysach:

patologów dawniejszych zazwyczaj do trzech rutynicznie przyjętych form cierpienia żołądka—nieżytu, wrzodu i raka—zaliczane.

W sposobach badania słusznie porównują niektórzy żołądek z pęcherzem moczowym; a jeśli przy rozpoznawaniu chorób tego ostatniego każdy za niezbędne poczytuje przede wszystkim moc z badać, tak samo zachodzi potrzeba badania zawartości żołądka wogóle, a zachowywania się prawidłowych części składowych soku żołądkowego w szczególności.

Zanim przejdę do właściwego przedmiotu artykułu niniejszego, uważam za stosowne poprzedzić go skreśleniem pokrótce głównych faktów fizjologicznych, żołądka dotyczących.

Żołądek składa się, jak wiadomo, z części następujących: z błony śluzowej, zawierającej narządy wydzielnicze; z błony mięśniowej oraz z błony surowiczej (otrzewnej). Przy badaniu jednakże uwzględnia się zazwyczaj tylko pierwsze dwie błony; one bowiem jedynie biorą właściwy w trawieniu udział.

Odpowiednio do znaczenia każdej z tych błon, czynność trawienia żołądkowego składa się z dwu aktów: *chemicznego i mechanicznego*.

Pierwszy ma za zadanie dokonywać przemiany ciał białkowych na przetwory łatwo przyswajalne, t. j. peptony. Drugiego zadaniem jest z jednej strony ściśnięcie pokarmów z sokiem żołądkowym, z drugiej—wydalanie wytworzonych produktów trawienia z żołądka.

Błona śluzowa żołądka wydziela sok żołądkowy. Zawiera on dwa głównie działające podczas trawienia składniki: kwas i pepsynę, a także ferment mleczny Hammarstena.

Jako prawidłowy kwas, w soku zawarty, poczytuje się dziś powszechnie *kwas solny*, jak to badania MALY'EGO i in. stwierdziły. Kwas mleczny, wbrew mniema-

Przypuśćmy, iż masz operować naprzykład chorego z zaciśniętą przepukliną, tylko co przyniesionego, lub dokonać jakiejś innej niecierpiącej zwłoki operacji. Przedewszystkiem znajdziesz, iż chory jest okropnie brudny, że przeszedł on przez łazienkę szpitalną dla formy raczej, niż w celu usunięcia brudu goszczącego na jego skórze może od kilku miesięcy,—nie mając czasu do stracenia, nie możesz, rozumie się, odsyłać chorego z powrotem do łazienki, i decydujesz się przystąpić do operacji po uprzednim oczyszczeniu przynajmniej pola operacyjnego. Do tej czynności zabiera się felczer, szoruje mianowicie całą okolicę namydloną szczotką, która wraz z mydłem leży w jakiejś okropnie brudnej skrzynce z mieszaniną błota i mydlin na dnie. Szczotka używana do tego celu nie jest nowa, lecz jest to szczotka, która niegdyś służyła ordynatorom do mycia paznokci, gdy się już stała niemożliwą do użycia, gdy wszystkie szczecinki, ją składające, pozałamywały się i stworzyły jakąś trudną do rozplątania mieszaninę, wtedy dopiero zaczyna służyć do szorowania pola operacyjnego, a dla ordynatorów kupuje się nową szczotkę. Otóż namydliwszy w ten sposób daną okolicę felczer goli ją i obmywa, do czego często używa gąbki, którą Ci następnie do rany podadzą. Ponieważ się manipulacje te nie zgadzają z tem coś widział Czytelniku zagranicą, zabierasz się więc sam do szorowania chorego, i używasz w braku czegoś lepszego tamponów z waty, spoczywającej przed chwilą w uścisku ręki posługacza, zmoczonych w kwasie karbolowym. Nareszcie zabierasz się do wykonania operacji i oto: przy pierwszym krwawiącym naczyniu, które zechcesz przewiązać, przekonasz się, iż felczer na stole rozplątuje ligatury, które Ci następnie po-

niu FRERICHS'A i niektórych autorów francuzkich (RICHEL), prawidłowym składnikiem soku nie jest.

Stopień kwaśności soku żołądkowego pozostaje w granicach mniej więcej stałych i wynosi przeciętnie 0,2—0,3%.

Kwas solny w początku aktu trawienia wykryć się nie daje, lecz dopiero po 2 godzinach (EDINGER, VELDEN). Po 3—4 godzinach kwaśność soku dochodzi do swego maksimum.

Drugą stałą częścią składową soku żołądkowego jest zacyzn—p e p s y n a. Od ilości jej zależy zdolność i szybkość trawienia; lecz, podobnie jak to miewa miejsce z kwasem solnym, odbywa się to do pewnej tylko granicy. W każdym razie bardzo nieznaczna ilość pepsyny wystarcza, ażeby sok własności trawiące posiadał.

Produkty ostateczne, otrzymane pod wpływem działania kwasu solnego i pepsyny na ciała białkowe, nazywają się p e p t o n a m i. Właściwy akt trawienia wszelako bardziej bywa złożonym, a dotąd nie ustaliły się jeszcze w zupełności poglądy, jakie mianowicie ciała wytwarzają się z białka, zanim takowe ostatecznie w pepton się zamieni. Pod tym względem dokonał nader ważnych poszukiwań REJCHMAN.

Dotąd jeszcze czytać nam się zdarza zdanie, według którego siła trawiąca danego soku żołądkowego ocenianą bywa na zasadzie mniejszej lub większej rozpuszczalności np. krążka skrzepłego białka kurzego lub strzępka włóknika w soku przy ciepłocie około 40° C. REJCHMAN słusznie dowiódł, iż pojęcie to jest błędnem, gdyż rozpuszczalność jest tylko pierwszym skutkiem aktu trawienia. Właściwą i jedynie racjonalną drogą pozostaje badanie produktów przemiany białka.

Najprzód — wedle REJCHMANA — białko przechodzi w rzeczywisty roztwór. Następnie wytwarzają się zeń dwa ciała: parapepton (*syntonina*) i metapepton (*natives Eiweiß*). Obadwa te ciała w dalszym ciągu przechodzą w pepton. Na tej zasadzie

daje; zobaczysz wstrętą łapę posługacza, wyciągającą się do Twego asystenta z septyczną gąbką; obejrzawszy się przypadkiem spostrzeżesz, iż felczer dla łatwiejszego nawleczenia igły chwyta w usta koniec ligatury i obrywa ją zębami (a przecież trudno podczas operacji ściągać zeń anamnezy i dowiadywać się, czy nie cierpiał przypadkiem na lues?) Wszystko to denerwuje Cię do najwyższego stopnia, krzyczysz, gwałtujesz — napróżno. Skończywszy operację i przekonawszy się, iż wszystko, czego się dotknąłeś, sprzysięgło się na zarażenie rany, decydujesz się wycynkować całą ranę, pomimo, iż to może zaszkodzić doraźnemu zlepieniu; po takim wycynkowaniu potrzeba zmyć ranę — wołasz więc o irygator, — podają Ci rurę, podczas gdy samo naczynie utrzymuje w górze jeden z posługaczy; z początku wszystko idzie dobrze, woda w cienkim strumieniu wydaje Ci się czystą, lecz nagle postać rzeczy się zmienia, woda z rury nie wypływa, dziwisz się, co może być tego przyczyną, aż tu felczer, przyzwyczajony do takich wydarzeń, tłómaczy Ci z uśmiechem, iż to się pewno kanka zatkała. i niezdetonowany wcale piorunującym spojrzeniem jakieś nań rzucasz, wyciąga kankę, kładzie do ust tym końcem, który dotyka rany i wydmuchuje... listek herbaty. Corpus delicti świadczący o pochodzeniu wody, którą napełniono irygator. Zrozpaczony temi wszystkimi spotykaniami na drodze operacyjnego leczenia przeciwnościami, zgóry nabrawszy przekonania, iż zaraziłeś ranę każdym dotknięciem, zaniechasz, rozumie się, zszywania rany, ile razy to będzie możebnem, w przeciwnym razie wkładasz jaknajgrubsze dreny, szczęściem (nie dla chorego, lecz dla Twego sumienia Czytelniku) nie widziałeś, zkąd je wydobyto. Nareszcie zdaje Ci się żeś przy-

REJCHMAN siłę trawiącą danego soku ocenia wedle zdolności, z jaką tenże w danym czasie białko na pepton zamienia.

Sok żołądkowy zawiera jeszcze jeden składnik, mianowicie t. zw. z a c z y n m l e c z n y (*Labferment*) Hammarstena. Nazwa jego stąd pochodzi, iż ścina on mleko, nawet wobec zalkalizowania zapomocą sody.

Błona mięśniowa żołądka wykonywa ruchy bardzo energiczne. Przedewszystkiem powoduje ona w żołądku, pokarmami napełnionym, ściśle przyleganie ścianek tegoż do masy pokarmowej. Jednocześnie obadwa otwory—wpust i odźwiernik—bywają zamknięte.

Domykalność odźwiernika w początku aktu trawienia jest zupełną; powoli rozluźnia się on coraz bardziej i przepuszcza peryjodycznie pewną część miazgi. Zupełne opróżnienie żołądka następuje zwykle po 6—7 godzinach od początku trawienia (LEUBE).

Z rana naczcho żołądek człowieka zdrowego winien być próżnym.

Wpływ hamujący na szybkość trawienia ma mięsiączka (KRETSCHY).

Peryjodyczne opróżnianie się żołądka przez wydalanie części strawionych pokarmów do dwunastnicy jest nieodzownym warunkiem trawienia prawidłowego, ponieważ dowiedzionem zostało, iż nagromadzenie peptonów w żołądku stanowi przeszkodę dla dalszej peptonizacji niestrawionych jeszcze części białka.

Z powyższego streszczenia pobieżnego faktów fizjologicznych da się wysnuć szemat, wedle którego przystępować należy do badania danej choroby żołądka.

Badanie winno na następujące odpowiedzieć punkta:

1) Zachowywanie się żołądka z rana naczcho. Czy jest on próżnym, czy zawiera resztki pokarmowe i t. p.

2) Takież zachowywanie się żołądka po 6—7 godzinach od chwili przyjęcia pokarmu.

bił do portu, wołasz o opatrunek,—hola!... nie tu koniec utrapieniom, powiadają Ci, że „Dobrodzika“ wyszła z oddziału, zamknąwszy szafę z opatrunkami, ha! cóż robić, posyłasz z prośbą o dostarczenie odpowiednich materyjałów, a tymczasem pokrywasz ranę kawałkiem kompresu zmaczonym w kwasie karbolowym, i patrzysz z rezygnacją jak Twój chory dygocze od zimna i niemiłosiernie dzwoni zębami. Nakoniec nakładasz upragniony opatrunek, z materyjałów wyżej opisanych. Chorego odnoszą na łóżko, a Ty Czytelniku, wychodząc z oddziału, czy sobie czasami nie powiesz, że możeby było lepiej wcale nie wykonywać operacji, niż podjąć się jej w podobnych, do otaczających Cię, warunkach. Jeśli to był casus urgens masz jeszcze na usprawiedliwienie to, iż czekać nie można było, lecz jeśli operacja, której dokonałeś, była to jakaś operation de complaisance, lub jeśli chory mógł jeszcze miesiące czekać z poddaniem się jej, wtedy postać rzeczy się zmienia, wtedy zaniepokoi Cię los jego, a niepokój ten zniknie dopiero w chwili, gdy chory Twój wybrnie quand même z matni, w którą popadł dzięki tak dokonanej operacji.

Zdaje mi się, iż właśnie to moralne przeświadczenie, że dotąd nie jesteśmy w stanie przeprowadzić w szpitalach operacji aseptycznie, jest ukrytą przyczyną wstrzeżliwości, jaka się u nas dotąd objawia—cóż dziwnego, iż uczciwy chirurg unika, ile razy się uda, dokonania operacji, jeśli jest przeświadczony, iż warunki, któremi może otoczyć chorego podczas operacji i po niej, nie wystarczają do zapewnienia możliwej bezkarności jego interwencji.

3) Zachowywanie się treści żołądka po upływie 2—4 godzin od chwili przyjęcia pokarmu. Jaki jest stopień kwaśności wogóle i od jakiego kwasu kwaśność zależy. Czy treść zawiera kwas solny i pepsynę. Jakie produkty wytworzyły się z białka. Czy i do jakiego stopnia białko uległo już peptonizacji. Jak się zachowują pokarmy niebiałkowe (*resp.* mączne).

4) Zdolność wydzielnicza gruczołów błony śluzowej żołądka.

5) Pojemność żołądka, ewentualnie określenie dolnej jego granicy.

6) Siła domykająca odźwiernika.

7) Zdolność chłonnicza błony śluzowej żołądka.

Ażeby badanie chorego było zupełnie dokładnem, wszystkie pytania powyższe naturalnie uwzględnianemi by być winny. Jednakże nie w każdym przypadku poszczególnym jest ono koniecznem. Zastosowanie tej lub owej metody zależy od momentów specjalnych, których uwzględnianie lekarz w tym lub innym razie za niezbędne poczytuje,—zwłaszcza, iż badanie takie bywa dla pacyenta przykrem i poważne częstokroć z jego strony przeszkody napotyka.

Badania w największej liczbie przypadków dokonywa się za pomocą zgłębnika i pompki żołądkowej. Tam, gdzie bywają wymioty, to i massy wymiotne chemicznie zbadać się dadzą.

Pompkę wprowadził, jak wiadomo, w użycie KUSSMAUL, celem leczenia rozszerzenia żołądka. Znaną jest ona w praktyce pod nazwą pompki amerykańskiej WY-MANN'A. Jest-to przyrząd ssąco-tłoczący, którego główna zasada opiera się na odpowiednim mechanizmie, za pomocą którego wydobywać można zawartość z żołądka, a następnie, za naciśnięciem sprężyny i obroceniem kranu wydalać takową nazewnątrz.

LEUBE oddaje stanowczo pierwszeństwo pompce przed lewarem, zalecanym przez JÜRGENSEN'A,—szczególniej tam, gdzie chodzi o doszczętne opróżnianie żołądka.

Kiedy już mowa o sposobach dokonywania u nas operacji, muszę tu zaznaczyć jeszcze jeden fakt, który, chociaż nie ma bezpośredniego wpływu na septyczne lub aseptyczne przeprowadzenie operacji, modyfikuje jednak, nieraz w zupełnie niewłaściwy a czasem szkodliwy sposób, samą technikę dokonania operacji, co się też wcale nie przyczynia do polepszenia otrzymywanych u nas rezultatów. Wspomniałem już wyżej, jak niedostateczną jest asysta na naszych oddziałach, z tego powodu ordynator przy jakiejś ważniejszej operacji zmuszony jest uciekać się z prośbą o pomoc do ordynatorów innych oddziałów chirurgicznych. Otóż to podczas takich operacji dokonanych przy rozumnej pomocy objawia się nasza żyłka sejmikowania, wypływa nieszczęsne liberum veto! Każdy z pomocników rozumuje po swojemu i chce zdanie swoje narzucić operatorowi, chwali ten lub ów jego postępek, gani znów inny, formalnie przeszkadza dokonaniu tego co się nie zgadza z jego własnem przekonaniem. Widziałem, jak uniesiony genialnością swej myśli doradzca, nie wahał się w ferwore umieścić swej ręki na drodze między raną a nożem operatora, aby tylko przeszkodzić dokonaniu tego, coby było niewłaściwem podług jego mniemania, nie bacząc na niebezpieczeństwo, jakie grozi tej ręce od noża pozostającego w rękach zdeenerwowanego, oszołomionego mnogiemi, wręcz ze sobą sprzecznemi radami, operatora. A przecież zdrowa logika powiada, iż chirurg, nim przystąpił do operacji, obmyślił pewno jakiś plan postępowania, jak również modyfikacje jakim ten plan

JAWORSKI zaleca aspirator swego pomysłu, nader prosty i łatwo zbudować się dający. Nigdzie jednak o zastosowaniu takowego przez innych autorów dotąd w literaturze wzmianki nie spotkałem.

Zasluga zastosowania pompki i zgłębnika do celów rozpoznawczych należy się LEUBE'MU, jednemu z najgruntowniejszych obecnie znawców patologii żołądka. W całym szeregu prac LEUBE wykazał,—a i dziś jeszcze wciąż wykazuje,—doniosłość takiego badania. Aby zaś celu tego dopiąć i ażeby użycie pomki i zgłębnika jaknajbardziej upowszechnić, LEUBE na zasadzie ścisłych badań rozproszył nieuzasadnione obawy przed rozległym ich stosowaniem. Rozumie się, że i tu, jak przy jakichkolwiek innych rękoczynach, niezbędną jest pewna wprawa i ostrożność. LEUBE wszelako dowiódł, iż nawet nader rzadko przytrafiające się wypadki ¹⁾ naddarcia lub oderwania cząstek błony śluzowej żołądka podczas stosowania zgłębnika, co się krwotokiem, a niekiedy wydobyciem nazewnątrz kawałka błony śluzowej uwydatnia,—zgoła złych następstw nie pociągają i w bardzo prędkim czasie doszczętnie się goją. Przy wrzodzie żołądka oraz bezkrwistości złośliwej LEUBE radzi zgłębnika nie używać.

Obecnie stosowane są zgłębniki o jednakiej na całej swej długości średnicy, zupełnie miękkie (na wzór cewników NÉLATON'A), lub też nieco twardsze, ale w każdym razie podatne. Koniec dolny bywa zamkniętym i tępym; z boków dwa przeciwległe szerokie podłużne otwory.

Sposób wprowadzania zgłębnika powszechnie jest znanym i dla tego opisywać go bliżej nie będę. MALBRANC radzi odmierzyć w przybliżeniu przestrzeń od kąta ust przez szyję aż do 8—9-go kręgu grzbietowego, t. j. na 1—2 cali poniżej wpustu żołądka.

(d. c. n.)

¹⁾ Haenisch zebrał 8 podobnych przypadków w całej literaturze (Ziemssen, Wiesner, Schliep, Leube i Huber).

uledz będzie musiał pod wpływem nowych odkryć, zrobionych podczas dokonywania operacji. Wszelkie rady o ile są doskonałe przed operacją, o tyle zgubnie działają podczas jej dokonywania, czyniąc operatora chwiejnym, sprowadzając go z obranej drogi na manowce, przerywając i przewlekając niepotrzebnie wszystkie akty operacji.

Na tem kończę uwagi moje nad operowaniem w naszych szpitalach. Dalszy ciąg dzieła rozpoczętego operacją—opatrunek, jest niemniej ciekawy, przyjrzyjmy mu się.

Jeszcze przed przybyciem lekarzy lub felczera Siostra miłosierdzia przygotowuje potrzebną ilość materyjałów opatrunkowych. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż pod względem wydzielania opatrunków Siostra odgrywa rolę cerbera, ochraniającego kopiejkę szpitalną i starającego się wszelkimi możliwymi sposobami zmniejszyć ilość zużytych materyjałów opatrunkowych. Pochodzi to ztąd, iż, słusznie, czy nie, w to nie wchodzę, powstało podejrzenie, że są pomiędzy osobistościami, składającymi personel oddziałowy, indywiduala zużytkowujące część materyjałów na własną korzyść; ztąd częste spory między felczerni a Siostrą o ilość dostarczanych do opatrunku materyjałów, wychodzące zwykle na niekorzyść chorych. Przygotowywanie potrzebnych do opatrunków materyjałów jest dość charakterystycznym na to, aby się mu bliżej przypatrzeć.

W sali operacyjnej na stole operacyjnym, który nota bene już po operacji poprzedniego wieczora służył do układania i porządkowania bielizny powróconej z prania, lub innych gospodarskich potrzeb, rozkładają się różnorodne materyjały opa-

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

148. D. BENZUR. **Studya nad zawartością hemoglobiny we krwi ludzkiej w blednicy i bezkrwistości pod wpływem leczenia hemoglobina i krwią.** *Studien über Haemoglobingehalt des menschlichen Blutes bei Chlorose und Anaemie unter Haemoglobin- und Blutzufuhr.* (D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 36, Heft 5 i 6).

Wielu autorów (Schmiedeberg, Ko-bert, Hamburger i inni) zaprzeczają, aby żelazo posiadało swoiste znaczenie przy leczeniu blednicy, ponieważ doświadczenia okazały, że tylko minimalne jego ilości ulegają wchłonięciu w kanale pokarmowym. Żelazo koniecznym jest do regeneracji hemoglobiny, otrzymuje się ono w normalnych warunkach za pośrednictwem błony śluzowej żołądka i kiszek z pokarmów, w których znajduje się wprawdzie w małej bardzo ilości, wystarczającej jednak do utrzymania koniecznej jego ilości w organizmie. I w terapeutycznym znaczeniu

wystarczają również bardzo małe ilości żelaza, t. j. takie, jakie w kanale pokarmowym mogą być wchłonięte. Żelazo nie może być zastąpionem w leczeniu blednicy ani przez dobre pielęgnowanie chorych i starannie przyrządzane potrawy, ani przez dobre powietrze, spokój fizyczny i umysłowy. Z drugiej strony zwiększenie ilości hemoglobiny we krwi po użyciu żelaza stwierdzonem zostało nietylko doświadczalnie, ale i przez kliniczne spostrzeżenia. Szczególnie doświadczenia Scherpfa i Leichtensterna wskazują na związek przyczynowy między użyciem żelaza i zwiększeniem się ilości hemoglobiny we krwi; lecz nie objaśniają one, czy zależy ono od bezpośredniego przejścia żelaza do krwi, czy też jest skutkiem podrażnienia błony śluzowej kiszek i żołądka, przez co trawienie się poprawia.

W celu rozwiązania tej kwestyi, podawał autor pacjentom małe dawki żelaza w postaci pastylek hemoglobinowych, które nie drażnią wcale błony śluzowej i łatwo ulegają wchłonięciu. Pastylki przyrządzone ze krwi wołowej, zawierają około 0.35 oksyhemoglobiny; takich pastylek

trunkowe, jako to: gazy różnego rodzaju, wata preparowana i zwyczajna, bandaże muślinowe i płócienne. Siostra oddziałowa, znając przypuszczalną ilość materiałów opatrunkowych potrzebną do dziennego opatrunku, układa je w specjalnych noszach służących do roznoszenia ich po salę. Jest-to rodzaj stolnicy drewnianej podzielonej na klatki różnej wielkości, zwykle parę takich stolnic znajduje się na oddziale, od chwili sprawienia nigdy chyba nie były myte, takie w każdej klatce na ścianach jak i na dnie masy brudu, wskutek czego przybrały one szarawy kolor, a na tym tle plamy powstałe od lapisu, nalewki jodowej, półtora chlorku żelaza etc. tworzą wzorzyste rysunki. Po ukończeniu opatrunków stolnice te spoczywają w sąsiedztwie zlewu, z kąd naturalnie różne nieczystości zbryzgują je, i czynią wstrętnymi. Siostra miłosierdzia tnie gazę na małe kwadratowe kawałeczki (niemające więcej nad 6 ctm. długości i tyleż szerokości) i kupkę takich gałganków kładzie do jednego z kompartymentów wyżej opisanej stolnicy; w drugiej klatce układa się odpowiednia ilość waty preparowanej, pociętej na także drobniutkie kwadraciki jak i gaza, Siostra widocznie przypuszcza, iż im więcej będzie kawałków bez względu na ich wielkość, tem mniej wyjdzie waty, chyba nie potrzebując dowodzić całej bezzasadności i szkodliwości takiego rodzaju postępowania. Wata zwyczajna jest cokolwiek szkodliwiej wydzielona, ułożona w kwadraty, spoczywa w oddzielnym kompartymencie, lub, jeśli jej jest za dużo, zostaje wprost rzuconą na wszystko. Bandaże muślinowe zwykle wazkie jak sznureczki (też ze względu oszczędności) kładą się do białej fajansowej

chorzy przyjmowali po 6 dziennie. Ilość hemoglobiny użytej dziennie wynosiła 8 miligr. i pomimo tak małej ilości żelaza otrzymał autor znakomite wyniki w leczeniu; we wszystkich przypadkach ilość hemoglobiny we krwi (określona metodą Vierordta zapomocą spektralnej analizy) znacznie się zwiększyła. Ważne ma przytem znaczenie i działanie żelaza na błonę śluzową żołądka i kiszek, wskutek czego znacznie się poprawia łaknienie. Tem można objaśnić, dla czego większe dawki żelaza prędzej i skuteczniej leczą blednicę, niż małe. Doświadczenie jednak uczy, że większe dawki żelaza często nie mogą być użytymi z powodu zbytnej wrażliwości żołądka, wadliwego trawienia, gruźliczego usposobienia, krwotoków i t. p.; wówczas to są wskazane małe dawki żelaza w postaci preparatów hemoglobiny.

Hemoglobina krystaliczna otrzymana ze krwi końskiej wstrzyknięta podskórnie zwierzętom łatwo przechodzi do krwiobiegu; tam część jego wydziela się przez nerki, część zaś służy do utworzenia barwnika żółciowego. Doświadczenia autora wykazały, że część hemoglobiny wprowa-

dzonej do organizmu pozostaje we krwi, że małe ilości hemoglobiny nie wywołują hemoglobinurii. Haemoglobinuria podług Ponficka występuje tylko wtedy, jeżeli ilość obcej hemoglobiny we krwi przechodzi pewną granicę; wówczas w moczu znajduje się mnóstwo ciałek krwi i walczków krwawych. Jednocześnie zjawia się gorączka i białkomocz, trwający dłużej niż hemoglobinuria. Krystaliczna i rozpuszczona hemoglobina, wstrzyknięta podskórnie ludziom, powoduje bóle i zapalenia, podczas gdy odwłokniona krew ludzka wstrzyknięta z zachowaniem pewnych ostrożności nie powoduje ani bólów, ani zapalenia, jeżeli przytem zapomocą mięsienia pomaga się jej wchłanianiu. Krew zwierzęca w takiej samej ilości wytwarza zawsze ropnie podskórne. Podskórne wstrzyknięcie krwi ludzkiej zwiększa ilość hemoglobiny we krwi, szczególnie w dniu następnym po wstrzyknięciu; ilość ta pozostaje zwiększoną jeszcze w 10 dni później. *Hopfenblum.*

149. LEUBE. **O zawrocie pochodzenia kiszkowego.** *Ueber Darmschwindel.* (*Deut. Ar. f. Kl. Med.* B. 36).

miseczki, na dnie której znajduje się cokolwiek kwasu karbolowego (warto obejrzeć ten kwas po zużyciu bandaży, kolor jego staje się brudno czarnym, co dobitnie przekonywa tak o czystości samych bandaży jak i rąk opatrującego). Bandaże płócienne, zwykle niedbale wyprane, noszące pełno plam tłuszczu i ropy na sobie, zajmują jeszcze jeden kompartment. Podczas tych przygotowań posługacze napełniają w wiadomy Czytelnikowi sposób irygatory. Felczer przybywszy do oddziału i przemieniwszy *czysty* miejski surdut na inny zużyty i zaplamiony, pozostawiony w szpitalu dla donoszenia, dodaje do przyrządzonych na stolnicy opatrunków: słoik z gnijącymi drenami, nigdy niczem nie zatykany, napełniony niby rozczyntem kwasu karbolowego, z którego ten ostatni dawno się już ulotnił, a pozostała tylko mętna cuchnąca woda; słoik z jodoformem wiecznie otwarty z tkwiącą w nim rogową łyżeczką złamaną i związaną brudnym sznurkiem; buteleczkę z nalewką jodową; drugą z lapisem, pędzelek wrzuca do jednej z klatek stolnicy, aby się dobrze utarzał w pyłe ją wypełniającym; nareszcie słoik z kwasem przeznaczony na pomieszczenie nożyczek, pincetu i innych podręcznych narzędzi, co dziwna, że słoik ten zwykle jest zamały na to, aby się nożyczki mogły zupełnie w kwasie zanurzyć, tymczasem pincet, raz się doń dostawszy, trudno daje się wydobyć z powodu, iż szyjka słoika jest węższa, niż reszta, — felczer i na to sobie radzi, oto sadza pincet na konia na ścianie słoika, tak, iż jedno ramię znajduje się w kwasie, drugie zaś sterczy nazewnątrz — czy nie jasny to dowód, jak głęboko wpojone mu są zasady metody przeciwnilnej? Dokończywszy w ten

Z pomiędzy przeróżnych postaci współczulnych zawrotów głowy, najczęstszą bezwarunkowo jest postać, zależna^a od cierpienia żołądka. Zwrócił na nią uwagę i opisał ją przed 20 laty Trousseau, jakkolwiek i znacznie wcześniej znaną i opisywaną była. Już w dziełach Archigenesa i Galena znajdujemy o niej wzmiankę i ściśle odróżnienie od zawrotów mózgowego pochodzenia, a późniejsi autorowie też niejednokrotnie wspominają o niej i szczegółowo opisują. W różnych czasach stosownie do panujących w nauce pojęć, rozmaicie objaśniano sobie powstawanie tego rodzaju zawrotów, lecz i obecne zapatrywania na patogenezę zawrotów nie opierają się jeszcze na stałych fizjologicznych podstawach.

W przebiegu chorób żołądkowych zawrót głowy w wielu razach w ścisłym pozostaje związku ze sprawą trawienia, czasami towarzyszy mu zgaga i „kula“ (globus), w innych wypadkach poprzedza go wzdęcie żołądka, u niektórych chorych zawrót występuje tylko w pewnym okresie trawienia, u drugich tylko po spożyciu pewnych potraw. Wogóle jednak zawrót

głowy pochodzenia żołądkowego w ścisłym tego słowa znaczeniu jest dosyć rzadkiem zjawiskiem i najczęściej spostrzegać się daje przy niestrawności nerwowej (17% Leibe).

Słuszność twierdzenia, że przy niektórych cierpieniach żołądka uczucie zawrotu rzeczywiście z żołądka pochodzi, potwierdza, zdaniem autora, już przed wielu laty przez niego zrobione spostrzeżenie, że u niektórych pacjentów można sztucznie wywołać zawrót głowy zapomocą ucisku, wywartego na okolicę żołądka. Opierając się na powyższem spostrzeżeniu i na dotychczasowych wiadomościach z fizjologii i patologii o pochodzeniu zawrotu, można sobie wytłómaczyć zawrót głowy pochodzenia żołądkowego tem, że podrażnienie, wychodzące z nerwów żołądka, przenosi się na powodujące zawrót głowy części mózgowia bezpośrednio przez rozpromienianie lub też pośrednio przez chwilową zmianę warunków wewnątrzczaszkowego krwiobiegu i ucisku.

Pamiętać należy, że u chorych żołądkowych zawrót głowy zależeć może od spowodowanego tem cierpieniem uwiązdu,

sposób wyposażenie stolnicy i uzbrowiwszy swe uszy w sondę i piórko z lapisem, felczer, powierza stolnicę w ręce wyżej opisanego posługacza i rozpoczyna septyczną wędrowkę po salach, której jako signum temporis towarzyszy antyseptyczny zapach karbolu i jodoformu. Niestety większość opatrunków (tak zwane łatwiejsze) odbywa się podczas nieobecności ordynatora, który ma czas zaledwie opatrzeć świeżo operowanych chorych. Chorzy, którzy przypuszczalnie wyszli z niebezpieczeństwa, pozostają po większej części na opiece felczera, od czasu do czasu tylko kontrolowanej, najczęściej wtedy, gdy jakaś komplikacja przerwała normalny przebieg gojenia.

Co się tyczy świeżo operowanych, to chociaż są oni opatrywani przez samego chirurga, chociaż wysiła się on na zachowanie możliwych ostrożności, jednak najczęściej nie udaje się doraźne zlepianie, z powodu, iż wszystko co przyjmuje udział w opatrywaniu, za wyjątkiem samego chirurga, przeciwdziała skutecznie takiemu zejściu operacyi.

Jakże odmiennie przedstawiają się pod tym względem szpitale niemieckie. Wszyscy bez wyjątku przyjmujący udział w operacyi, począwszy od operatora, a skończywszy na posługaczu, ubierają się przed operacyją w świeżo wyprane płócienne kaftany, sięgające poniżej kolan; ręce myją i dezynfekują przed każdą operacyją. Chory przybywa na stół operacyjny dokładnie obmyty, tu przedewszystkiem sami asystenci zabierają się do wyszorowania i ogolenia pola operacyjnego, nawet pierwszy asystent nie uważa sobie za ubliżenie zabrać się do tej czynności. Do szo-

niedokrewności etc. Wtedy tylko zatem można mówić o zawrocie głowy pochodzenia żołądkowego, jeżeli jesteśmy w stanie wykazać bezpośrednią i ścisłą łączność tego z cierpieniem żołądka i wykluczyć wszelkie inne mogące go powodować przyczyny. Zawrót głowy wywołanym też być może przez podrażnienie i cierpienie kiszek, dowodem czego służą zawroty przy wnetrzniakach, ustępujące wraz z ich usunięciem.

Od wielu już lat autor zauważył, że niektóre osobniki, chorobą kiszek dotknięte, cierpią na uporczywy i męczący zawrót głowy, który ustępuje po odejściu wiatrów i po obfitych wypróżnieniach. W przytoczonych przez autora wypadkach, zawrót głowy występował przy ucisku wywartym palcem lub też gazami i masami kałowymi na dolny odcinek кишки grubej.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa uciskowi podlega plexus haemorrhoidalis nerwu współczulnego i powoduje powstawanie zawrotu.

Władysław Brüner.

150. Th. ESCHERICH. Bakteryjolo-

giczne badania mleka kobiecego. (*Fort-schritte d. Med.* Nr. 8, 1885).

W powyższej pracy autor postanowił wykazać, że i mleko ludzkie nie zawiera żadnych fermentów i zarodków organicznych, jak to dowiedli dla mleka krowiego Lister, Robert, Meisner i inni. Ponieważ mleko stanowi jeden z najlepszych gruntów odżywczych dla różnego rodzaju bakteryj, możnaby przypuścić, że podczas aktu karmienia, wskutek zetknięcia się z ustami dziecięcia, obfitującymi w organizmy, następuje zakażenie i rozkład zawartości gruczołu piersiowego, szkodliwy dla matki i dziecka. E. po dokładnem oczyszczeniu i dezynfekcyi gruczołu piersiowego poddawał mleko hodowli w rurkach włosowatych (Klebs), a następnie zachowując je przez pewien czas w ciepłocie 37°, zawartości ich zaszczepiał na gruncie stałym (podług Kocha). W ten sposób poddał badaniu mleko 25 zdrowych kobiet w różnych okresach karmienia, poczynając od 1-go dnia po porodzie, aż do 6—8 miesiąca. W jednej tylko rurce rozwinęły się laseczniki, pewnie wskutek zanieczyszczenia, podczas gdy we

rowania używają mydła i szcetek, przebywających bezustannie w kuflach napełnionych rozczysem kw. karbolowego lub innego środka przeciwnilnego, dalej w miarę potrzeby stosują terpentynę i eter siarczany dla usunięcia czy to tłuszczu, czy śladów po plastrze lepkim i t. d. Po takim oczyszczeniu i ogoleniu pola operacyjnego, następuje obfita irygacja rozczysem środka przeciwnilnego. Całego chorego z wyjątkiem części, na której ma być dokonana operacja, pokrywa się ogrzanymi prześcieradłami lub kołdrą wełnianą, następnie wyksatyną lub płótnem kauczukowym, a na niem dopiero rozściela się kompresy płócienne zamoczone w kwasie karbolowym, cały chory jest literalnie pokryty temi ostatnimi, a to w celu, aby używane podczas operacyi narzędzia, nici i t. d. nie stykały się z czemkolwiek mogącem je zarazić. Zwykle istnieją w sali operacyjnej dwie duże płaskie wanienki: jedna dla pomieszczenia instrumentów, druga dla ligatur, igieł i wogóle wszystkiego, co się używa do podwiązywania naczyń i szycia. W większych oddziałach, gdzie jest mnogość asystentów, jeden zajmuje się podczas operacyi tylko instrumentami, inny znów ligaturami, ten ostatni nawleka igły i trzyma w pogotowiu wszystko, co do szwu jest potrzebnem; nie potrzebują dodawać, iż jako ludzie wykształceni teoretycznie i wprawiani w wykonywanie powierzonych im obowiązków, postępują oni ściśle aseptycznie. Przy operatorze stoi miednica z płynem aseptycznym, w którym obmywa on co chwila ręce, nie pozwalając, aby krew lub inne wydzieliny na nich zaschły. Cały personel, funkcjonujący przy operacyi, tak się zżył z sobą, tak każdy pojedynczy

wszystkich innych nawet po kilkutygodniowym zachowaniu mleka, żadnej zmiany w wyglądzie, ani w odczynie tegoż nie spostrzeżono.

Badanie mleka kobiet, przedstawiających różne zбочenia w przebiegu okresu połogowego, w powyżej opisany sposób wykonywane wykazały obecność w nim kokków, prędko się rozmnażających i wywołujących kwaśny odczyn mleka. Ze względu na wielkość, rozkład w obrazie mikroskopowym, ich hodowlę na żelatynie, agar i kartoflu nie różnią się one wcale od *Staphylococcus pyogenus aureus* i *albus*. Zastrzyknięte pod skórę zwierzętom wytwarzają ropnie, wstrzyknięte do krwi królikom powodują ich śmierć.

Wogóle poddano badaniu mleko 33 położnic: w 9 przypadkach połówg przebiegał prawidłowo bez gorączki, mleko w tych przypadkach nie zawierało kokków, których nie było i w przypadkach gorączkowych, jeżeli gorączka zależała od cierpień innych organów (otitis media, phthisis pulmonium i t. d.). Natomiast we wszystkich przypadkach chorób popołogo-

wych organów płciowych mleko kobiece zawierało kokki (*staphylococcus albus* lub *aureus*) podczas trwania gorączki, niekiedy nawet w dwa dni po jej ustąpieniu. Kokki te pochodzą prawdopodobnie ze krwi, jak to wskazuje obecność ich jednocześnie z objawami klinicznymi septycznego zakażenia. Wynika to również z doświadczeń nad morskimi świnkami, u których wstrzyknięte do krwi kokki po kilku godzinach zjawiają się w moczu i w mleku. Miejscem wnikięcia bakterij znajdujących się we krwi jest bezwątpienia rana narządów płciowych, ponieważ i w normalnych odchodach połogowych znajdują się w wielkiej ilości organizmy, których własność zakaźna nie ulega najmniejszej wątpliwości (Müller).

M. Hopfenblum.

151. G. v. LIEBIG. **Działanie zgeszczzonego powietrza w dzwonach pneumatycznych przy dychawicy.** *Die Wirkung des erhöhten Luftdrucks in den pneumatischen Kammern bei Asthma;* odczyt na zjeździe w Wiesbaden. (*Deutsche Med. Woch.* Nr. 15).

Pogląd na punkt wyjścia działania

osobnik zna dokładnie swą czynność, iż wszystko odbywa się z dokładnością wybornej zegarowej maszyny, nie masz tam słów napróżno zmarnowanych, nie ma krzyku, hałasu, nieprzewidzianych niespodzianek, zdziwień etc., jedno-wyrazowe rozkazy: messer, ligatur, schieber... przypominające monotonne tik tak zegarowe, od czasu do czasu jakaś uwaga dotycząca operowanego, oto wszystko co słyszysz. Operator jest tam osi, około której się wszystko obraca, myśli jego wszyscy pomocnicy odgadnąć pragną, a kierowani w tem umiejętnością i doświadczeniem własnem, rzadko kiedy chybiają. W dawanie rad podczas operacji nikt się tu nie bawi, i to nietylko wtedy, gdy sam mistrz operuje, lecz i wtedy, gdy operuje jego zastępca, a on gra tylko rolę widza lub pomocnika; widziałem prof. Billroth'a w tej roli, podczas gdy operował jego asystent, a zachowaniem wcale nie dał uczuć umysłowej przewagi swojej, pomagał jak każdy asystent, rady dopiero zapytany udzielał. Po dokonaniu operacji chirurgowie niemieccy przywiązują wielką wagę do należytego zatrzymania krwotoku, szczególnie po użyciu zaciskacza Esmarcha, to też często nakładanie ligatur na krwawiące naczynia trwa u nich dłużej od samej operacji, wszelkie najmniejsze naczynie krwawiące zostaje podwiązane; będąc obecnym raz przy amputacji uda naliczyłem, iż nałożono 45 ligatur. Zwracam uwagę na fakt ten dla tego, iż zdarzyło mi się spotkać w naszych szpitalach z pewnego rodzaju lekceważeniem tego prawidłą, co pociąga za sobą szybkie przekrwawianie opatrunku, tworzenie się skrzepów w głębi rany, uniemożliwiających zlepienie doraźne; iż tak jest rzeczywiście, o tem

zgęszczonego powietrza nie jest dotąd stanowczo wyjaśnionym. Jedni widzą go w zwiększonym dowozie tlenu, drudzy w czysto mechanicznym efekcie. Autor badał tę kwestyję przy astmie. Przy leczeniu tej sprawy chodzi najbardziej o rozszerzenie płuc, czyli ułatwienie wdechu (zwiększenie pojemności płuc przez głębszy wdech). Prawie również ważnym jest możność utrzymania wspomnianego ułatwienia czyli działanie następce zgęszczonego powietrza.

Ulgę w oddychaniu można zauważyć najlepiej, obserwując chorego cierpiącego na astmę, pod dzwonem. Już podczas wzrastania ciśnienia oddychanie staje się widocznie lżejszem, a chory doznaje przyjemnego uczucia, stopniowo pozbywając się swych dolegliwości. W początkach leczenia wracają one jeszcze w ciągu dnia lub w nocy, zwykle jednak po pewnym przeciągu czasu ulga utrzymuje się stale. W rzadszych tylko przypadkach dolegliwości, chociaż ustępują pod dzwonem, powracają nawet po 20 — 30 posiedzeniach.

Przedstawienie stosunków, warunku-

jących wpływ podniesionego ciśnienia na wdech, a także działanie następce uda się najlepiej jeżeli rozpatrywać cały akt oddechowy. Śledząc z zegarkiem w rękę za oddechaniem chorego pod dzwonem widzimy, że częstość oddechania się zmniejsza; wydech jednak nie przyjmuje w tem udziału, a zależy to jedynie od znacznego *zwolnienia wydechu*. Ponieważ zaś ostatni jest fizjologicznie aktem biernym, zwolnienie jego jest przeto dowodem mechanicznego czysto działania podniesionego ciśnienia (zwiększenia się przeszkód przy wychodzeniu powietrza z płuc). Dawniejsze doświadczenia autora wykazują, że zwiększenie ciśnienia o pół atmosfery wydłuża wydech o 18⁰/₀ jego zwykłej długości (np. zamiast 15 oddechów na minutę 12 takiej samej głębokości). Wspomniane zwolnienie oddechania pociąga za sobą większe nagromadzenie się kwasu węglowego we krwi i pobudza do nowego wdechu, zanim jeszcze płuco doszło do swej najmniejszej objętości wydechowej. Wskutek tego w przerwie oddechowej płuco pozostaje rozszerzonym. Taki zaś stan (w rozszerzeniu przyjmują udział zarówno

niejednokrotnie osobiście się przekonałem. Wobec ważności celu, który się osiąga przez dokładne powstrzymanie krwotoku, mało znaczącą wydaje się niedogodność wynikająca ze straty większej ilości czasu, odzyskuje się go przez skrócenie czasu gojenia i rzadszą zmianę opatrunku. Drenów długich, przechodzących przez całą długość rany od jednego jej kąta do drugiego, używanych często w naszych szpitalach, w Niemczech nie używają, zamiast tego, używają drenów krótkich, opatrzonych agrafką, przeprowadzanych w miejscach najniżej położonych, w których jest obawa zebrania się wydzieliny rany, cel zostaje przez to osiągnięty, a unika się drażnienia, jakie wywołuje wielki kawał drenu w świeżej ranie. Po należytem obmyciu rany, która podczas całej operacji była często zlewana roztworem antyseptycznym, chirurg niemiecki przystępuje do jej zaszycia, zwykle zastosowuje dwa rodzaje szwów: *głęboki* (w formie szwu płytkowego lub materacykowego — pod pętlę nitki podkłada materacyki z gazy) i powierzchniowy (najczęściej kuśnierski), w ten sposób zostają zbliżone nie tylko brzegi skóry lecz i tkanki głębiej leżące, większe powierzchnie rany przylegają do siebie i jeśli nastąpi zlepienie, to na znaczniejszej przestrzeni i trwalsze niż po zaszyciu tylko skóry. Kuśnierski szew ma tę przewagę nad ogólnie u nas używanym węzełkowym, iż się szybciej nakłada, a do zbliżenia brzegów skóry zupełnie wystarcza. Po nałożeniu szwów jeszcze raz się całą ranę przemywa dla przekonania się, czy dreny są drożne, w przeciwnym razie wyszukuje się przyczynę niedrożności i usuwa takową, często wystarcza rozluźnienie jednego szwu zbyt ściśle zaciśniętego.

pęcherzyki jak i oskrzela wszelkiego rozmiaru) ułatwia wdech.

Autor robił doświadczenia nad szybkością przepływu powietrza przez włosowate rurki, zbliżone rozmiarami do światła najdrobniejszych oskrzeli, i przekonał się, że przypuszczenie rozszerzenia się oskrzelików w tych razach jest upodstawianem.

Możnaby zarzucić, że nie samo rozszerzenie płuca jest przyczyną ulgi w oddechaniu, ale przypisać ją wzmożonemu dowozowi tlenu. Autor nie odrzuca tego wpływu zupełnie. Szybkość jednak, z jaką następuje efekt zgęszczonego powietrza, przemawia za mechanicznym wpływem daleko więcej, niż za chemicznym.

Spostrzeżenia nad osobami zdrowymi, oddechającymi zgęszczonym powietrzem, u których wspomniana zmiana w typie oddechania występuje bezwzględnie, wykazują, że zmiana ta utrzymuje się i po za obrębem klosza nawet choćby tylko po kilku posiedzeniach. U niektórych osób takie utrwalenie się wpływu zgęszczonego powietrza następuje wolniej. Zależy to pewnie od podatności tkanki płucnej. Podstawa tego następczego wpływu jest

także mechaniczną. Wskutek powtarzającego się rozszerzenia w granicach jej sprężystości tkanka wreszcie przestaje wracać do pierwotnej objętości. Płuco traci do pewnego stopnia swą elastyczność, nie opada tak zupełnie jak w normalnych warunkach.

Obecność nieżyty oskrzeli nie zmienia zupełnie omawianych stosunków; zwiększone ciśnienie wewnątrz-oskrzelowe — regulując krążenie, działa nawet bardzo dobrze przeciw stanom kataralnym błony śluzowej oskrzeli.

O. Hewelke.

II. Chirurgija.

152. G. MAUNOURY. **Cholecystotomia.** (*Le Progrès Medical.* Nr. 14—1885).

TERNER. **Wypadek otoku pęcherza żółciowego.** (*Chirurgiczeskij Wiestnik.* Nr. 2, r. 1885).

W ostatnich czasach otwartem zostało nowe pole dla chirurgii—mianowicie choroby dróg żółciowych. Przedtem wszystkie te choroby podlegały tylko wewnętrznemu leczeniu. Okazało się jednak, że są takie wypadki, w których leczenie

Nakoniec po wyciśnięciu całej ilości płynu pozostałego w ranie po ostatniem przemywaniu i osuszeniu takowej, nakłada się opatrunek. Już wyżej wspomniałem, iż wszystkie materiały opatrunkowe są bez zarzutu, zwykle nakłada się na ranę poczwórną warstwę gazy, czy to jodoformowej, czy też karbolowej lub innej, zależnie od przyjętej w danym oddziale metody, warstwy te ułożone są gładko i przekraczają brzegi rany tylko na szerokość palca, następnie idzie gruby pokład gazy miętej (Krüllgase), przekraczającej daleko po za brzegi rany i wypełniającej wszystkie nierówności, następnie znów warstwa gładko ułożonej gazy, a na nią dopiero ceratka, papier pergaminowy lub batyst nieprzemakalny Billroth'a w miarę zamożności oddziału, brzegi opatrunku polstrują się zwykle watą Brunsa, a wszystko utrzymuje się muślinowym (zwykle niekrochmalnym) bandażem. Chorego odnoszą na salę z przekonaniem, iż dokonano operacji aseptycznie, przynajmniej o tyle, o ile to w obecnych czasach jest możebnem, że chyba przypadkowo tylko dostały się do rany jakieś zarazki, których usunięcie nie było w mocy otaczających chorego podczas operacji. Dalszy bezgączkowy przebieg i doraźne zlepienie stwierdzają to przekonanie dobitnym dowodem, zdarzają się wprawdzie i tu niepowodzenia, lecz są one wyjątkami i nie dziwią wcale, zważywszy, iż po za bezpośrednio stykającymi się z chorym, są jeszcze prawie zawsze liczni widzowie, od których zarazek, ten niewidzialny wróg, z którym się tu walczy, na chorego przenieść się może.

(c. d. n.)

wewnętrzne jest zupełnie bezskutecznem, a tylko wmięszanie się chirurgiczne może sprowadzić dodatni rezultat, jak np. przy otoku pęcherza żółciowego lub niemożliwym do przebycia zwężeniu kanału żółciowego. Do operacji trzeba przystąpić wtedy, gdy chory nie jest jeszcze zbyt wyniszczonym — lecz są takie wypadki, gdzie operacja winna być przedsięwziętą daleko wcześniej, jeżeli mianowicie pomimo leczenia wewnętrznego objętość pęcherza ciągle się powiększa — jest to jedno z najgłówniejszych wskazań do operacji. Chirurgowie oddawna myśleli o czynnej interwencji w chorobach pęcherza żółciowego. J. L. Petit pierwszy o stworzył pęcherz, wypełniony kamieniami radził on operować w takich tylko wypadkach, w których pęcherz był ściśle przyrośnięty do ściany brzusznej, w przeciwnym razie wobec grożącej śmierci, radził, pęcherz przekłówać. Richter (1801) podał myśl sztucznego wywoływania zrostów; Carré (1833) proponował otworzyć jamę brzuszną, a po utworzeniu się zrostów, przeciąć pęcherz; Thudicum (1859) nakoniec radzi utworzyć fistułę. Lecz te projekty nie znajdowały zastosowania, z powodu obawy zapalenia otrzewnej, dopiero po udoskonaleniu metody przeciwnilnej mogły one być urzeczywistnione. Na operację pierwszy zdecydował się Marion Sims (18 kwietnia 1878) przy zatkaniu kanału żółciowego kamieniami żółciowymi. Zrobił on cięcie ściany brzusznej równoległe do linii białej, otworzył otrzewną, przekłół guz, wyciągnął go nazewnątrz i po przecięciu i wydaleniu kamieni wymył ranę. Prawie w tym samym czasie Kocher operuje otok pęcherza żółciowego; wkrótce znajdują się naśladowcy. Lawson Tait opisuje („Brit. Med. Journal“, Mai, 1884) trzynaście wypadków operowanych, które wszystkie zakończyły się szczęśliwie.

Wskazania do cholecystotomii. Ropnie pęcherza żółciowego przylegające do ściany brzusznej, leczą się jak ropnie zwykajne. Pierwotny rak pęcherza żółcio-

wego, gdy jeszcze nie przeszedł na organa sąsiednie, jest bardzo trudny do rozpoznania. Najważniejszym wskazaniem jest zamknięcie dróg żółciowych, którego przyczyny bywają rozmaite: ugrzęźnięcie ciała obcego, najczęściej kamienia żółciowego w kanale żółciowym; ucisk guza sąsiadującego lub mieszczącego się w ścianie samego kanału; organiczne zwyrodnienie ścianek przewodów żółciowych. Pęcherz żółciowy powiększając się, tworzy czasem guz znacznych rozmiarów, który ze swej strony może podlegać zapaleniu i pęknięciu. Ważną jest rzeczą siedlisko zawału dróg żółciowych, od tego zależeć będzie, czy cholecystotomija będzie operacją leczącą, czy też paljatywną. Tak naprzykład cholecystotomija będzie miała znaczenie lecznicze przy zatkaniu kanału pęcherzykowego, gdy żółć nie przestaje płynąć do kiszki. Przeciwnie, przy zatkaniu żółciowodu (ductus choledochus) cholecystotomija jest operacją przedwstępną, gdyż dla zupełnego wyleczenia winna być utworzona jeszcze droga dla żółci do kiszki.

Operacja wykonywa się rozmaicie, stosownie do tego, czy pęcherz będzie przyrośnięty do ściany brzusznej lub nie. W pierwszym razie ściana brzuszna przecina się prostopadle, otwiera się pęcherz i wydalają się kamienie. Jeżeli przytem usuniętą zostanie przeszkoda w krążeniu żółci, to fistuła sama może zarosnąć lub można ją zamknąć, zaszywając oddzielnie pęcherz i otwór w ścianie brzusznej. Jeżeli zaś przeszkoda w krążeniu żółci nie ustępuje, to fistuła pozostaje do nieokreślonego czasu. Gdy pęcherz nie jest przyrośnięty do ściany brzusznej, to właściwie wtedy dopiero dokonać należy prawdziwą cholecystotomiję. Cięcie ściany brzusznej prowadzi się prostopadle po linii białej lub nieco na prawo od niej lub nakoniec równoległe do brzegu żeber na części guza najwięcej wydatnej. Dalej przystępuje się do wyszukania zapomocą dwóch palców lub całej ręki siedliśka zatkania

dróg żółciowych. Przytem czasem udaje się ugrzęźnięte ciało obce przesunąć do dwunastnicy lub pęcherza. Otwarcie pęcherza może być dokonaniem rozmaitemi sposobami, najczęściej używanym jest następujący: Po otwarciu otrzewnej pęcherz się przekłowa trójgrańcem, częściowo opróżnia, wyciąga się nazewnątrz, przecina i przyszywa do brzegów rany brzusznej; pozostała część rany brzusznej zamyka się szwem. Przytem wydobywają się kamienie, następnych dni dopomagają temu powtarzane przemywania. Sp. Wells radzi po wydobyciu wszystkich kamieni pęcherz zaszyć, wprowadzić go do jamy brzusznej, a ranę brzuszną zamknąć. Sposób ten jest niebezpieczny, bo przy najmniejszej przeszkodzie w krążeniu żółci ta ostatnia wylewa się do otrzewnej i wywołuje peritonitis. Rokowanie jest lepszym, jeżeli operacja wykonywa się wcześniej, gdy chory nie jest zbyt wyniszczonym, również rokowanie zależy od tego, czy pozostaje przetoka lub nie. Chociaż są opisani chorzy, którzy przez całe lata żyli z fistułami, nie tracąc zupełnie tuszy.

Winiwarter wymyślił dopełnienie cholecystotomii przez drugą operację (cholecystenterotomiję), polegającą na wytworzeniu sztucznej drogi dla odpływu żółci do kiszek przy zupełnem zatkaniu żółciowodu. Operacja ta polega na spojeniu pęcherza żółciowego i pętli górnej kiszek cienkiej i wykonaniu otworu na miejscu tego połączenia. Winiwarter robi cięcie podłużne na brzegu wewnętrznym guza żółciowego, łączy pęcherz z pętlą kiszek cienkiej najwyżej położoną zapomocą wieńca szwów, nie przebijając całej grubości ścianek i zatrzymuje zszyte organy w ranie ściany brzusznej. Po upływie dni pięciu, to jest czasu dostatecznego dla zrośnięcia się, przecina kishkę podłużnie i przez ten otwór wycina ścianę rozdzielającą części zszyte, a później zamyka ranę kishkową. Zdaje się, że lepiej jest wszystko operować na jednym posiedzeniu. Gaston po-

daje sposób operowania, nad którym czynił doświadczenia na psach. Mianowicie przeprowadza on przez pęcherz żółciowy i pętlę cienkiej kiszek elastyczną ligaturę, którą pozostawia na miejscu, a wokoło ligatury kładzie wieniec szwów z katgut; elastyczna ligatura powoli przecinając tkanki, utworzy połączenie pęcherza z cienką kishką i sama wpada do kiszek, w tym czasie wieniec szwów przeszkadza odpływowi żółci do otrzewnej. Langenbeck proponuje usuwać cały pęcherz żółciowy (cholecystectomy), by tym sposobem przeszkodzić nowemu tworzeniu się kamieni, przytem ścianę brzuszną przecina w kształcie litery T i nakłada ligaturę na kanał pęcherzowy. Na sześciu operowanych otrzymał 3 wyleczenia, operacja ta była zastosowywaną przedewszystkiem przy przewlekłej *cholelithiasis*, chociaż w takim razie proste cięcie i drenowanie jest zupełnie dostatecznem. Jednakże przy tym sposobie operowania w razie nierozpoznania zatkania żółciowodu żółć przerwie ligaturę i wleje się do otrzewnej.

Przytaczamy tu wypadek otoku pęcherzyka żółciowego spostrzegany przez Turner'a. Dnia 20 października 1884 r. przybyła do szpitala chora lat 45, skarżąc się na silne bóle z powodu ogromnego guza w brzuchu. Przed czterema laty krowa uderzyła ją w prawą okolicę brzucha—ból przy tem był niezbyt wielki. W dwa lata później spostrzegła guz wielkości kurzego jaja w prawej połowie brzucha. Po upływie pół roku zaczęły występować nudności i czasem wymioty i brzuch znacznie się powiększył—w maju roku 1884 wystąpiły silne boleści, z powodu których chora była zmuszoną położyć się do łóżka—następnie kilka razy zjawiała się żółtaczką, stolce były zupełnie blade. Przy badaniu chorej okazało się, że brzuch jest znacznie powiększony ma formę kulistą, z prawą stroną więcej wystającą; przy dotykaniu łatwo się wyczuwa guz ściśle spojony ze ścianą brzu-

szą. Granica guza na dole dochodzi do dużej miednicy, z tyłu do okolicy lędźwiowej, nawewnątrz na dwa palce od pępka — górnej granicy nie można ściśle określić. Nie można było wynaleźć żadnej spójni między guzem i organami płciowemi. Ściana brzuszna naprzeciw środkowej części brzucha znacznie ścieńczona, tak, że łatwo w tem miejscu było wyczuwać chełbotanie. Postawiono dyjagnozę bąblowca, 22 października dr. Pawłow operował; cięcie zrobił podłużne i otworzył olbrzymią jamę wypełnioną ropą, gazami i znaczną ilością kamieni, których przy operacji wydobyto 67. Założono trzy dreny i końce rany zaszyto. Opatrunek często był zmieniany — i każdą razą przy pomocy wymywania były wydobywane kamienie. Stan chorej ciągle stawał się lepszym. 15-go grudnia chora wyszła ze szpitala. Przy końcu grudnia chora uczuła silne bóle w prawym boku, w jej stolcach znaleziono kilka kamieni. Kamienie również nie przestawały wychodzić i przez fistułę żółciową. 1-go stycznia przez fistułę wydobyto kamień znacznej objętości. Od tego czasu kamienie nie pokazały się już więcej. Wszystkich kamieni wyszło 510. W tym czasie fistuła ciągle się zmniejszała, a w połowie stycznia sama zupełnie się zamknęła.

Dr. Rabek.

III. Akuszerja.

153. B. S. SCHULTZE. **Akuszerki i gorączka połogowa.** (*Sam. Kl. Vort. R. Volkman. Nr. 247*).

Uznana potrzeba zachowywania ściślejszej dezynfekcji przy porodach wzbudziła pytanie, czy terazniejsze akuszerki odpowiadają należycie swemu zadaniu?

Wiadomości nasze o przyczynach gorączki połogowej datują od wystąpienia Semmelweis'a, które jednak, jako zbyt namiętne, przeszło w swoim czasie bez wzbudzenia szerszego zainteresowania się. Jak straszne spustoszenia czyniła tymczasem

gorączka połogowa, widać ztąd, że w przebiegu 60 lat, od 1816 — 1875, umarło na nią w Prusach 363,624 kobiet, podczas gdy na ospę w tymże czasie zmarło 165,000, a na cholereę 170,000 kobiet. Obecnie położenie się polepszyło, zawsze jednak gorączka połogowa zabiera bardzo wiele ofiar.

Prawie we wszystkich wypadkach przyczyną bywa zarażenie z zewnątrz; jak często przyczyną jego są lekarze, a jak często akuszerki? Lekarz znajduje się ledwo przy jednym na 20 porodów; częstość operacyj, obliczana w Nassau na 30,000 porodów, dochodziła przeciętnie 5,2% śmiertelność 4,3%; odnosząc te cyfry do miliona porodów otrzymamy, że lekarze byli przy 50,000 porodów, przy których umarło 2,000 osób, a akuszerki przy 950,000, przy których umarło 6,322.

Położnice, zmarłe w przypadkach, w których lekarz był przywoływany, ginęły od krwotoków, pęknięcia macicy i t. p. — podczas gdy w przypadkach, które się odbyły bez operacji umierały li-tylko wskutek gorączki połogowej: ztąd wniosek, że dla zmniejszenia częstości zakażeń należy zwrócić uwagę na akuszerki i ich praktykę. Nasuwa się pytanie, czy z tego materiału, który obecnie mamy, możemy wytworzyć akuszerki, ściśle przestrzegające praw antyseptyki? Dawaly się już słyść głosy, że terazniejsza instytucja akuszerek nie odpowiada potrzebom czasu, że trzeba wytworzyć nowy stan: „pomocnic przyporodowych (Geburtshelferinen), dyjakoniss akuszerji“. Należy przeto rozpatrzyć pytanie, czy instytucja akuszerek jest zupełnie nieodpowiednią, czy też można się ograniczyć do zaprowadzenia w niej pewnych zmian.

Jeżeli pod „pomocnicami przyporodowymi“ mamy rozumieć kobiety z wyższym akuszerjiym wykształceniem, mające prawo robienia operacyj — to będzie to zupełnie niepotrzebnem, gdyż lekarzy akuszerów nie brak. Jeżeli zaś pod nazwą „dyjakoniss“ rozumieć mamy kobiety, będące pod kontrolą duchowną, a nie lekar-

ską, toż chyba stosowanie dezynfekcyi nic na tem nie zyska.

Brennecke wymaga od teraźniejszych akuserek pewnego etycznego i naukowego wykształcenia i wniknięcia w istotę dezynfekcyi; lecz czy potrzebnem jest do tego studyjowanie parazytologii? Jeżeli w chirurgicznych oddziałach mamy służbę wyuczoną i przestrzegającą prawideł przeciwnilnego postępowania, to czy nie możemy dojść do tego i z akuszerkami?

Jeżeli akuszerki będą wiedziały, że tu chodzi nie o uniknięcie zwyczajnego, widocznego brudu, lecz o pedantyczne oczyszczenie rąk i narzędzi od niewidzialnych zarazków, to będą się mogły włożyć do tej czystości i bez nauki o lasecznikach i mikrokokkach.

Dadzą się też postawić poważne zarzuty przeciw wymaganiu wyższego wykształcenia od akuserek: jeżeli idzie tu o *naukowe* wykształcenie, to zbraknie nam kandydatek do tego bądź co bądź ciężkiego i odpowiedzialnego powołania; jeżeli zaś idzie o wyższe wykształcenie *fachowe*, to właśnie chybimy celu, gdyż wtedy wyżej pod względem lekarskim wykształcone akuszerki nie będą chciały zajmować się temi drobnymi posługami, w których najpotrzebniejszem jest ściśle stosowanie dezynfekcyi, lecz będą sobie trzymały pomocnice, daleko mniej odpowiednie, niż teraźniejsze akuszerki.

Co się tyczy etycznej strony, to największy wpływ wywrzeć może na nią staranny wybór osobistości; i na ten ostatni punkt radzi autor baczną zwrócić uwagę.

Dotychczas mają gminy za wielki wpływ na wybór kandydatek na akuszerki; głos decydujący powinien mieć nauczyciel miejscowy i lekarz. Dla zachęcenia zaś do tego stanu lepszej części ludności należy poprawić materialny byt akuszerki zarówno w czasie nauki (kształcą się one na koszt gminy) jak i po ukończeniu (pensja okręgowej akuszerki—Bezirkshebaunn), który nie może wabić ku

sobie kobiet z lepszym przygotowaniem. W szkole akuszeryjnej profesor, poznawszy swe uczennice, powinien niezdolne, lub nieodpowiednie napowrót gminom odsyłać, co będzie miało wpływ i na staranniejszy wybór ze strony tych ostatnich.

Sposób nauczania ma naturalnie wpływ ogromny; mniej jednak chodzi o dłuższy przeciąg czasu; kursa u autora trwają krótko—od 19-go maja do połowy sierpnia, a jednak, twierdzi on, akuszerki jego nie ustępują w wiadomościach innym; dla tego też proponuje autor, żeby fundusze, przeznaczone na przedłużenie kursu o 8—9 miesięcy, obrócone były na przymusowe repetycyjne kursa (Nachkurse). Tym sposobem możnaby zaradzić złemu, jakie wynika ztąd, że akuszerki z biegiem czasu zapominają, czego się były nauczyły. W Prusach każda akuszerka musi co 3 lata powtarzać egzamin przed okręgowym lekarzem (Kreisphysikus), a wraze nie zdania, zjawiać się dla powtórzenia co kwartał. Nie usuwa to jednak złego w całości: jest wiele wiadomości, których z książki zacerpnąć nie można—mianowicie dobre rozpoznanie położenia dziecka i wprawa w stosowaniu antyseptyki. Dla tego też autor proponuje, aby każda bezwarunkowo akuszerka była obowiązana przynajmniej co 6 lat przechodzić conajmniej 14-dniowy kurs; naturalnie, że na ten czas należy dać na jej miejsce zastępczynię. Zastępczynie te wybierać należy ze świeżo skończonych; tym sposobem osiągniemy dwóch ważnych rezultatów: dawne akuszerki będą swe wiadomości odświeżały, nowe zaś będą miały sposobność wiadomości swoje zaraz w praktyce zastosować. Przytem pojęcia o konieczności przeciwnilnego postępowania będą się rozszerzać między publicznością, która nie będzie pobłażała akuszerkom, zaniedbującym potrzebnych ostrożności.

Takie kursa (Nachkursen) powinny być urządzone przy klinikach; na jeden kurs dostateczną liczbą będzie 25 uczennic; przy większych zakładach może po 2 kur-

sa się pomieścić. Koszta wyłożone bezwarunkowo opłaciłyby się zmniejszeniem częstości chorób położowych.

Co się tyczy prawideł przeciwnilnego postępowania dla akuszerki, to należy tu przede wszystkim dezynfekcja pokoju: cała podłoga powinna być dokładnie wymyta 1—1½% roztworem sublimatu; tegoż roztworu używać do mycia narzędzi.

Dla dezynfekcyi położnicy bezpiecniej jest przeznaczyć akuszerkom kwas karbolowy, nadmanganian potasu, lub wodę chlorową; wszystkich tych środków powinno dostarczać akuszerkom państwo, resp. gmina, gdyż często są one zbyt szczerpło wynagradzane, ażeby mogły i te wydatki ponieść.

Bardzo ważnem dla uniknięcia rozprzestrzeniania zarazki jest rozporządzenie, by akuszerka zawiadomiła lekarza okręgu o *każdym* ciężkim przebiegu położu, gdyż trudno od nich wymagać stanowczego rozpoznania gorączki położowej. Lekarz zaś powinien w razie sprawdzenia obecności ostatniej:

1) Akuszerkę od chorej usunąć, dając jej w zamian garde-malade.

2) Zarządzić dezynfekcyę akuszerki pod kontrolą: powinna ona wziąć ciepłą kąpiel—przynajmniej półgodzinną; ręce po łokcie 6 razy mydłem i szczotką wymyć; ostatnie 3 razy z domieszką 5% roztworu kw. karbolowego lub 1% sublimatu; dawne ubranie zdjąć i odwietrzyć, włożyć świeżo wyprane.

3) Po ukończeniu choroby położnicy, dokładnie zdezynfekować jej pokój, meble i bieliznę.

4) Jeżeli chora leżała u akuszerki, to zabrania się ostatniej przyjmować inne chore przez cały czas choroby, następnie zaś należy dokładnie zdezynfekować ją i jej mieszkanie.

Wzbronienie akuszerkom w podobnych wypadkach praktyki, nie prowadzi do celu, gdyż bez dezynfekcyi może ona roznieść zarazę i po dość długim przeciągu czasu; po starannem zaś odwietrzeniu może

się zajmować praktyką bez obawy dalszego uszkodzenia.
K. Ciągliński.

MISCELLANEA.

154 Dr. Ollivier opisuje dwa przypadki zarażenia się gruźlicą przez drogi oddechowe. Dziecko (28 miesięczne) dotąd zupełnie zdrowe, nieokazujące śladów usposobienia zółkowego, bawiło się w ciągu kilku miesięcy z dzieckiem, które zmarło na gruźlicę płuc. Po pewnym czasie (3 miesiące) dziecko to zaczęło blednąć, chudnąć, pocić się i obecnie przedstawia wyraźne oznaki suchoty.

Dziewczynka czterolatnia, cierpiąca na porażenie dziecięce, dotąd zupełnie zdrowa, leżała w ciągu dwóch miesięcy obok innego dziecka chorego na suchoty. Porażenie ustąpiło, natomiast zjawił się kaszel, poty, zmiany w płucach.

Na podstawie tych i podobnych im przypadków, autor zaleca: 1) oddzielanie suchotników zarówno w szpitalach jak i w domach prywatnych, 2) nie pozwalać na dłuższą styczność (spanie) z suchotnikiem, 3) niszczyć plwocinę, 4) urządzić dobre przewietrzanie w mieszkaniach suchotników.

(*Le Praticien*, 18).

155 Wypadki śmierci przy chloroformowaniu. Statystyka takowych za rok 1884 zebrana została w krótkim artykule przez Ernesta Jacob'a z Leeds. Od użycia samego tylko chloroformu przy operacyi zmarło w Anglii w roku tym 9 chorych; przy użyciu mieszaniny eteru i chloroformu—2, przy użyciu metylenu—3, przy użyciu samego eteru—6.

W roku bieżącym opisano już jeden wypadek śmierci przy znieczulaniu chloroformem i jeden przy zastosowaniu eteru.

(*The Brit. Med. Jour.* 2 maja r. b.).

156 Kolor włosów w środkowej Europie. Prof. Virchow na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Berlinie podał fakta odnoszące się do barwy włosów, zebrane głównie w Niemczech. Pokazało się ze studyjów odnośnych, że przeszło 50% uczniów szkół są szatyni. Czysty typ blondynów obejmuje przeszło 25% ogólnej liczby i należy głównie do osób czystej krwi teutońskiej; najbardziej zaś przeważa w Hannoverze, gdzie stanowi 43% całej ludności. Typ blondynów prawie w równych rozmiarach istnieje na wschodzie Prus i Pomorza, w których to miejscowościach przeważa typ słowiański.

(*The Brit. Med. Journ.* 2 maja 1885).

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie.
Na posiedzeniu dnia 19 z. m. kol. Ottuszewski

przedstawiał chorego z *laryngospasmus*. Prof. Baranowski miał odczyt o *metodzie przeciwgorączkowej*.

— **Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.** Posiedzenie d. 1-go maja 1885 r.—Dyskusja nad leczeniem krzywicy fosforem.

Dr. Eisenschütz utrzymuje, że Kassowitz nie uważa fosforu za swoisty środek w leczeniu krzywicy, lecz że jest on w małych dawkach skutecznym i prędko działającym środkiem leczniczym. Krytykuje mówca następnie zarzuty czynione przez Hrynczaka i Monti'ego. E. sam spostrzegł prędką poprawę dzieci krzywicowych przy leczeniu fosforem.

Dr. Kassowitz rozwija historię leczenia krzywicy fosforem, dotychczas 17 autorów wypowiedziało swe zdanie w tej kwestyi, z tych 13-tu—pzychylnie. Jeżeli obecnie dr. Hrynczak i prof. Monti wystąpili z negacyją tego sposobu leczenia, należało oczekiwać zasadniczych na to dowodów. Tymczasem dr. H. leczył wszystkiego 24 przypadków i opierając się na tym meteryjale twierdzi, że fosfor nie ma żadnego znaczenia w leczeniu krzywicy. K. do końca roku zeszłego zebrał 1,224 spostrzeżeń krzywicy lezonej fosforem i prawie wszędzie występowało widoczne polepszenie w jej objawach; stwierdzają to następnie Hagenbach, Bohn, Unruh, Förster, Heubner, Soltmann, Biedert i wielu innych.

Hrynczak sądzi, że trojaki przyczyny mogły wpłynąć na dobre rezultaty otrzymane przez Kassowitza: 1) samo leczenie krzywicy, 2) wpływ abazienny pory roku i 3) tran rybi, w którym fosfor się podaje. K. sam objaśni samoleczniczą własność krzywicy na zasadzie swej teoryi; zapalne podrażnienie końców kości zależy od nadzwyczaj prędkiego ich wzrostu. Wraz ze zmniejszeniem się energii wzrostu, leczy się z krzywica, przedstawiając jednak zmiany w kościach. Co się tyczy pory roku, to i w zimie spostrzega się także poprawa stanu dzieci krzywicowych, a tran rybi używa się w celach oszczędnościowych; Hagenbach i inni otrzymywali zaś dobre wyniki bez użycia tranu rybiego. Prof. Monti nie zadowolnia się poprawą oddzielnych objawów krzywicy; domaga się on, by jednocześnie kości stały się zupełnie normalnemi, a waga i wzrost ciała w parę tygodni doszły do normalnego stanu. Jest-to jednak niemożliwem. W końcu wypowiada mówca, że jest głęboko przekonany o skuteczności swego sposobu leczenia. (Oklaski).

Dr. Fürth wypowiada na zasadzie 200 spostrzeżeń, że fosfor, w dawkach zalecanych przez Kassowitza jest środkiem absolutnie nieszkodliwym, a po jego użyciu bardzo często poprawiają się objawy krzywicy, szczególnie skurcz głośni, zmiękczenie kości i zboczenia odżywiania. *M. H.*

— **Stowarzyszenie wewnętrznej medycyny.** Posiedzenie 4-go maja 1885.

P. Blau: *Cierpienie ucha przy białaczce* (leucemia). Udział ucha spotyka się w najrozmaitszych

sprawach chorobowych, bądź to umiejscowionych w sąsiedztwie (choroby mózgu i opon, twarzy, jamy nosogardzielowej), bądź to w dalej leżących narządach (płuca, serce, nerki), bądź wreszcie przy chorobach ogólnych, zwłaszcza zakaźnych (płonica, ospa, dury, gruźlica, przymiot i inne). Co się tyczy cierpienia ucha przy białaczce, to mamy w literaturze dotąd tylko dwa przypadki Gottsteina i jeden Politzera z sekcją (p. „Kronika lekarska“, 1884, str. 229). Autor obserwował następujący przypadek: Chory, wieku lat 35, cierpiący na białaczkę (postać śledzionowa), od kilku dni zaczął doznawać uczucia lekkiego zawrotu, kiedy nagle po powrocie z przejażdżki zawrót wzmógł się do tego stopnia, że nie mógł utrzymać się na nogach; do tego przylączyły się nudności i wymioty, bardzo głośnie metaliczne pukanie i dzwonienie w obydwóch uszach i osłabienie słuchu. Stan ten trwał dni sześć, poczem stopniowo ustąpił, pozostawiając nieznaczne przytępienie słuchu, zwłaszcza po lewej stronie. Po upływie 6 tygodni napad się powtórzył podczas wycieczki; upadek słuchu doszedł do zupełnej głuchoty. 2-go października 1884 r., kiedy autor badał chorego poraz pierwszy, po lewej stronie istniała zupełna głuchota, z prawej słyszał, jeżeli krzyczano w bliskości. Chód niepewny, tak samo i stanie, wielki guz śledziony, bolesność przy ucisku mostka, ogólne osłabienie. Zastosowano: nalewkę jodową w okolicy ucha, przedmuchiwanie z prawej strony zapomocą katetera, środki wzmacniające. Pod wpływem tego leczenia nastąpiła szybka poprawa. Lewe ucho pozostało głuchem, prawem chory słyszał chód zegarka na odległość 30 ctm., a głośny szepot na kilka metrów.

3-go listopada miał miejsce trzeci atak, z obfitem krwawieniem z nosa, również podczas przejażdżki; objawy były podobne. I tym razem nastąpiła poprawa, ale słuch nie powrócił do poprzedniej siły; pod koniec grudnia chory słyszy zegarek zaledwie na 10 ctm., szepotu wcale. W ostatnim czasie chory przechodził jeszcze podwakroć zapalenie ropne średniego ucha po prawej stronie, wskutek czego słuch jeszcze bardziej podupadł. Stan ogólny jest względnie niezły.

W bezpośredniej zależności od białaczki stawia prelegent tylko cierpienie błędnika. Godnem uwagi w danym przypadku jest potrójny powrót cierpienia i względnie dobry jego przebieg, podczas gdy dotąd opisywano zawsze tylko jeden atak z zupełną, nieustępującą głuchotą. Pogorszenia występowały zawsze po przejażdżkach, być może, że mocniejsze jakie wstrząśnienie spowodowało pęknięcie naczyń i wylew krwi do wewnętrznego ucha. Obecność zawrotu tylko przy pierwszym napadzie pozwala przypuszczać, że wtedy nastąpiło zajęcie, a może i zniszczenie zakończeń nerwowych w błędniku i wskutek tego nie mogły one oddziaływać na następne

wpływy. Leczenie, ze względu na stan ogólny, polegało na spokoju jaknajwiększym, lekach wzmacniających, odciąganiu za pomocą jodu, wreszcie przedmuchiwań z prawej strony. Rokowanie uważa mówca za niepomyślne.

P. Thorner—proponuje użycie prądu stałego po przejściu objawów zapalnych.

P. Blau nie oczekuje ztąd żadnej korzyści.

P. Lubliński—*Ueber Bleischrumpfniere*—w działu referencyjnym pomieszczone będzie N. następnego.

Wiadomości bieżące.

— **Czysty dochód** z wydawnictwa książki jubileuszowej prof. Szokalskiego złożony został przez wydawców tejeż za pośrednictwem „Gazety lekarskiej” na rzecz kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych. Szczegółowy rachunek podany będzie skoro wszystkie egzemplarze rozprzedane i należność za nie uiszczoną będzie.

(*Gazeta lek.* 19—1885).

— **Wychodki na torfie otwockim.** „Inżynierja i Budownictwo” zamieszcza artykuł p. Landau o wychodkach systemu Hallman’a do odwadniania wypróżnień za pomocą materyjałów sypkich (Nr. 6-ty—1885).

— **Instytut położniczy.** W zakładzie tym zastosowano w ostatnich czasach nader energiczną dezynfekcyję, głównie za pomocą kwasu karbolowego, którym wymyto podłogi i t. p.

Liczba uczenic pierwszego kursu nowo przybyłych jest minimalną w całym znaczeniu tego wyrazu, bo wynosi zaledwie 1. Rokowanie więc, jakie podaliśmy w tej mierze w jednym z poprzednich numerów „Kroniki” sprawdza się. Pierwotnie, po zastosowaniu nowych ustaw co do kwalifikacyi naukowej kandydatek, zgłosiło się pięć takowych, atoli z liczby tej jedna tylko należycie mogła się wylegitymować z kwalifikacyi naukowych.

— **Dwunaste sprawozdanie Komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1884.**

Towarzystwo liczy obecnie 132 członków (12 fundatorów, 2 członków stałych i 118 czasowych. Suma ogólna dochodów wynosiła 17,645 złr., suma wydatków bieżących—15,269 złr. O postępach w rozwoju szpitala najwymowniej świadczy następująca tabelka:

W roku 1884 leczono ogółem 952 chorych (486 chłopców i 466 dziewcząt). Nawiciej było dzieci w wieku 4—7 lat (34%), najmniej—do pierwszego roku życia (9,40%). Liczba uleczonych dzieci wyniosła 56,15%, nieuleczonych 17,34%, zmarłych 26,51%, odliczywszy zaś dzieci przyniesione w stanie konania—śmiertelność wynosiła 23,92%.

Na 894 chorych było: z chorobami ostremi i

przewlekłemi—76,06%, z chorobami zakaźnemi i zaraźliwemi—23,94%.

Z chorób zakaźnych największą cyfrę przedstawia ospa (101); szczepionych było z liczby ogólnej tylko 52%; śmiertelność z ospy była też największa wynosząc 63,36%.

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 72, na jednego chorego przypadało 27,68 dni szpitalnych. Dzienny wydatek na chorego wynosił 57,93 centów. Ambulatoryjnie leczono 2,971 dzieci.

— **Zakład leczniczy dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu.**

Ogólne wrażenie jakie sprawia siódme sprawozdanie z zakładu tego za rok 1884 jest te, iż przy nader szczupłych środkach pieniężnych wydajność zakładu była okazałą. Dochód szpitala wynosił 13,071 marek, rozchód zaś 14,388 marek; przewyżka rozchodu pochodzi głównie z powodu, iż przychód o wiele mniejszy jest niż być powinien skutkiem niewypłacalności dłużników szpitala.

W roku sprawozdawczym leczono ogółem 3,369 chorych (1,715 mężcz. i 1,654 kobiet); z tej liczby wyzdrowiała 1,254 m. i 1,260 k., wypisało się z polepszeniem 105 m. i 118 k., bez polepszenia 13 m. i 10 kob. Bezpłannie leczono 2,251 chorych, udzielono jednorazowej porady 511 chorym. Oprócz chorych miejscowych i pochodzących z najbliższych okolic, przyjęto na kuracyję pewną liczbę osób przybyłych z Król. Polsk., z Galicyi, z krajów obcych, a nawet z Ameryki; polaków przyjęto ogółem 2,139, niemców 945, żydów 277, innych narodowości 8. Przeciętna ilość dni szpitalnych wynosiła 23,8.

Statystyka chorób w głównych zarysach tak się przedstawia:

| | |
|--------------------------------------|-------|
| Choroby łączniczy..... | 1,150 |
| " rogówki..... | 597 |
| " białkówki..... | 34 |
| " tęczówki..... | 72 |
| " naczyniówki..... | 22 |
| " nerwu wzrokowego i siatkówki..... | 79 |
| Niedoślep i ślepot..... | 39 |
| Choroby soczewki..... | 134 |
| " ciałka szklistego..... | 56 |
| " gałki ocznej..... | 39 |
| " refrakcyi..... | 230 |
| " akkomodacyi..... | 209 |
| " mięśni ocznych..... | 130 |
| " nerwów..... | 23 |
| " przyrzędu łzowego..... | 81 |
| " oczodołu..... | 1 |
| " powieku..... | 425 |

Operacyi wykonano 322, w tej liczbie z dobrym skutkiem 306, z miernym 14, bez skutku 2.

Widzimy więc, że, zarówno pod względem rozwoju czynności szpitala wogóle jak i pod względem skutków kuracyi, wielkie należy się zakładowi uznanie.

— **Międzynarodowa konferencja sanitarna w Rzymie.** Głównym przedmiotem obrad konferencji ma być reforma urzędu sanitarnego kwarantannowego w Aleksandryi. Od rządu brytyjskiego, jako wielce interesowanego w sprawie wydelegowano czterech specjalistów, z których dwóch należy do metropolii, 'dwóch zaś do cesarstwa indyjskiego.

(*The Brit. Med. Journ.* 2 maja r. b.).

— Prof. Esmarch (Kiel) i dr. D. Kulenkamff wydają nakładem firmy J. F. Richtera w Hamburgu dzieło pod tytułem: „**Ueber elephantiasische Formen**“, które ma przedstawić obecny stan tej dość ciemnej kwestyi. Wydanie będzie nader pokaznym, ozdobić je ma duża liczba tablic i rysunków w tekście. Cena wynosić będzie 60 marek, drogą subskrypcyi—50.

— W „Kurjerze Warszawskim“ z dnia 28 maja pomieszczonem zostało następujące doniesienie:

„Na żądanie d-ra Sztambartha, zawiadamiamy, że reklama w n-rze 127-ym naszego pisma, donosząca o operacji, dokonanej w warszawskim Domu zdrowia, zamieszczoną została bez jego wiedzy i upoważnienia, jak również, że tego rodzaju ogłoszenia, pomieszczane w rubryce ogłoszeń i reklam, żadnego upoważnienia nie wymagają“.

Okazuje się ztąd, iż informacja nasza (patrz „Kr. lek.“ z dnia 15 maja, W. B.), co do aprobowania reklam przez lekarzy była błędną i dla tego niniejszem ją prostujemy. Tylko przy przyjmowaniu tak zwanego „podziękowania od wdzięcznych pacjentów“ zazwyczaj wymaganą bywa zgoda lekarza, inne zaś mogą być pomieszczane bez aprobaty. Szkoda, że redakcyjne pism codziennych nie wymagają osobistej aprobaty osób interesowanych na reklamach imiennych wogóle.

LIST OTWARTY do „Redakcyi Kroniki Lekarskiej“.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W numerze 10-tym „Kroniki lekarskiej“ zamieścił list d-ra Portnera wystosowany do kol. Krawiewskiego, pod tytułem: „W kwestyi rezultatów w naszych oddziałach chirurgicznych“. Dr. Portner jest naczelnym lekarzem szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego małżonków Bersohn i Bauman—ja zaś jestem ordynatorem oddziału chirurgicznego tegoż szpitala. We wspomnionym liście dr. Portner maluje w czarnych barwach rezultaty leczenia w oddziale moim. Nie wątpię, że Szanowny Redaktorze udzielił mi w łamach Twego pisma wierszy parę na dowiedzenie czytelnikom Twoim, jak we wszystkich zawartych w liście owym od początku do końca faktach, nie ma ani odrobiny prawdy, albo, o ile się z prawdą nie mijają, w fałszywym umyślnie przedstawione są światło.

Dr. Portner nazwawszy swą korespondencyję małą statystyką, zaczyna od tego, że na 109 chorych leczonych w oddziale moim, konstatuje 52 wypadki zmarłych lub wyszłych bez poprawy. Nie wiem, z kąd się autorowi wzięło odrazu zmieszanie tak różną przedstawiających wartość statystyczną rubryk jak zmarłych i wyszłych bez poprawy ze szpitala; przytoczę Ci jednakże natychmiast cyfry prawdziwe: Na 116 chorych leczonych w roku zeszłym w oddziale moim (wyłączeni są zupełnie z tej cyfry choroby na dyfteryt, którzy dla powodów, o których niżej wspomnę, stanowić winni w szpitalach dla dzieci materyjał statystyczny zupełnie odrębny) było wypadków śmierci 11. Reszta rozkłada się na następujące kategorie: wynotowani jako zupełnie zdrowi 72, na zagojeniu 14, w opatrunkach unieruchamiających (gips lub szkło wodne) 7, z poprawą 8, bez poprawy 4. Co się tycze cyfry śmiertelności, to nadmieniam, że takowa w oddziale moim, wynosząc zaledwie 9.4%, jest znacznie niższą od cyfry podanej jako normalna dla oddziału chirurgicznego prof. Rauchfussa we wzorowo prowadzonym szpitalu ks. Oldenburskiego w Petersburgu (11%), zaznaczając muszę, że cyfra śmiertelności, bezwzględnie brana, nie daje żadnego kryterjum na ocenienie skuteczności leczenia w szpitalach wogólności, tem mniej w oddziałach chirurgicznych. Tylko krytyczny rozbiór wszystkich wypadków śmierci: czy wśród nich znajdują się wypadki niepomysłnie zakończone wskutek niedokładnie lub nieumiejętnie wykonanej operacji, lub też wypadki śmierci od powikłań przyrannych (posocznicza, ropnicza, róża i t. d.), których przy ścisłem przestrzeganiu przepisów nowoczesnej chirurgii uniknąć się było powinno—tylko taka krytyczna statystyka może dać pojęcie o tem, czy w oddziale danym cyfrą śmiertelności jest w zależności od dobrych lub złych stosunków zdrowotnych szpitala, od dobrego lub złego funkcjonowania personelu lekarskiego. Wracając do statystyki mojej, sędzę, że nie znudzę Cię zbytecznie, jeśli choć w krótkości wyliczę Ci wszystkie wypadki, w których nastąpiła śmierć:

1) (Karta szpitalna nr. 43). Gruźlicze ropne zapalenie kolana (Gonitis fungosa); rodzice nie chcieli się zgodzić na proponowaną amputacyją

2) (K. szp. 56). Chłopiec przejechany przez ciężki wóz piwowski. Poszarpana rana okolicy pachwinowej prawej, rozzerwane główne naczynia i nerwy udowe, złamanie kości miednicy i drugiego uda, zmarł następnego dnia po przyjęciu.

3) (K. szp. 90). Lympho-sarcoma colli, które obrastało carotis i v. jugularis interna ze wszystkich prawie stron. Dla usunięcia jednego z guzów potrzebna było przecięcia między 2 ligaturami jeden z wielkich pni żylnych. Wpadających do żyły szyjowej od tyłu; podwiązka wewnętrzna wypadła pra

wie tuż przy pniu głównym. Na 6-ty dzień po operacji przy zmianie opatrunku obfity krwotok z podwiązanego miejsca, który zatrzymano nałożeniem nowej ligatury. W nocy podczas snu dziecka znowu krwotok. Nad ranem śmierć.

4) (K. szp. 162). Caries centralis femoris dextri. Udo chore prawie w trójnasób powiększone (spina ventosa). Po rozszerzeniu otworów kloak w kości młotkiem, wyskrobałem całą jamę łyżeczką — pozostała po tem jama wielkości prawie główki dziecka nowonarodzonego, otoczona ze wszystkich stron skorupą kostną tak ciekłą, że obawialiśmy się przy każdym opatrunku pęknięcia takowej. Gdy jama ta powoli się tylko zapełniać zaczęła ziarniną, a upadek odżywiania coraz stawał się większym, zaproponowałem rodzicom dziecka wyłuszczenie uda; otrzymałem odpowiedź odmowną. Dziecko umarło wskutek wyniszczenia po dwumiesięcznym pobyciu w szpitalu.

5) (K. szp. 174). Sarcoma alveolare pleurae — nowotwór zajmował prawdopodobnie także dolny zraz płuca.

6) (K. szp. 182). Perityphlitis abscedens z ogromnemi zatokami w wielkiej i małej miednicy przy straszem wyniszczeniu — chory umarł w 5 dni po przybyciu do szpitala.

7) (K. szp. 190). Empyema necessitatis — Thorakotomia. Przed operacją jeszcze silna gorączka, ciągle rozwolnienie, prawdopodobnie gruźliczej natury. Śmierć po 12 dniach.

8) (K. szp. 213). Noma — zniszczenie zupełne prawej połowy twarzy — zgorzel wszystkich kości twarzowych i szczęk.

9) (K. szp. 238). Ropne zapalenie opłucnej po odrze. Po przecięciu klatki piersiowej wypływa ropa rozkładowa, posokowata — pomimo starannych przemyciań takowa nie zmieniła swego charakteru — śmierć po 10 dniach.

10) (K. szp. 243). Coxitis. Resectio coxae. Rana zagoiła się prawie w zupełności. Chory umarł przy objawach coraz większego upadku sił (degeneratio amyloidea?) w 3 miesiące po operacji.

11) (K. szp. 266). Coxitis acuta septica. Chora z objawami głębokiej infekcji przyjęta początkowo jako tyfusowa do oddziału wewnętrznego. Po 12-tu dniach spostrzeżono ropnie w okolicy pośladkowej, zrobiono nacięcia i znaleziono staw biodrowy otwarty, kości obnażone z chrząstki. Chora wciąż nieprzytomna, walała opatrunek kałem i moczem, zmarła po 18 dniach.

Czyż we wszystkich wyliczonych przypadkach śmierci winę przypisać można szpitalowi lub lekarzowi oddziału?!

Druka kategoria chorych w powyższej tabliczce

statystycznej stanowi 4-ro dzieci, na których karcie szpitalnej oznaczono „wychodzi bez poprawy“. Są to 3 chorzy z coxitis i jedno z gonitis. U ostatniego istniały wybitne objawy gruźlicy kiszek, z pierwszych zaś dwoje zabrali rodzice po krótkim pobyciu w szpitalu, jedno wysłano do Ciechocinka.

Wypisani z adnotacja „z poprawą“ są to ciż sami prawie chorzy, najczęściej z tą samą gruźlicą stawową lub kości, lub nawet już ogólną — u których po pewnym, mniej lub więcej długim pobyciu w szpitalu i przebytych operacjach, poprawia się stan ogólny i miejscowy, a następnie wypisani zostają na żądanie rodziców, lub też odsyłani do domu, do miejsc kąpielowych i t. p. z mniej lub więcej znaczną „poprawą“. Chorych takich mieliśmy 8.

Często dostają się nam do szpitala dzieci ze złamaniami kości przedramienia lub goleni. Chorym takim po kilku dniach nakładam opatrunki z gipsu lub szkła wodnego i odsyłam do domu — wolę bowiem, przy braku miejsc w szpitalu, nie zajmować łóżka przez chorego, któremu daleko wygodniej i lepiej jest przebywać w domu, jak w zamkniętych salach szpitalnych. Chory taki leczy się następnie ambulatoryjnie, wypisuję go zaś na karcie z adnotacją: „wychodzi w opatrunku“.

Adnotacje: „na zagojeniu“ dostaje chory, który będąc już zupełnie zdrowy, ma jeszcze małą powierzchwnie rany nie zabliźnioną, a która przy opatrunku w domu lub ambulatoryjum zagaja się zwykle po kilku lub kilkunastu dniach.

Reszta chorych 72 wypisanych jako „zdrowi“ o sobicie przez Naczelnego Lekarza lub przezemnie z kontrasygnacją jego, są to chorzy z zupełnie zagojonemi ranami, zrostami złamaniami i t. p. Część ich stanowią chorzy przeniesieni na rok bieżący i którzy do tej pory już opuścili szpital jako wyleczeni lub jeszcze pozostają na kuracji.

Oceń, Szanowny Kolego, jak przy zestawieniu mojem, opartem na dokładnym materyjale statystycznym, bo na kartach szpitalnych, potwornemi wydać się muszą słowa d-ra Portnera: „na 109 chorych zmarło lub wyszło bez żadnej poprawy 52!! Do pozostałych zaś 57, zaliczam jako uleczonych tych, którzy wyszli w opatrunku lub na zagojeniu“.

Przechodzę teraz do innego punktu elaboratu dr. Portnera, a mianowicie kwestyi absolutnej prawie śmiertelności tracheotomij w ostatnich 2 latach. W samej rzeczy w roku 1883 na 10 operowanych wyszedł tylko jeden, w roku 1884 wszystkie 8 przypadków zakończyły się śmiercią. Cyfry te razić będą w szczególności w porównaniu z cyframi otrzymanymi z lat poprzednich, gdzie odsetka wyzdrowień wynosiła 40—60%. Chorzy nasi z małym wyjątkiem ginęli prawie wszyscy w 2—4 tygodniu po tracheotomii od dyfterytu, który się w parę dni

po operacji pokazał na ranie tracheotomicznej rozszerzając się coraz bardziej, niszczył niekiedy całą przednią ścianę tchawicy, skórę również na znacznej przestrzeni. Chorzy w następstwie umierali przy objawach zajęcia nerek, albo też jeszcze częściej, wskutek paraliżu mięśni gardzieli. Sztuczne odżywianie sondą lub lewatywami zwykle nie pomagało wcale. Gdzież przyczyna tak fatalnych rezultatów?

W ostatnich latach tracheotomie wykonywałem prawie wyłącznie żegadłem Paquelina, i miałem wszelkie powody do zadowolenia z tej metody operacyjnej. Prawie bezkrwawe wykonanie operacji pozwalało mi ją wykonać z takim prawie spokojem jak w innym razie otwarcie ropnia. Oprócz tego, samo przypalanie rany i otrzymanie na ranie wskutek tego strupu dawało mi prawo do przypuszczenia, że strup ten ochrania ją powinien od zakażenia dyfterytycznego. Metoda ta jednak ma jedną wadę (i zdaniem mojem jedyną), że po odpadnięciu strupa pozostaje rana bardzo duża, przeciągająca sprawę zagojenia rany przynajmniej o dni kilka. Przypuszczając więc, że może ta znaczna rozległość rany stanowi przyczynę zakażenia następczego takowej, porzuciłem choć z żalem tę metodę operacyjną i wróciłem napowrót do noża. Cztery tracheotomie ostatnie wykonane były nożem—ale i tu powtórzyła się ta sama sprawa, co i poprzednio. Chorzy ginęli dalej od dyfterytu.

Nie można było przypisać tego również szczególnej złośliwości epidemii dyfterytu—gdyż w tym samym czasie wykonywałem tracheotomije na mieście z wcale niezłymi rezultatami.

Nie można dalej było przypisać winę niedbałej usłudze szpitalnej, gdyż służba jest ta sama co i w latach poprzednich, wprawiona już bardzo dobrze do obsługi chorych po tracheotomii, a zresztą zwracałem na nią wciąż baczną uwagę. Chorym swoim po tracheotomii robię inhalacje do rurki prawie bez przerwy z płynów z uznaniami własnościami antyseptycznymi (Natr. salicylic., Natr. benzoicum, Acid. lactic., Acid. carbolic., Tra. Eucalypti), rany opatrywałem jodoformem. Ale jak już powiedziałem, wszystko nadaremnie. Pozostała mi więc tylko rzecz jedna, szukania przyczyny infekcji w otoczeniu chorych. W szpitalu naszym posiadamy tylko dwie sale izolowane, w salach tych mieszczą się dzieci z chorobami zaraźliwymi najróżnorodniejszymi: obok dyfterytu szkarlatyna, odra, ospa lub róża. Dezynfekcja sal dokonywa się w razie opróżnienia sali na chwilę tylko zapomocą napuszczenia par kwasu siarkowego przez kilkanaście godzin. Nigdy innej gruntowniejszej, jak odbicia tynku i nowego otynkowania, zalepienia szpar w podłodze lub asfaltowania takowej, pomimo przedstawień moich doprosić się nie mogłem. 1) Naprawdę

także starałem się przekonać Zarząd Szpitala o całej niewłaściwości pomieszczenia obok dziecka po tracheotomii chorych ze szkarlatyną, dyfterytem, różą lub ospą. A czy sądzisz, Szanowny Kolego, że napotkałem opór u Prezesa Zarządu, nielekarza; naodwrot, znalazłem u p. Mathiasa Bersohna, naszego Prezesa Zarządu nawet bardzo przychylnę przyjęcie dla swoich propozycji. Opór wychodził od Lekarza Naczelnego, który twierdził i twierdzi dotąd, że takie sąsiedztwo absolutnie choremu szkodzić nie powinno. Fakt to dziwny ze strony lekarza walczącego w swoim liście w imię dobra publicznego i nauki, ale że prawdziwy, dowodzi tolerowanie tego stanu do dnia dzisiejszego.

Sądzę, że teraz już czytelnicy listu d-ra Portnera dziwić się więcej nie będą, że z 8 tracheotomowanych dzieci nie wyzdrowiało żadne w warunkach podobnych—w warunkach, które dr. Portner nazwał zechciał w liście swoim „najlepszymi“ i słowo to podkreślić.

Szpital nasz, przyznać to trzeba, znajduje się zresztą względnie do innych szpitali warszawskich w samej rzeczy w bardzo korzystnych warunkach i sanitarnych i finansowych. Urządzony bardzo dobrze z uwzględnieniem jeśli nie wszystkich to bardzo wielu wymagań higieny szpitalnej, a z drugiej strony, mając zapewnione dochody z ofiarności pewnej rodziny bardzo zamożnej—ordynatorzy nie są krępowani jak w innych szpitalach ściśle ograniczonym budżetem. Ze strony Zarządu Szpitala otrzymujemy prawie wszystko, czego tylko zażądamy. Przy objęciu przezemnie oddziału chirurgicznego przed 6 laty, w budżecie znalazłem rubrykę na środki opatrunkowe 36 rub. 50 kop.; dziś, jeśli cyfra w liście d-ra Portnera jest dokładną, osiągnęłam już sumy 544 rub. Cyfra ta wymowną jest chyba w tym kierunku, że ordynator czyni wiele, aby opatrunek zrobić bardzo drogiem, ale równocześnie możliwie dobrym.

Chorych wszystkich w szpitalu i w ambulatoryjum opatruję ściśle antyseptycznie—w ostatnim czasie używam bardzo wiele naftaliny i to z doskonałym rezultatem. To też wykonałem w roku zeszłym kilka bardzo ciężkich operacji, jak: laparotomię (przy bąblowcu wątroby), amputację uda, wyłuszczenie uda, z wypiłowania stawu biodrowego, z rezekcyje żeber (w jednym przypadku zrzekowałem 3 żebra na długości 8—10 ctm.), jedną rezekcyję kolana, jedną całkowitą rezekcyję kości łokciowej, jedną szczęki górnej, 8 sekwestrotomij lub évidement, 9 wyłuszczeń nowotworów, z plastyczne operacje (warga i przetoka tchawicowa) i wiele innych pomniejszych. Ani w jednym wypadku nie miałem ani posocznicy, ani ropnicy. Róża w trzech

nowego okna w jednej z tych sal zdecydowano się równocześnie ściany pozacierać i nanowo zabielić.

1) W tych dniach dopiero przy okazji wybicia

przypadkach wystąpiła sporadycznie i przebiegała bez następstw dla chorych. Nie mogę jednakże twierdzić, żeby przebieg ran był zawsze tak dobrym, tak aseptycznym i afebrylnym, jakby tego spodziewać się można po tem, co robimy—*prima intentio* udaje nam się również rzadko. Objaśnić zaś to będzie nam nie trudnem. Na pierwszym planie stoi tu niechlujstwo dzieci, z któremi mamy do czynienia. W $\frac{3}{4}$ wypadków, jeśli opatrunek nałożony jest na dolnej części tułowia lub na kończynach dolnych, mogą być pewnym, że w kilka godzin po operacji opatrunek będzie zalany moczem lub powalany kałem. Chorych takich np. po rezekcji stawu biodrowego wypada opatrywać codziennie lub jeszcze częściej. Prócz tego cierpimy na równi z innymi szpitalami warszawskimi na brak odpowiednio wykwalifikowanej służby, a odczuwamy bardzo brak Sióstr miłosierdzia, które takie oddają przystugi szpitalom chrześcijańskim.

Czy po tem, co tu napisałem, znajdziesz, Szanowny Kolego, w sprawozdaniu mojem te „smutne wyniki leczenia“, o których pisze dr. Portner? Dowiodę Ci również zaraz, że nie pociągają one za sobą żadnych „smutnych następstw“. Dr. Portner twierdzi, że biedni nie garną się bynajmniej do szpitala. Odpowiem na to, że mam do dyspozycji swojej 12 łóżek. Łóżka te są *prawie zawsze* zajęte. Często zmuszony jestem odmawiać chorym przyjęcia na razie do szpitala, jeśli przypadek jest chroniczny, lub też wypisać chorych na wyzdrowieniu będących dla zrobienia miejsca choremu ciężkiemu. Błędem jest także twierdzenie d-ra Portnera, jakoby w szpitalu naszym znajdowały się tylko dzieci z chorobami zastarzałemi. Samo się przez się rozumie, że największa część chorych, kwalifikujących się do operacji w szpitalach, są to przypadki chronicznych cierpień kości lub stawów. Pomimo to na ogólną liczbę 116 chorych mieliśmy z rozmaitego rodzaju cierpieniem ostrem tkanki łącznej lub gruczołowej (phlegmone, parotitis, lymphadenitis, mastitis) chorych 20, z periostitis 9, z rozmaitego rodzaju ranami 14, ze złamaniami 12, z otokiem ropnym opłucnej 4, razem 59, czyli więcej jak połowę. A w ambulatoryjum mojem główny kontyngens stanowią właśnie chorzy z wymienionemi cierpieniami, i z tych tylko cięższe wypadki lub wymagające szczególnie troskliwych opatrunków (np. phlegmone jamy podkolanowej lub ścięgien na dłoni) przyjmują się do szpitala.

Tuszę sobie, że udało mi się dowieść niemości wszystkich zarzutów d-ra Portnera—czytelnik zaś niezawodnie odgadł w nich złą wolę autora. Bo czemuż innem objaśnić sobie można fakt, że Naczelny Lekarz nie wahał się na zasadzie danych urojo-

nych napisać artykuł oszczerczy na szpital, Zarządu którego jest członkiem, i na ordynatora, którego jest bezpośrednim zwierzchnikiem—a w dodatku jako dewizę do tego artykułu obrać sobie słowa: „prawdą i pracą“. Gdzież prawda, gdzie praca!

Racz przyjąć i t. d.

Maksymilian Dinte.

Nekrologija.

— Dnia 2 maja r. b. zmarł nagle w Kopenhadze **Panum**, profesor fizjologii i dyrektor instytutu fizjologicznego, w wieku lat 65. Z prac jego szczególnie na uwagę zasługują: O zakażeniu gnilnem, o transfuzji, o sprawach zatorowych, o powstawaniu wrzodu żołądka i wiele innych. W roku zeszłym był prezesem międzynarodowego zjazdu lekarzy.

— W Kijowie zmarł d. 7 maja r. b. dr. **Ludwik Górecki**, adjunkt uniwersytetu kijowskiego. Urodzony w 1825 r. wykładał przez długi czas w tamtejszym uniwersytecie propedeutykę lekarską, następnie terapiję. Napisał: „De sputis in pneumonia acuta“, „O fizycznych warunkach tworzenia się w płucach rzeżeń trzeszczących“ i wiele innych.

— Dnia 15-go maja r. b. zmarł w Getyndze profesor Julijan Fryderyk **Henle**, znany anatom i patolog w wieku lat 76. Z licznych jego prac odznaczają się: „Anatomija człowieka“ i „Pathologische Untersuchungen“ (1840), w których 45 lat temu mówi o pasorzytach, jako przyczynie chorób zakaźnych.

— Nadesłano do Redakcyi:

Dr. *Wicherkiewicz*. Sprawozdanie z zakładu leczniczego dla ubogich chorych w Poznaniu za r. 1884.

Dr. *J. Gwiązdowski*. Sprawozdanie roczne z „domu zdrowia“ zakł. lecz. prywatnego. Kraków, 1885, odb. z „Przeglądu lekarskiego“.

Dr. *Stanisław Szczepan Zaleski*. Przyczynek do wydzielenia się tlenku węgla z organizmu zwierzęcego; odb. z „Przeglądu lekarskiego“.

Dr. *Groedsl.* Ist es möglich für die verschiedenen Erkrankungen des Rückenmarks bestimmte balneotherapeutische Indicationen u. Methoden aufzustellen. Sonder-Abdr. a. „D. Med. Ztg.“ 1885.

Sprawozdanie trzecie z czynności komitetu zarządzającego kasą imienia d-ra J. Mianowskiego za rok 1884-ty.

Dr. *C. Brendel*. Kemmerich's Fleischpepton. Berlin, 1885.