

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## O NAJNOWSZYCH SPOSOBACH

### badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

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

*Ciąg dalszy (zob. Nr. 11).*

Badanie za pomocą zgłębnika służy przede wszystkim do celów następujących:

1. Aby przekonać się o stanie żołądka z rana na czczo.
2. Aby poznać tenże stan w 6—7 godzin po przyjęciu pokarmu.
3. Aby określić pojemność, *resp.* dolną granicę żołądka, mianowicie przy jego rozszerzeniu.

1. Żołądek człowieka zdrowego bywa z rana próżnym, tak, iż wlana doń woda ciepła wypływa zupełnie czysta lub, co najwyżej, zawiera nieliczne drobne strzępki śluzowe (LEUBE). Odczyn tej wody będzie obojętnym.

Przekonawszy się o zupełnej próżności żołądka, możemy jednocześnie skorzystać z wprowadzonego zgłębnika celem określenia zdolności wydzielniczej błony śluzowej żołądka.

Sok żołądkowy otrzymać można za pomocą bodźców różnorodnych: mechanicznych, chemicznych lub termicznych (LEUBE).

a) **Bodziec mechaniczny.** Pobudzić można wydzielinę soku 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.

*Dokończenie (zob. Nr. 11).*

*Opatrywanie chorych.* Rana operacyjna, zadana przy takich ostrożnościach, zwykle wcale lub mało tylko ropieje, co też uwalnia od częstego jej opatrywania, to też czasami 10 dni i dłużej opatrunek pozostaje na miejscu; wskazówką do przemiany opatrunku służy podniesienie się ciepłoty chorego wyżej normy, lub pokazanie się wydzieliny w zewnętrznych warstwach opatrunku. Widziałem chorego po amputacji Pirogowa dokonanej przy mnie, któremu dopiero 13-go dnia zdjęto opatrunek, nałożony zaraz po operacji, usunięto szwy i okazało się, iż cała rana zlepiała się per primam. W takich warunkach na jeden dzień przypada niewielka tylko liczba opatrunków, co dozwala poświęcić im więcej czasu.

wprowadzenie pokarmu drażniącego, któryby przez czas pozostawiania w żołądku nie podlegał wyraźniejszym przemianom chemicznym. LEUBE w tym celu zalecał dawniej krupnik z kaszy jęczmiennej: 50 grm. kaszy zagotowuje się jednorazowo z 250 grm. wody. Pacjent polyka całą tę masę, nie przeżuwając takowej, i popija 750 grm. wody. Po 10 minutach wydobywa się część płynu i określa, czy i o ile jest on kwaśnym, a także o ile jest w stanie strawić białko.

REJCHMAN zauważył, iż czas 10-minutowy nie wystarcza do dostatecznego pobudzenia błony śluzowej, lecz potrzeba najmniej  $\frac{1}{2}$  godziny.

LEUBE sam następnie uczynił zarzut swej metodzie, iż nie zawsze daje ona wyniki dokładne, a zresztą przy wrzodzie stosować jej nie można.

b) **Bodziec chemiczny.** Żołądek przepłukuje się 400 c. sz. wody letniej. Całkowicie wydobyty płyn ten musi być czystym i oddziaływać obojętnie. Następnie wlewa się 50 c. sz. 3% roztworu sody i pozostawia w żołądku przez 12 minut. Po tym czasie zgłębnik wprowadza się na nowo i wlewa przezeń 500 c. sz. wody letniej. Płyn wydobyty wpuszcza się jeszcze raz lub dwa do żołądka napowrót i ostatecznie część takowego bierze się do badania.

12-minutowy pobyt roztworu sody w żołądku człowieka zdrowego wystarcza do zobojętnienia wydzielającego się soku, gdy tymczasem odczyn ługowy wody wydobytej będzie dowodem niedostatecznego wydzielania się kwasu solnego.

I ta metoda nie jest od zarzutu wolną. LEUBE utrzymuje, iż tworzy się przy tem mniej lub więcej chlorku sodu, co wpływa niejaki na wydzielanie się pepsyny i na przebieg przedsiębranej próby trawienia sztucznego wywiera.

c) **Bodziec termiczny.** 100 c. sz. wody lodowej wprowadza się do żołądka próżnego, w którym takowa przez 10 minut pozostaje. Następnie dolewa się 300 c. sz. wody letniej. Wydobyta woda winna oddziaływać kwaśno i posiadać własności trawiące.

GLUZIŃSKI i JAWORSKI metodę ostatnią sprawdzili, uznając wodę lodową, przez

Opatrywaniem chorych zajmują się li-tylko asystenci lub sam chirurg, nikt inny rany się nie dotyka. Zabierając się do opatrywania chorych przygotowują się jak do operacyi, a więc nakładają odpowiednią zdezynfekowaną odzież i oczyszczają sumienie ręce. W pochodzie przez sale towarzyszy im, posuwany przez posługacza, stolik na kółkach obity blachą, na którym poustawiane są skrzynki z materjałami opatrunkowemi szczelnie zamknięte, słój z drenami, miska napełniona kwasem, zawierająca potrzebne przy opatrunku instrumenty, druga miska z leżącemi w niej tamponami zrobionemi z waty i zamoczonemi też w kwasie karbolowym. Irygator niewielki, zakończony zwykle szklaną rurką zamiast nieprzejrzystej kanki, co dozwala lepiej kontrolować czystość przepływającej wody. W końcu miska z płynem antyseptycznym służąca do obmywania wydobytych z ran drenów. Na dolnej półce stolika znajdują pomieszczenie podstawki różnego kształtu i przyrządy, ułatwiające ułożenie chorego najdogodniejsze dla zmiany opatrunku bez przyczynienia mu bólu i zalania łóżka. Do takich należy naprzykład stołeczek Billroth'a podstawiany pod krzyż przy wszystkich opatrunkach na udzie i miednicy. Na środku każdej sali stoi stół, na którym ustawione są miednice z wodą do obmywania rąk po każdym opatrunku, kufle ze szczotkami do paznokci, zanurzonemi w płynie antyseptycznym, na koniec miski z takimże płynem dla ostatecznego oplókania rąk. Po zdjęciu materjały, składające opatrunek, dostają się natychmiast do hermetycznie zamykającego się wiadra noszonego przez tegoż posługacza, który przesuwa stolik z miejsca na miejsce. Rany

10 minut pozostającą w żołądku, za bodziec dostateczny; zmienili ją wszakże o tyle iż zamiast 100 i 300—wprowadzają od razu 200 c. sz. wody lodowej bez następnego rozcieńczania wodą letnią.

Ze względu, iż u niektórych chorych zgłębnik z jakiegobądź powodu zastosować się nie daje, EDINGER poleca użycie gąbeczki, zamkniętej w kapsułce żelatynowej i na sznurku jedwabnym przywiązanej. <sup>1)</sup> Chory gąbkę, masłem powleczoneą, bez trudności połyka. Jeśli gąbka natychmiast do żołądka nie przeszła (chory doznaje rodzaju ciśnienia w piersiach), należy połknąć kęs chleba lub popić nieco wody.

Gąbka pozostaje w żołądku przez 15—20 minut, drażniąc przez ten czas mechanicznie błonę śluzową żołądka i po rozpuszczeniu się żelatyny napaja się sokiem. Po wydobyciu można z niej kilka kropel soku na szkiełko zegarkowe z odczynikiem wy-cisnąć. Kwaśność wogóle określa się papierkiem lakmusowym, rodzaj kwasu—metylem fioletowym (*Methylanilinviolett*) lub tropeoliną (o czem niżej będzie mowa); wreszcie stopień kwaśności za pomocą odpowiednio przyrządzonego odczynnika, którego skład REJCHMAN podaje jak następuje:

- 0,1 grm. fenolu ftaleinowego,
- 1 c. sz. wysokoku,
- 23 c. sz. wody,
- 1 kropla 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego roztworu sody.

Płyn ten ma barwę czerwoną. Jedna kropla 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego kwasu solnego od-barwia 15 kropel odczynnika. Stąd R. oblicza w przybliżeniu stopień kwaśności.

Używałem roztworu tego do prób kilkakrotnie i przekonałem się, że ilość kro-

---

1) Edinger przygotowywał gąbeczki żelatynowe w ten sposób, że moczył najprzód gąbkę w kwasie solnym celem usunięcia z niej węglanów alkalicznych, następnie przemywał w wodzie aż do neutralizacji, suszył, kroił na drobne kawałki wielkości orzecha leśnego, przywiązywał na sznureczkach jedwabnych długości  $\frac{3}{4}$  metra i zamykał w kapsułkach (*Caps. operculatae*).

w rzadkich tylko razach przepłukują się zapomocą irygatora, zwykle asystent obmywa nagromadzoną wydzielinę tamponem wyjętym wprost z roztworu przeciwnielego, następnie wydobywa i oczyszcza dreny, a założywszy je na dawne miejsce, nakłada opatrunek. Irygatora używają tylko tam, gdzie się zupełnie nie udało zlepnie doraźne i gdzie się bardzo dużo wydziela ropy, w przeciwnym razie uważają wypłukiwanie irygatorem wprost za szkodliwe, gdyż silny prąd wody rozlepia często już sklezione części i w ten sposób przeszkadza gojeniu. Materiały opatrunkowe podaje asystentowi dozorczyńni z wyżej opisanych skrzynek, rękawy ma przytem zawinięte powyżej łokci, a ręce dokładnie zdezinfekowane. Asystent po skończeniu opatrunku obmywa ręce i wtedy dopiero przechodzi do następnego chorego. Każdego postronnego widza uderza przy tem zgodność i precyzyja, z jaką się to wszystko odbywa, wszyscy znają tu wybornie swoją rolę, a wpojonych zasad trzymają się z wzorową ścisłością, żadnego zapomnienia, nieuwagi lub lekceważenia, a tem mniej nieświadomości odkryć nie można. Nic też dziwnego, iż opatrunek w tych warunkach dokonywany nie wpłynie źle na opatrywaną ranę. Godną jest zaznaczenia pedanteryja, z jaką się wyznacza, jaki opatrunek ma być przed innemi zrobiony; rany, o których przypuszcza się, że się zagajają doraźnie, są zwykle opatrywane najprzód, później dopiero przychodzi kolej na rany ropiejące, nigdy nie dzieje się odwrotnie.

#### V. Desiderata.

Zestawienie naszych oddziałów z zagranicznymi, które tu podałem, wychodzi

pel, odbarwianych jedną kroplą danego soku żołądkowego bywa różną i zależy od wielkości kropel, czyli od szerokości otworu pipetki; należy przeto stale jednej i tej samej pipetki używać.

Określenie jednak stopnia kwaśności za pomocą odczynnika powyższego jest nader niedokładnem, a, w obec nieznacznej zazwyczaj kwaśności soku w ogóle, cyfra otrzymana nawet w przybliżeniu nie jest w stanie dać należytego pojęcia o stopniu tej kwaśności.

2. Zdolność wydalającą żołądka, t. j. siłę mięśniową LEUBE określa za pomocą zgłębnika, wprowadzonego w 6—7 godzin po spożyciu przez chorego pokarmu, składającego się z zupy, dużego befsztyku i bułki. Przez czas ten chory winien się od wszelkiego przyjmowania pokarmu lub napoju powstrzymać.

Po upływie 6—7 godzin woda, z przepłukania żołądka zdrowego otrzymana, winna być prawie czystą i zawierać co najwyżej kilka strzępków śluzu, albo nawet może jakieś bardzo nieznaczne resztki strawionych pokarmów (GLUZIŃSKI i JAWORSKI).

Tą drogą udało się LEUBE'MU zwrócić uwagę na t. zw. „niestrawność nerwową“ (*Dyspepsia nervosa*), jako na nową postać nozologiczną, którą dawniej często za zwykły przewlekły nieżyt żołądka poczytywano.

3. Pojemność żołądka bada się za pomocą zgłębnika w celu oznaczenia dolnej granicy jego. Chodzi tu naturalnie o przypadki z przypuszczalnem rozszerzeniem żołądka.

Oznaczyć właściwe granice, gdzie się kończą wymiary żołądka prawidłowego, a gdzie się rozszerzenie zaczyna,—nie jest rzeczą łatwą. Pojemność żołądka bywa tak zmienną, iż nic dziwnego, jeśli zdania w tym względzie bardzo są podzielone. To też słusznie mówi JAWORSKI, iż wówczas tylko klinicysta uważać może żołądek za rozszerzony, gdy istnieją jednocześnie zboczenia w czynności takowego.

LEUBE wykazał, iż można koniec zgłębnika (twardszego) wyczuć przez ścianki

niezaprzeczenie na niekorzyść pierwszych. Czas już wielki, aby zachodzące różnice zmalały odpowiednio, w przeciwnym bowiem razie coraz dalej w tyle pozostawać będziemy. Sam chirurg nic, a przynajmniej niewiele będzie mógł zrobić, jeżeli nie znajdzie odpowiedniego poparcia w administracyi naszych szpitali. Naturalnie, nie możemy mieć nadziei, żeby szpitale nasze były w stanie wybudować do rozporządzenia chirurgów wspaniałe odosobnione pawilony, urządzone podług najnowszych wymagań, aby otoczyły ich odrazu wyćwiczoną i umiejętną obsługą. Sądzę jednak, że przy pewnej dobrej woli i stosunkowo niewielkich kosztach możnaby i u nas wprowadzić pewne ulepszenia. O tych to właśnie możliwych, przy rozporządzalnych środkach, ulepszeniach, chciałbym wspomnieć na końcu tego artykułu.

Przedewszystkiem zdaje mi się, iż nie byłoby nad siły żadnego z naszych szpitali urządzenie odpowiednich sal operacyjnych, opatrzonych w dostateczną ilość kranów wodociągowych, asfaltowaną lub cementową podłogę i wielkie weneckie okna. Niezbędnem jest również usunięcie z sal operacyjnych wszystkiego, co nie ma bezpośredniego związku z operacją, ztąd konieczność urządzenia jakiegoś, chociażby bardzo niewielkiego gabineczku, w którymby przychodziła część personelu oddziałowego mogła pozostawiać swe ubranie i zamieniać je na kaftany, w których następnie funkcjonuje w oddziale. Dalej uważałbym za konieczne, aby każdy szpital posiadał składzik przeznaczony li-tylko do przechowywania i przygotowywania materiałów opatrunkowych, jeżeli w szpitalu znajduje się kilka oddziałów chirurgicznych, to dla

brzuszne. Granica, do której zgłębnik da się w żołądku zdrowym posunąć, osiąga mniej więcej wysokości pępka. A zatem, gdy koniec poniżej pępka wyczuwalnym będzie, przemawia to za rozszerzeniem, czyli rozpoznanie staje się zupełnie pewnym, gdy zgłębnik dojdzie p o n i ż e j linii poziomej, łączącej wyrostki biodrowe przednie górne (*Spinae ilei anter. super.*).

PENZOLDT określił, iż stosunek między wymiarem zgłębnika, poczynawszy od przedniego brzegu zębów aż do dolnej granicy żołądka normalnego,—a wymiarem całego ciała, ma się jak 1 : 3, przewyższając długość kręgosłupa mniej więcej o 5 ctm.

Połączenie obudwu metod powyższych da wyniki dość ścisłe. Można by wprowadzić zarzucić postępowaniu LEUBE'GO, iż zgłębnik nie zawsze przez powłoki bywa wyczuwalnym; lubo z drugiej strony w największej liczbie wypadków wiotkość ścianek brzusznych skutkiem znacznego zazwyczaj wychudnienia chorych z rozszerzeniem żołądka na to pozwala.

Dotąd mówiłem o rozpoznawaniu rozszerzeń w y r a ż n y c h. Lecz nierównie ważniejszym byłoby znalezienie sposobów oznaczania rozszerzeń w okresach wczesnych, gdy i wskazówki lecznicze łatwiej wykonywać się dają, t. j. przy tak zwanej przez ROSENBACH'A *Insufficiencia ventriculi*.

ROSENBACH sądzi, iż rozszerzenie żołądka nie stanowi sprawy gotowej, lecz jest sprawą ustawicznie postępującą. Samo przeto określanie rozmiarów żołądka nie wystarcza, należy bowiem uwzględniać jednocześnie i stopień kurczliwości tegoż.

Metoda więc ROSENBACH'A polega na tem, iż dolewanie coraz większej ilości wody do żołądka zdrowego, zawierającego już pewną jej ilość, powoduje p o d n o s z e n i e się poziomu <sup>1)</sup> wody; wypompowanie tej samej ilości obniża poziom mniej wię-

---

1) Dla określenia poziomu wody w żołądku R. używa długiej rurki kauczukowej, przyczepionej do wolnego końca zgłębnika, a opatrzonej lejkiem. Na zasadzie znanego prawa fizycznego o łączących się naczyniach, z poziomu wody w lejku wnioskuje się o poziomie jej w żołądku.

---

wszystkich mógłby jeden taki skład wystarczyć. Naturalnie wydaje mi się niecierpiącym zwłoki urządzenie oddziałów seperacyjnych dla pomieszczenia chorych z cierpieniami przyrannymi, i to takich, których personel zupełnie by się z personelem oddziału chirurgicznego nie stykał.

Za najważniejsze jednak, najłatwiej dające się przeprowadzić, uważałbym zmiany w organizacji personelu oddziałowego, jakoteż w rozdziale pracy pomiędzy pojedynczych jego członków.

Chirurg, jeżeli ma być odpowiedzialnym za rezultaty otrzymywane na jego oddziale, musi się stać despotycznym jego władzcą i władzy tej z nikim dzielić nie może pod groźbą zupełnego niepowodzenia w razie przeciwnym. Chirurg jedynie powinien mieć prawo przyjmowania i wydalania wszystkich bez wyjątku członków personelu oddziałowego poczynawszy od asystenta, a skończywszy na posługaczu. Tylko w takim razie osobniki, w skład tego personelu wchodzące, zdecydują się nareszcie uledz słusznym wymaganiom chirurga, które się im nieraz śmiesznie lub przesadzone wydają, gdy będą wiedzieli, iż jest on panem położenia, że każdą krnąbrną jednostkę w tej chwili z drogi usunąć może. Dopiero wtedy chirurg może mieć niejaka pewność, że po kilku mniej lub więcej niefortünnych próbach, dobierze nareszcie personel w zupełności odpowiadający wymaganiom i nie będzie drżał codziennie o to,

cej do wysokości poprzedniej. Dzieje się to wskutek kurczliwości ścianek żołądka, a zatem zdolności przeciwdziałania sile ciężkości wody.

Gdy, natomiast przy rękoczynach wzmiankowanych poziom wody się nie podniesie, a nawet podczas szybkiego wlewania 800—1200 c. sz. wody obniża się,—jest to dowodem niedostateczności sił wydalających t. j. siły mięśniowej żołądka. W żołądku zdrowym wystarczy już dolanie 100 c. sz. do poprzedniej ilości wody, ażeby poziom płynu się podniósł.

Drugi sposób badania, przez ROSENBACH'A zalecany, jest następujący: Do górnego końca zgłębnika przyczepia się balonik kauczukowy z otwartą rurką. Gdy zgłębnik, wprowadzony do żołądka, nie osiąga jeszcze poziomu wody, w takowym zawartej, wówczas wpędzane przez ucisk balonika powietrze nie sprawia żadnego lub jedynie szmer syczący, które słyszy ucho, do ścianki brzusznej przyłożone. Gdy zaś koniec zgłębnika zanurzył się w wodę, to ucho słyszy pluskanie (*Rasseln*) grubopęcherzykowe, często z podźwiękiem metalicznym.

Wykonywając doświadczenie powyższe u człowieka zdrowego w 2—3 godziny po przyjęciu jakiegokolwiek płynu, nie otrzyma się żadnego pluskania, ponieważ płyn zdołał się wessać i żołądek jest próżnym. Po wlanu 50—100 c. sz. wody słychać już plusk, i trzeba na kilka centym. zgłębnik wyciągać, zanim takowy ustanie i w szmer syczący przejdzie.

Przy niedostateczności (*Insufficiencia*) żołądka natomiast słychać plusk nawet po 3 godzinach jeszcze od chwili przyjęcia płynu.

Jak z opisu powyższego widać, metoda ROSENBACH'A pomyślaną jest dobrze i ma za sobą niejaki podstawi, gdyż z jej pomocą udaje się nieraz wykazanie postępującego rozszerzenia, którego badanie zgłębnikiem (metodą LEUBE'GO) może nie stwierdzić. Wszelako co do wykonania takowej, jest ona i dla lekarza i dla chorego wielce uciążliwą.

Ażeby zakończyć z rozszerzeniem żołądka, wspomnę tu pobieżnie i o innych jeszcze, mniej pewnych sposobach jego badania:

iz lada chwila może zniknąć z oddziału osobistość, nad wykształceniem której nie mało się namordował.

Chirurg, nie mogąc codziennie wglądać w najdrobniejsze szczegóły, dotyczące oddziału i chorych na nim przebywających, musi mieć odpowiednich wyręczyteli, na którychby mógł polegać i wierzyć w ich znajomość rzeczy, potrzebuje więc koniecznie asystentów. Wolontaryjuszowska asysta, rozwijająca się u nas, nie prowadzi do celu, przeciwnie, czasami szkodę przynosi, jak to się starałem poprzednio wykazać, niezbędnymi więc są asystenci stali (zmieniający się co 3 lata) płatni. Naturalnie, nasze szpitale nie są dość bogate na to, aby opłacały całą falangę asystentów, gdyby jednak przy każdym oddziale ustanowiono jedną tylko posadę płatnego asystenta (a jak się postaram wykazać poniżej, kwotę na opłacenie takiego asystenta możnaby zdobyć już przez samo zaprowadzenie racjonalnego sposobu zaopatrywania oddziałów w materjały opatrunkowe)—i zawarowano, iż asystentem płatnym może zostać ten tylko, kto przynajmniej 2 lata przygotowywał się do tej posady na tymże samym oddziale, to możnaby być pewnym, iż przy istniejącem obecnie przeludnieniu lekarskiem każdy oddział posiadałby conajmniej dwóch asystentów (jednego płatnego, drugiego aspiranta), a kto wie, czy nie więcej, jeżeliby tylko wybór płatnego asystenta zrobiono zależnym od chirurga i nie ograniczono liczby bezpłatnych, wywołałoby to między temi ostatnimi szlachetną emulację, któraby naturalnie wypadła

a) U człowieka zdrowego po wprowadzeniu do żołądka próżnego litra wody zjawia się stępienie odgłosu opukowego (*Dämpfungstreifen*) p o w y ż e j pępek; przy rozszerzeniu zaś tępość będzie p o n i ż e j pępek.

b) Niekiedy granice żołądka określić się dadzą przy pomocy gazu węglanego (WAGNER, ZIEMSEN, EBSTEIN). Gaz rozwija się przez podanie osobnikowi badanemu niepełnej łyżeczki kwasu winnego (*Ac. tartar.*), a następnie przepelnionej łyżeczki dwuwęglanu sody,—obudwu w zimnej wodzie rozpuszczonych; pacjent pije powoli, ażeby się odrazu zbyt wielka ilość gazu w żołądku nie rozwijała.

EBSTEIN użył metody tej dla określenia domykalności odźwiernika. Skutkiem szybkiego i znacznego wzdęcia żołądka otrzymuje się głęboki odgłos bębnowy, a kontury żołądka występują wyraźnie. Niestety jednak rozszerzenie żołądka najczęściej łączy się jednocześnie z niedomykalnością odźwiernika, np. przy zwężeniu raka-wem tegoż.

c) Ręka, lekko uciskająca okolice żołądka, powoduje słyszalny dobrze szmer pluskający (*klatschend*), podobny do wstrząsania płynu w napełnionej do połowy butelce (LEUBE). Szybkie przewracanie się chorego na bok daje również szmer pluskania. U człowieka zdrowego pluskanie nastąpić może po wypiciu 1—2 szklanek wody, lecz znika już po upływie najwyżej 4 godzin. Podobny plusk sprawiać może niekiedy okrężnica poprzeczna (*Colon transversum*).

Omówiwszy sposób badania zapomocą zgłębnika wogóle, przechodzę do działu, bardzo ważne przy rozpoznawaniu chorób żołądka zajmującego miejsce, mianowicie do badania treści żołądka pod wpływem a k t u t r a w i e n i a.

Otrzymuje się masy, trawieniu ulegające, bądź bezpośrednio zgłębnikiem i pompką, bądź też do badania bierze się wymiociny chorych.

LEUBE dla badania produktów trawienia daje do spożycia pacjentowi objad, złożony z talerza zupy, dużego befsztyku i bułki.

na korzyść oddziału. Asystenci winni między sobą rozdzielić zajęcia w oddziale, do nich powinno należeć opatrywanie chorych, na nich włożyć należy pieczę nad instrumentami i dozorowanie przygotowywania materiałów opatrunkowych. Asystentom płatnym można wszystko to powierzyć, gdy tymczasem obecnie chirurg, nie będąc pewnym, czy asystent jego za kilka dni oddziału nie opuści, z konieczności ogranicza się do wyznaczania mu zajęć dorywczych, gdy tymczasem tak ważne zadanie pozostaje w rękach stale do oddziału przywiązanego felczera.

Wyżej już zaznaczyłem, jak ważne korzyści ciągną nasze oddziały z opieki Sióstr miłosierdzia. W oddziałach chirurgicznych jednak, nie dość jest dobrych chęci, trzeba jeszcze umiejętności, otóż byłoby koniecznym, żeby nasze Siostry chirurgiczne zdobyły te wiadomości przed lub zaraz po wstąpieniu na oddział chirurgiczny. Mówiono mi, iż umiejętność pielęgnowania rannych tradycyjnie przechodzi z Siostry na Siostrę, ależ chirurgija od kilkunastu lat właśnie zerwała z tradycją i niczego się więcej nie boi, jak wszystkiego, co jej tę smutną tradycję przypomina. To też, mojem zdaniem, dla Sióstr naszych niezbędną jest szkoła, któraby je obznajmiała z tem, jak właściwie (przy obecnym stanie nauki) chorych pielęgnować należy, jak godzić pieczę o chorych z dbałością o czystość sali, któraby je nauczyła, iż nie należy pozwolić na obmiatanie ścian z pajęczyny podczas opatrywania chorych na sali, że nie można kazać posługaczowi wylewać ekskrementów chorego, a potem, nie pozostawia-wszy mu czasu na obmycie rąk, używać go do pomocy przy rozwieszaniu świeżo

Poszukiwania dokonywa się po 1—3 godzinach w porządku następującym:

1. Oglądanie masy wydobytej oraz zapach jej.
2. Odczyn.
3. Przesączenie.
4. Stopień kwaśności, ewent. alkaliczności.
5. Poszukiwanie kwasów.
6. Próba na białko.
7. Próba na śluz.
8. Próba na pepton.
9. Próba na parapepton.
10. Próba na metapepton.
11. Trawienie sztuczne.
12. Badanie drobnowidzowe masy wydobytej.

1. Określamy b a r w ę masy badanej, resztki pokarmowe i t. p. Dalej po z a p a c h u stwierdzić niekiedy można charakterystyczne kwasy organiczne, np. masłowy i octowy.

2. O d c z y n u próbuje się za pomocą papierków lakmusowych. Odczyn najczęściej bywa kwaśnym—w mniejszym lub większym stopniu. Kwaśność zależy może zarówno od kwasu solnego, jakoteż od kwasów organicznych. REJCHMAN dowiódł, iż uczucie z g a g i nie występuje nigdy przy odczynie obojętnym lub alkalicznym, lecz zawsze przy kwaśnym, lubo tenże zależy może zarówno od kwasu solnego, jak i od kwasów organicznych. Tak więc w danym momencie, gdy treść żołądka oddziaływać będzie obojętnie lub alkalicznie, zgagi chory nie doznaje.

3. P r z e s ą c z a s i ę treść badaną przez filtr zwykły, przez który przechodzić winien płyn zupełnie przezroczysty. Przesącz służy do wszelkich dalszych badań.

4. O z n a c z e n i e s t o p n i a k w a ś n o ś c i, ewent. alkaliczności. Używa się w tym celu roztworów t. zw. n o r m a l n y c h. Przygotowuje się je odpowiednio

przygotowanej gazy karbolowej. Potrzeba szkoły, któraby wrażliła naszym Siostrą przekonanie, iż te, napozór drobne, wykroczenia, stanowią tyleż występków godzących na życie bliźniego. W szkole takiej mogłyby się kształcić nasze Siostry miłosierdzia podczas odbywania nowicyjatu, a w każdym razie przed zaliczeniem ich w poczet personelu oddziałów chirurgicznych. Gdy Siostry nasze do zasług, jakie mają, podnosząc moralność chorych, dodadzą gruntowną znajomość wszystkiego, co ma związek z pielęgowaniem chorych, wtedy staną na wysokości zadania, zasłużą na błogosławieństwo pacjentów i będą sobie mogły powiedzieć, iż nie jedno niknące życie, ich troskliwością i zabiegami rozumnie pokierowanemi, zachowaniem zostało. Wtedy dopiero chirurgowie znajdą w Siostrach miłosierdzia prawdziwą pomoc, nikim nie dającą się zastąpić, a że potrafią taką pomocnicę odpowiednio cenić i szanować, o tem wątpić nie można.

Co się tycze felczerów, to ci też mogliby z pożytkiem funkcjonować w oddziale pod warunkiem jednak, iż będzie im wyznaczona zupełnie inna rola. Felczerzy, jako wizytatorzy, przebywający na oddziale tyle czasu co sam chirurg, przy ustanowieniu wyżej proponowanych asystentów, stają się zupełnie zbyteczni, nie w tej też roli powinni oni funkcjonować, należałoby im powierzyć te czynności, które w zagranicznych oddziałach należą do tak zwanych uczonych posługaczy, a więc przygotowywanie pod okiem asystentów płynów antyseptycznych, wymywanie gąbek podczas operacji, golenie pola operacyjnego, stawianie chorym baniek i pijawek, umie-



do ich wagi atomowej, i to w ten sposób, że dana objętość normalnego roztworu kwasu zobojętnia taką samą objętość normalnego roztworu ługu. Waga atomowa kwasu solnego będzie 36,5 ( $H = 1$ ;  $Cl = 35,5$ ), czyli normalny roztwór kwasu solnego otrzymamy, biorąc 36,5 gram. czystego  $HCl$  na 1 kilogram wody przekroplonej. Stąd 1 centym. sz. roztworu tego zawierać będzie 0,0365 gram.  $HCl$ .

Tak samo waga atomowa ługu sodowego = 40 ( $Na = 23$ ;  $O = 16$ ;  $H = 1$ ) czyli 1 centym. sz. roztworu normalnego ługu sodowego zawiera 0,04 gram.  $NaOH$ .

Do badania treści żołądka po największej części używa się roztworu ługu normalnego, ponieważ takowa najczęściej bywa kwasną.

W obec nieznacznego zazwyczaj stopnia kwaśności treści żołądkowej płyny normalne są zbyt stężone, a więc niedogodne, gdyż bardzo mała ich ilość jest w stanie zobojętnić badaną zawartość i mogą stąd omyłki wyniknąć. Dla tego też dogodniejszymi są roztwory  $\frac{1}{10}$  normalne czyli o 10 razy słabsze. Każdy przeto centymetr sześcienny kwasu solnego  $\frac{1}{10}$  normalnego = 0,00365 gram.  $HCl$ , a 1 c. sz.  $\frac{1}{10}$  normalnego ługu sodowego = 0,004 grm.  $NaOH$ .

Do oznaczenia stopnia kwaśności bierze się 10 c. sz. przesączu treści żołądkowej i wlewa do zlewki szklanej, następnie dodaje się kilka kropel roztworu fenolu ftaleinowego (1:30 wysokoju), który jest znakomitym wskaźnikiem; płynom bowiem alkalicznym nadaje barwę różowo-fioletową, w płynach zaś kwaśnych barwa ta znika. Jest-to odczynnik nadzwyczaj czuły, a wystarcza jedna kropla nadmiaru kwasu lub ługu, aby barwę zniszczyć lub wywołać.

Mając więc tak przygotowany do badania płyn, dodaje się doń z biurety kroplami  $\frac{1}{10}$  normalnego roztworu ługu ( $NaOH$ ) i ciągle miesza. Dopóki przesącz pozostaje bezbarwnym, (zwykle od fenolftaleiny lekko mętnieje), dopóty jest on kwaśnym; z chwilą zobojętnienia przesącz różowieje od jednej kropli ługu, dodanej w nadmiarze, i to wskazuje, iż zobojętniono przesącz ilością dostateczną ługu  $\frac{1}{10}$  normalnego. Wówczas odczytuje się na biurecie ilość zużytego odczynnika w centym. sześć. i oblicza się, jak to przykład przytoczony wyjaśni:

(d. c. n.)

jętne ułożenie chorego w łóżku, oto czynności, które bezkarnie dla oddziału spełniać może felczer odpowiednio wyćwiczony. Felczer ze swej strony winien rozciągnąć jak najbaczniejszy nadzór nad czynnościami zwyczajnych posługaczy, winien dozorować zmywania naczyń używanych przy operacyi, oczyszczania sali operacyjnej i t. d. Rozumie się do sumiennego wypełnienia takich obowiązków potrzeba, aby felczer większą część dnia przebywał w oddziale, co przy dzisiejszem wynagrodzeniu felczerów jest niemożliwem; to też należałoby albo podnieść pensję felczerom i zobowiązać ich do całodziennego przebywania w oddziale, lub też zupełnie się bez felczerów na salach chirurgicznych obchodzić.

Nakoniec co się tycze posługaczy, to każdy oddział chirurgiczny oprócz pewnej liczby posługaczy, których zadaniem jest utrzymanie w czystości sal, roznoszenie objadu, palenie w piecach i t. d., potrzebuje przynajmniej dwóch posługaczy przeznaczonych wyłącznie do obsługi w sali operacyjnej i przy opatrywaniu chorych. Posługacze ci winni być wolni od wszelkich innych zajęć, mieć wyższą od innych pensję, któraby ich skłoniła do cenienia zajmowanego miejsca i ochroniła oddziały od ciągłych szkodliwych zmian. Posługaczy takich wyuczyć należy, co i jak robić mają, wtedy dopiero gdy się będzie miało zapewniony dłuższy ich pobyt w oddziale, opłaci się trud uczenia, który naturalnie asystentom przypadnie w udziale.

Byłoby bardzo do życzenia, aby wszystkie osobistości, w skład personelu od-

## I. Medycyna wewnętrzna.

158. Prof. D. MARCHIAFAVA i Dr. A. CELLI. **Nowe poszukiwania nad zakażeniem bagienniczem.** *Neue Untersuchungen über die Malaria-Infektion. (Fort-schritte d. Medicin. Nr. 11).*

Jad bagienniczy wywiera b. ciężkie i charakterystyczne zmiany we krwi, zwłaszcza w ciałkach czerwonych. Badanie jednak tych zmian jest bardzo trudnem. Potrzebnym jest tu zarówno obfity materiał, najróżnorodniejsze postacie gorączki, jak i biegłość w sposobach badania i ich wybór.

Punktem wyjścia naszych wiadomości o zmianach krwi przy bagiennicy było odkrycie czarnego barwnika, bądź to wolnego, bądź to leżącego wewnątrz ciałek, przyjmowanych zrazu za białe, uznanych jednak później za zmienione czerwone.

Według autorów, jeszcze przed wytworzeniem się ciał barwnikowych, znajdują się w czerwonych ciałkach małe okrągłe ciałka, w ilości zmiennej, niekiedy tak znacznej, że wypełniają całe ciałko czerwone. Dopiero później poja-

wiają się masy barwikowe, które wycieśniają protoplazmę ciałka. Twory te są pozostałością czerwonego ciałka, w którym hemoglobina przekształconą została na melaninę, być może pod wpływem wspomnianych ciałek okrągłych.

Ostatnie ciałka dają się spostrzegać we krwi dopiero po zabarwieniu, w świeżej krwi trudno je odróżnić od jameczek (vacuolae) przypadkowych. Niekiedy dosięgają one jednak większych rozmiarów ( $\frac{1}{3}$  ciałka czerwonego) i wtedy można je odkrywać bez przygotowań. Czasem mają one postać obrączek, leżących pojedynczo lub po dwie i trzy w jednym ciałku czerwonym. Obrączkowa postać tych tworów zależy od znajdującej się w ich środku jamki, przez którą prześwieca treść ciałka czerwonego.

Oprócz tego spostrzegali autorzy jeszcze inne postacie: mianowicie ciałka różnej wielkości (do  $\frac{1}{3}$  powierzchni ciałka krwi), niezabarwione i obdarzone wyraźnymi ruchami ameboidowymi. Dalej przy badaniu świeżej krwi spotykają się ciałka czerwone, zawierające ciała zabarwione, posiadające zdolność ruchów i

---

działowego wchodzące, otrzymały specjalną płócienną odzież, którejby używały podczas funkcjonowania w oddziale.

Czyż mam wyliczać zmiany, jakieby należało wprowadzić w sposobach operowania i opatrywania w naszych oddziałach? Myślę, że to zbyt ciężkie, raz z powodu, iż musiałbym powtarzać to, co powiedziałem o urządzeniach w oddziałach zagranicznych wykazując różnicę z naszymi oddziałami, dalej dla tego, że teoretycznie wszyscy dokładnie wiedzą jak być właściwie powinno, zle zaś głównie polega na tem, iż czynności te złożone są w ręce ludzi nieświadomych celu, który osiągnąć pragną. Gdy przez zmodyfikowanie personelu chirurg będzie rozporządzał lepszymi pomocnikami, gdy nadto sam chirurg wraz ze swymi asystentami zacznie pedantycznie śledzić za akuratem wypełnieniem swoich rozporządzeń, gdy surowo karcieć będzie najdrobniejsze nawet wykroczenie pod tym względem, wtedy zmiany potrzebne szybko zostaną wprowadzone, a przyzwyczajenie dokona reszty.

Często słyszę narzekania na brak środków materialnych w naszych szpitalach, niejednokrotnie twierdzono, iż to jest główną przyczyną niemożności wprowadzenia w oddziałach chirurgicznych niezbędnych porządków. Mnie się jednak zdaje, iż nawet ze stosunkowo skromnymi środkami można zadosyćczynić wymaganiom metody przeciwniejszej. Tak np. opatrunek równie dobry może kosztować bardzo tanio i bardzo drogo, zależnie od materiału, z jakich został sporządzony (opatrunek z gazy sero-sublimatowej będzie kosztował 4 razy drożej od opatrunku torfem sublimatowanym).

zmiany miejsca—nie wychodzące jednak po za obręb ciała czerwonego. Barwnik w tych ciałach przedstawia się w postaci pałeczek i ziarenek. Niekiedy te zabarwione ciała znajdują się nazewnątrz czerwonych ciałek. Oprócz tego widzieli autorzy opisane przez Leverana ciała barwikowe półksiężycowej postaci. Pod drobnowidzem można wysledzić cały ich rozwój: z początku wewnątrz ciała czerwonego widać małą wrzecionowatą pałeczkę barwnika, która się stopniowo zwiększa, łukowato zagina i przyjmuje postać sierpa. Są to rzadkie zjawiska. Twory te posiadają swoiste ruchy falowate, w których przyjmuje udział ich część zewnętrzna. Oprócz tego dają się spostrzegać ciała z ruchami migawkowemi. Są one nieco mniejsze od czerwonych, z jameczką w środku, zawierającą ziarenka barwnika. Na powierzchni ich znajdują się migawki dość długie, wykonywające bez przerwy ruchy żywe i silne. Jeżeli takie ciała znajdują się między czerwonymi, to ruchy migawkowe roztrącają je na wszystkie strony.

Wreszcie oprócz opisanych dotąd spo-

tykają się jeszcze ciała, powstające z nagromadzenia się szklistych ciałeczek, niekiedy z jameczką w środku. Posiadają one jądro z ziarenek lub łuszczyk barwnika. W tworach tych autorzy zauważyli proces rozszczepiania się. Nie posiadają one ruchów ameby.

W ciężkich przypadkach malaryi widzieli autorzy oprócz tego równocześnie i ciała białe zawierające czerwone ciała z ziarenkami barwnika.

Co się tyczy częstości, z jaką spotykają się opisywane twory, to postacie okrągłe są najczęstszymi, ciała, posiadające ruchy, są rzadsze, jednocześnie z niemi spotykają się i półksiężycowe; są one oznaką ciężkości zakażenia i zdarzają się stale w gorączkach złośliwych.

Co się tyczy związku pomiędzy obecnością lub brakiem opisywanych tworów, a początkiem, przebiegiem i fazami gorączki bagienniczej, to jest on tylko niekiedy wyraźnym.

Autorzy uważają omawiane twory za pasorzyty, przypuszczenie to potwierdza odkrycie ruchów ameboidowych; należą

Rzeczą chirurgów, znających najlepiej szczerze kieszenie swoich szpitali, jest wybrać i zastosować najodpowiedniejszy i zazadem najtańszy opatrunek, nie puszczając się na próby coraz to nowych sposobów opatrywania, narażających szpital na niepotrzebne straty, a niewprawnych w zastosowanie na ciężkie zawody w rezultatach.

Z drugiej znów strony administracje szpitali winny porobić starania w celu możliwie taniego nabywania potrzebnych przyrządów i materyjałów, tymczasem szpitale nasze dotąd jeszcze płacą zbyt wygórowane ceny za materyjały opatrunkowe. Na dowód przytaczam tu następujące cyfry:

Koszta materyjałów opatrunkowych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1884 roku wyniosły ogólną sumę 1,598 rs. 07<sup>1</sup>/<sub>4</sub> kop., a mianowicie:

Muślinu 8,464 arszyny kosztowały . . . . .	1,094 rs. 65 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> kop.
Waty hygroskopijnej 178 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> funtów kosztowało . . . . .	153 " 47 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> "
" zwyczajnej 1,747 arkuszy kosztowało . . . . .	187 " 45 "
Ceratki kauczuk. 38 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> metrów . . . . .	47 " 25 "
Protectiv. Silk 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> metra . . . . .	7 " 60 "
Katgutuku 26 słoików . . . . .	24 " 30 "
Ligatur jedwabnych 99 motków . . . . .	45 " — "
Drenów 54 metry . . . . .	38 " 35 "

Razem . 1,598 rs. 07<sup>1</sup>/<sub>4</sub> kop.

Do tego dodaćby należało jeszcze koszt bandaży płóciennych, płótna, ceraty,

one do grupy pierwotniaków, chociaż natura ich musi być jeszcze bliżej zbadaną.

Autorzy robili też doświadczenia nad zaraźliwością bagiennicy. Pierwsi wzmiankują o możliwości przenoszenia jej: Cuboni, Gerhardt (p. „Kronika lekarska“, 1884, str. 243) i inni. Wybierano chorych, którzy nie przechodzili nigdy bagiennicy, mierzono im dla pewności ciepłotę w przebiegu mniej więcej 20 dni i następnie zastrzykiwano do żyły, albo podskórnie krew braną od chorych na bagiennicę w rozmaitych fazach cierpienia.

Doświadczeniom poddano pięciu chorych. W trzech przypadkach zastrzyknięcie małych ilości krwi (0,5—1 grm.) wywołało istotne wyraźne zakażenie bagiennicze, nacechowane przez charakterystyczne zmiany ciałek czerwonych. W 4-tym przypadku otrzymano kilka napadów malarji, które przeszły bez leczenia. W 5-tym wystąpiła gorączka przepuszczająca, codzienna, bez dreszczów i potu, nie poddająca się chininie, a która przeszła sama przez się.

Przebieg był typowy; w dwóch przypadkach przypominał przebieg choroby

osobników, od których była wzięta krew do zaszczepienia (nawet z zupełnie podobnymi zaburzeniami żołądkowemi w jednym przyp.). Zastrzykiwania powtarzano kilkakrotnie u jednego chorego zanim otrzymano rezultat dodatni. Z tego powodu trudno określić przeciąg czasu wyługania (incubatio), Gerhardt podaje 7—12 dni.

Wreszcie autorzy próbowali hodować krew, resp. twory znajdujące we krwi przy bagiennicy. Używano sposobu Kocha, na stałych przetworach, także na mięszaniach zbliżonych składem do krwi (z dodatkiem hemoglobiny), a nawet hodowaną samą krew chorych na bagiennicę. Rezultaty były przeważnie ujemne, niekiedy znajdowano twory okrągłe, rozmnażające się, zwłaszcza w hodowlach ze krwi. Do ostatniej części doświadczeń autorzy obiecują jeszcze powrócić.

O. Hewelke.

159. Dr. BOUCHERON. **O rzekomem zapaleniu opon mózgowych u młodych głuchoniemych i o głuchoniemocie wskutek ucisku usznego.** *De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets et de la*

weksatyny i t. d. Ponieważ jednak trudno obliczyć wiele mianowicie zużyły tych rzeczy oddziały chirurgiczne, a ile inne oddziały, wolę więc ograniczyć się do tych materyjałów, które wyłącznie na chirurgicznych oddziałach są zużywane.

Otóż obliczając koszty takiej samej ilości materyjałów opatrunkowych podług cen płaconych przez klinikę prof. Billroth'a przekonamy się, iż w Wiedniu wydanoby na te wszystkie materyjały sumę 757 rs. 60 kop., a mianowicie:

Muślinu 8,464 metry (licząc 1 gulden po 75 kop.)	
kosztowałyby . . . . .	317 rs. 25 kop.
Waty hygroskopijnej 89 $\frac{1}{4}$ kilogramów koszt.	150 „ 75 „
„ zwyczajnej 1,747 arkuszy kosztowałyby.	187 „ 45 „
(Nie podano ceny waty zwyczajnej w klinice B., pozostawiam więc cenę płaconą u nas bez zmiany).	
Ceratki kauczukowej 38 $\frac{1}{2}$ metrów kosztowałyby	28 „ 50 „
Protectiv. Silk 1 $\frac{1}{2}$ metra	„ 4 „ 80 „
Katgut 26 słoików	„ 11 „ 85 „
Ligatur jedwabnych 99 motków	„ 30 „ — „
Drenów 54 metry	„ 27 „ — „
Razem .	757 rs. 60 kop.

Czyli innymi słowy, gdyby nasz szpital można było przenieść do Wiednia,

*surdi-mutité par otopiésis (compression auriculaire).* (Rev. de méd. Nr. 5—1885).

Najnowsze dane statystyczne, dotyczące się głuchoniemoty (Roosa i Beard, Hartmann, Bremer, Schmaltz i inni) wskazują, że w zwiększej części przypadków jest ona nabytą, jako następstwo chorób powstałych już po urodzeniu. Roosa i Beard dowiedli, że często młodzi głuchoniemi cierpią na katary nosogardzielowe i że wiele chorób ogólnych, uznawanych za przyczynę głuchoniemoty (szkarlatyna, odra, tyfus i błonica) mają również swe siedlisko w jamie nosogardzielowej. Wynika ztąd, że cierpienia nosogardzielowe mają pewne znaczenie w patogenii głuchoniemoty u dzieci. Głuchota u dzieci zjawia się nagle z objawami zapalenia opon mózgowych lub epileptoidalnymi, albo pomału bez wyraźnych objawów. Patogenija tej głuchoty jest następująca: wskutek kataru jamy nosogardzielowej powstaje zatkanie trąbki Eustachijusza; powietrze zawarte w jamie bębenkowej nie odnawia się, przenika do naczyń krwionośnych, a w jamie bębenkowej powstaje próżnia. Powietrze zewnętrzne, wywie-

rające ucisk na błonę bębenkową, uciska tem samym wszystkie części składowe wewnętrznego ucha, naczynia i nerwy. Uci-k naczyń wywołuje zmniejszenie ilości krwi w błędniku, a ucisk nerwów—znieczulenie słuchowe, głuchotę i dzwonięcie w uszach. Niekiedy jednocześnie powstaje pobudzenie nerwu słuchowego, rozchodzące się do rdzenia kręgowego i wytwarzające objawy oponowe i epileptoidalne. W ostatnim okresie nerw słuchowy ulega zniszczeniu pod wpływem długotrwałego ucisku. Mechanizm głuchoty wskutek ucisku, którą autor proponuje nazwać głuchotą per otopiesis (ὀψρ, ὠτος—ucho, πίεσις—ucisk) stwierdzonym został doświadczeniami na psach i anatomiją patologiczną psa i człowieka. U psa po bliznowatym zarosnięciu trąbki Eustachijusza w jamie bębenkowej nie było wcale powietrza. Chwilowa głuchota wskutek ucisku błony bębenkowej często się spostrzega u ludzi; ustępuje ona natychmiast po wdmuchnięciu powietrza do jamy bębenkowej. Dłuższy ucisk błędnika może wywołać zniszczenie nerwu słuchowego przy wchodzie do jamy błędni-

toby na danej ilości opatrunkowych materyjałów zarobił ani mniej ani więcej tylko 840 rs. 47<sup>1</sup>/<sub>4</sub> kop, to jest mógłby zużyć dwa razy więcej materyjałów niż obecnie zużywa i jeszczeby nie wydał całej sumy wypotrzebowanej u nas. Ponieważ przenieść szpitala nie można, możeby należało spróbować administracyi sprowadzać z Wiednia materyjały opatrunkowe, chociażby nawet zapłacone na komorze cło i transport podniosły koszt wymienionej ilości materyjałów opatrunkowych do 1,000 rs. to i tak jeszcze szpital zarobiłby 598 rs. na czysto, którą to sumę mógłby obrócić na ulepszenia w oddziałach, mógłby naprzykład zaraz w pierwszym roku za część tej sumy postawić aparat destylacyjny, produkujący przekroploną wodę w ilości wystarczającej dla obsługi mieszczących się w nim oddziałów chirurgicznych. Powiadano mi nie raz, iż niewłaściwym jest, aby instytucje krajowe popierały przemysł zagraniczny z uszczerbkiem własnego,—zdanie najzupełniej słuszne,—nie może ono jednak mieć zastosowania w danym wypadku, gdzie chodzi o instytucyją, mającą na celu zdrowie obywateli tego kraju, a ubogą na kieszeni; instytucja taka nie może się bawić w protegowanie przemysłu krajowego, jeżeli to tylko nie zgadza się z ważniejszymi jej celami. Zresztą zakupywanie materyjałów opatrunkowych, tak, jak się ono u nas praktykuje, to jest zapośrednictwem dostawców, wcale nie wzbogaca przemysłu krajowego, lecz tylko pojedyncze osobistości, najczęściej tego nie warte, a ciągnące ogromne zyski; kto wie czy układy z samemi fabrykantami u nas nie dałyby cen przystępniejszych od zagranicznych

ka; autor spostrzegł to u dwóch psów zupełnie głuchych, u których organ Cortiego uległ zupełnemu zanikowi. Nie zawsze zarosnięcie trąbki Eustachijusza wywołuje ciężką głuchotę, ponieważ przewody błędnika stanowią klapę bezpieczeństwa, zmniejszającą w nim natężenie ucisku. Objawy głuchoty dziecięcej wskutek ucisku usznego są rozmaite; wskutek tego rozróżnia autor otopiesis pseudomeningitique z gorączką lub bez takowej otopiesis epileptoidalną i zwyczajną bez ważnych objawów. Ta ostatnia może również powstać nagle lub powoli, niekiedy zaś zjawia się natychmiast po urodzeniu. Jednocześnie z głuchotą zjawiają się niektóre objawy nerwowe, jako-to: zmiana charakteru, krzyki, napady gniewu i t. p., co mogłoby wskazywać na zmiany w ośrodkach nerwowych; wszystkie jednak te objawy ustępują wraz z poprawą słuchu. Badanie ucha młodych głuchoniemych pokazuje normalną budowę wszystkich części tegoż lub też zmiany nic nie znaczące. Badanie zaś nosa, gardzieli i trąb Eustachijusza wskazuje tylko nieżyt jamy nosogardzielowej różnego pocho-

dzenia. Dziedziczna głuchoniemota występuje wskutek odziedziczonego nieżytu jamy nosogardzielowej; wrodzona zaś jest zawsze skutkiem patologicznych zmian w organie Cortiego, a nie skutkiem nierozwinięcia takowego. W stronach górzystych ilość głuchoniemych jest większą, niż na równinie z powodu częściej tamże się zdarzających po urodzeniu nieżyków nosogardzielowych. Rokowanie w wypadkach zastarzałych jest złem, ponieważ nerw słuchowy jest już zniszczonym: w przypadkach świeżych może nastąpić wyleczenie w pewnym stopniu, t. j. o ile włókna nerwowe nie uległy jeszcze zniszczeniu. Wskazania terapeutyczne przy tem cierpieniu są następujące: 1) usunąć próżnię powietrzną w jamie bębnekowej zapomocą wdmuchiwanie powietrza przez trąbkę Eustachijusza; 2) usunąć zupełnie nieżyt nosogardzielowy i 3) elektryzacja nerwu słuchowego znieczulonego po zniesieniu ucisku.

*M. Hopfenblum.*

160. Dr. L. WILLE. **Ueber Trigeminushusten.** (*Deutsche Medic. Wochenschrift*, Nr. 16 i 17).

ze względu na cło i koszt transportu, ale na to trzeba by ominąć pośredników niemiłosiernie wyyskujących.

Kończąc, pozwalam sobie raz jeszcze wyliczyć w krótkości zmiany, któreby mojem zdaniem, wprowadzić należało, a więc:

- 1) Urządzić odpowiednio sale operacyjne i stworzyć oddzielone od nich gabinety dla przebywania personelu oddziałowego.
- 2) Zaprowadzić oddziały seperacyjne z osobną obsługą.
- 3) Urządzić osobne składziki dla materyjałów opatrunkowych, w którychby jednocześnie takowe przygotowywano. Zaopatrzyć te składy w odpowiednie utensylja.
- 4) Zaprowadzić w każdym szpitalu aparaty destylacyjne produkujące ilość wody wystarczającą na potrzeby oddziałów.
- 5) Ustanowić posady płatnych asystentów, i powierzyć im opatrywanie chorych, dozorowanie przygotowywania materyjałów opatrunkowych, jakoteż pieczę nad temi ostatniemi i instrumentami.
- 6) Stworzyć szkołę przygotowawczą dla naszych Sióstr miłosierdzia.
- 7) Ograniczyć działalność felczera do tych granic, w których stanie się on pożytecznym, a nie szkodliwym oddziałowi i oddać nadzór nad jego postępowaniem asystentom oddziałowym.
- 8) Podnieść płacę posługaczy i ustanowić oddzielnych posługaczy dla obsłu-

Dość często zdarzają się ludzie napozór zupełnie zdrowi, skarżący się na suchy kaszel i lechtanie, pobudzające do kaszlu; przy badaniu ich nie znajdujemy żadnych zmian w krtani ani w płucach, oprócz niekiedy nielicznych suchych rzężeń. Chorzy ci zaznaczają, że kaszel napada ich dniem i nocą, zwłaszcza zaś przy przejściu z ciepłego pokoju na zimno lub odwrotnie, jeszcze bardziej pobudzają ich do kaszlu zapachy ostre np. spalonego tłuszczu. Przy rozpytywaniu dowiadujemy się, że cierpieniu temu towarzyszy ciągly nieżyt nosa, przy którym kichanie jest jednak rzadkością. Badanie nosa zapomocą zgłębnika natychmiast wywołuje napad kaszlu. Na tego rodzaju kaszel pierwszy zwrócił uwagę Schadewald i nazwał go „Trigeminushusten“, stawiając w zależność od nerwu troistego.

Jak wiadomo kaszel i kichanie są tylko odmianą wydechu, zależną od odruchu, wywołwanego przy pierwszym w sferze n. błędnego, i w sferze n. troistego przy drugim. Pytanie jednak, czy twierdzenie to jest bezwzględne, czy mianowicie każdy kaszel należy uważać za odruch n. błędnego? Autor sądzi, że można to przyjąć tylko dla warunków fizjologicznych, w patologicznych zaś kaszel może powstawać inną drogą; wspomniany właśnie wyżej rodzaj kaszlu jest patologicznym

odruchem n. troistego, w miejsce zwykle mu kichania, jest więc jego nerwicą.

Kaszel ten występuje bez zmian w drogach oddechowych—*jest suchym*, nie towarzyszy mu wydzielanie płwociny, z tem zastrzeżeniem, że niekiedy może istnieć równocześnie i kaszel z wydzielaniem płwocin—zależy on jednak od innej przyczyny, od jednoczesnego cierpienia płuc. Oto przykład: Chory, lat 35, cierpi na przewlekłe suchoty; rano miewa kaszel i pluje. Ogólny stan względnie dobry. Nagle zaczyna ulegać napadom kaszlu gwałtownego, suchego zupełnie odmiennego od istniejącego nadal nad ranem. Przy badaniu krtani i płuc nie znalezionego żadnego wyjaśnienia. Przy sondowaniu nosa natychmiast zjawia się napad kaszlu. Chory, lat 28, wybornie zbudowany, oprócz lekkiego stopnia rozedmy nie przedstawiający żadnych zmian. Od lat wielu cierpi napady duszącego suchego kaszlu. Przy dotknięciu zgłębnikiem przegrody nosowej i konch zjawia się gwałtowny napad kaszlu. Podrażnienie nosa uczuwa chory i w krtani.

Tacy chorzy skarżą się zwykle na nieustanne drażnienie, pobudzające do kaszlu, które zwłaszcza silnem bywa nocą; obok tego prawie zawsze istnieje uczucie ciśnienia w dołku widelkowym (f. jugularis). Kaszel rozpoczyna się kilku krótkimi, oderwanymi kaszlnię-

gi w sali operacyjnej i podczas opatrywania, a innych do utrzymywania czystości w salach.

9) Zaprowadzić oszczędności w nabywaniu materiałów opatrunkowych, umożliwiające używanie ich w większej ilości i zapobiegające zdarzającemu się brakowi.

Oto podług mnie zmiany, któreby wprowadzić u nas należało, jeżeli chcemy, aby oddziały nasze pod względem rezultatów wyrównały zagranicznym, jeżeli chcemy, aby nas nie posądzono, iż pod względem zapatrywania się na etylogiję chorób przyranych nie odskoczyliśmy daleko od pojęć panujących w XVI wieku, w którym to wieku genialny Ambroise Paré pisał:

Car le chirurgien à la face piteuse

Rend de son patient la playe vermineuse. <sup>1)</sup>

1) Malgaigne: Historie de la vie et des travaux d'Ambroise Paré, str. 315-1870 r.

ciami w ciągu jednego wydechu. Stopniowo natężenie wzrasta, wdech i wydech przypominają drgawkowe kurcze. Wszystkie mięśnie klatki piersiowej przyjmują udział, twarz sinieje, oczy wychodzą na wierzch—wreszcie stopniowo wszystko się ucisza. Obraz przypomina bardzo napad dychawicy. Autor sądzi, że wypowiedane w ostatnich czasach poglądy o związku astmy ze zmianami w nosie nie wypowiadają najważniejszej rzeczy, t. j. związku z n. troistym i według autora każda astma jest nerwicą n. troistego i każdej towarzyszy kaszel wyżej opisywany, którego najwyższym właśnie stopniem jest napad dychawiczny.

Odpowiednio do miejsca, z którego kaszel n. troistego zostaje wywoływany, można odróżnić trzy jego rodzaje: nosowy, gardzielowy i uszny. Ostatni zdarza się u niektórych osób przy oczyszczaniu przewodu zewnętrznego ucha i był stawiany w zależność od n. błędnego. W istocie jednak powstaje on przy drażnieniu przednich oddziałów przewodu, gdzie dochodzi n. auriculo temporalis pochodzący od n. troistego, tymczasem gałązki n. błędnego rozchodzą się tylko w tylnej ścianie. Przemawiają za tem i nerwice n. troistego występujące jednocześnie u takich chorych. Odmiana gardzielowa występuje samodzielnie albo jednocześnie z nosową. Ostatnia jest najczęstszą i wogóle przedstawia zjawisko pospolite. Co się tyczy zmian anatomicznych, to najczęściej nie znajdujemy żadnych, zwłaszcza zaś opisywanych przez Hacka ciał prężnych (Schwellkörper). Przeciwnie, ostatnie mogą się zdarzać bez omawianego kaszlu. W innych przypadkach ciała prężne istnieją obok kaszlu n. troistego. Autor, co się tyczy etyologii, stoi na gruncie wprost przeciwnym, niż Hack. Uważa on neurozę n. troistego za zupełnie niezależną od wszelkich zmian anatomicznych w nosie. Należy je (obrzemia, polipy) uważać za następstwo tego samego bodźca, który wywołuje nerwicę n. troistego. Przy du-

żych polipach nosowych nerwice te są rzadkością—być, może, że polipy występują tu właśnie w jej zastępstwie (vicariend); przy małych polipach podrażnienie nerwów nie zostaje zniesionem zastępczo w zupełności—zład też może ono się objawiać w postaci nerwicy.

Kaszel n. troistego zdarza się albo samodzielnie, albo jako objaw nerwowej dusznicy. Spotyka się on zarówno u mężczyzn jak i u kobiet i w każdym wieku. Przy astmie nerwowej kaszel ten rozpoczyna i kończy napad; w czasie wolnym od napadu można go wywołać przez podrażnienie nosa. Zdarza się on niekiedy u suchotników i jest objawem dobrym ze względu na rokowanie. Zdarza się też przy rozmaitego rodzaju cierpieniach głowy. Dość często nerwica przerzuca się z jednych gałęzi nerwowych na drugie, zwłaszcza na zębowe.

Jako najlepszy sposób leczniczy uważa autor w omawianem cierpieniu elektryzowanie nerwów nosowych słabym indukcyjnym strumieniem. Za elektrody służyć mogą druty (12 ctm. długości) owinięte jedwabiem i pokryte dobrze zwilżoną skórą. Pod wpływem tego leczenia nerwy stopniowo wracają do swej fizjologicznej czynności, t. j. do kichania. Wyniki bywają bardzo dobre, zdarzają się jednak i recydywy.

*O. Hewelke.*

161. W. LUBLINSKI. **O marskich nerkach przy przewlekłym otruciu łożem.** *Ueber Bleischrumfsniere.* (Deut. Med. Wochen. Nr. 20).

51-letni malarz przed 30 mniej więcej laty pierwszy raz doznał kolki łożmianej. Po upływie 2-ech lat wystąpiło porażenie mięśni wyprostnych przedramienia i mocna drżączka. Później kolka powtarzała się niejednokrotnie, jednak z mniejszym natężeniem. Nieustępujące porażenie m. wyprostnych, zmusiło chorego do porzucenia swego zajęcia. Przed pięciu laty zaczął się zjawiać przerwami ból w krzyżu, od przeszłego roku bóle głowy, w okolicy



czołowej lub tylnej, jednocześnie zaburzenia w trawieniu, brak apetytu.

Chory dobrze zbudowany, blado-żółtawej cery, na dziąsłach nie ma wyraźnej smugi ołowianej. Znalezione przerost serca, tętno mocno napięte przy słabym napełnieniu naczyń; mocz, 1½—1 litra na dobę, o—CG. 1010, przezroczysty, zawiera białko, a w osadzie nieco ropy. Typowe porażenie mięśni wyprostnych prawego przedramienia, mięśnie w stanie zaniku, nie oddziałują na strumień elektryczny. Po zastosowaniu naparstnicy i odciągających środków na plecy, bóle głowy ustąpiły, napięcie tętna zmniejszyło się. Chory doznał znacznej ulgi; zachowanie moczu pozostało bez zmiany.

W danym przypadku w następstwie lata całe trwającego otrucia ołowiem rozwinęło się cierpienie nerek, istniejące mniej więcej od lat pięciu. Wtedy jeszcze nie było objawów ze strony serca i tętna. Cierpienia głowy, które zjawily się później, zależą pewnie od nerek, a to dla tego, że chory popierwsze zaniechał był już swego wtedy zajęcia—a powtórnie białkomocz trwał ciągle i wreszcie objawy ustąpiły po podaniu naparstnicy etc.

Co do związku przyczynowego między zatruciem ołowianem i zapaleniem nerek to nie jest on jeszcze stanowczo i ogólnie uznanym. Podobnie istnieją wątpliwości i co do postaci samych zmian w nerkach, najbardziej przyjętem jest zdanie, że mamy tu do czynienia z czerwoną marską nerką. W danym razie przemawia za tem zachowanie się moczu i serca. Bardzo wielu autorów uważa zmiany w nerkach przy otruciu ołowiem za identyczne ze zmianami dnawemi, przyjmując, że dna stanowi nieodzowne ogniwo pomiędzy tem otruciem i zmianami w nerkach. Skłonność ludzi mających do czynienia z ołowiem do dny jest powszechnie uznaną (Garrod, Virchow, Senator, Charcot). Inni, jak Ebstein, Leyden, odrzucają ten związek. W ostatnim razie t. j. odrzucając udział dny, ku czemu autor się skła-

nia, należy całą winę przypisać wpływowi ołowiu. Drogą doświadczną wykazano, że sole ołowiane działają zwięzająco na naczynia. Ponieważ zaś wydzielanie ołowiu odbywa się głównie przez nerki, przeto na naczynia tych narządów wpływ ten działa przeważnie, i wskutek długo trwającego drażnienia może z czasem wywołać marskość. To przypuszczenie znajduje potwierdzenie w wywodach badań pośmiertnych podanych przez Gepperta i Leydena, gdzie w kanalikach moczowych nie znajdowano osadów moczanów, a więc zmian właściwych dnie. Wogóle kwestya ta, a szczególnie rola dny w tej sprawie, wymaga jeszcze dalszych badań.

O. H.

## II. Chirurgija.

162. Prof. LUCKE. **O zapalnych przyczynach zmian w położeniu stawów.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. März. 1885).

W kwestyi przyczyny zmian w położeniu stawów, ogólnie panującą dotychczas teorią była mechaniczna teoria Bonneta, według której kończyny przyjmują takie położenie, przy którym torebka stawowa ma największą pojemność, a więc najłatwiej pomieścić może zawarty w niej wysięk zapalny. Takim położeniem jest zwykle ustawienie stawu w zgięciu. Powoli jednak teoria mechaniczna ustępuje miejsca innej bardziej skomplikowanej, utrzymującej, iż pozycja chorej kończyny zależy nietylko od napełnienia torebki maziowej, lecz i od uczucia bólu i naprężenia w stawie, jako też od innych jeszcze okoliczności, które autor niżej rozbiiera.

Dla ostrzych spraw w stawach teoria mechaniczna zachowała dotąd swą ważność, i tu jednakowoż zauważył już Bonnet, że stopień zgięcia stawu, zwłaszcza przy procesach niezapalnych, nieodpowiada ilości napełniającego torebkę stawową płynu. Tak np. przy wylewach krwa-

wych, zgięcie w stawie albo wcale nie występuje, albo w małym tylko stopniu, chociaż torebka stawowa przepelniona jest płynem. To samo daje się spostrześć przy niektórych ostrych zapaleniach stawu z wysiękiem surowiczym, mianowicie przy gościeniu wielostawowym, przy podagrze. Owa nieobecność zmian w położeniu stawu występuje najczęściej u osobników z silnie rozwiniętymi mięśniami, gdy przeciwnie u ludzi nerwowych i mających wiotkie mięśnie spotykamy nawet przy nieznacznych wylewach najbardziej posunięte zmiany w położeniu stawu. Widzimy więc, że i przy ostrych zapaleniach i wylewach w stawy mięśnie mają znaczący wpływ na zmiany położenia w stawach.

Wpływ ten mięśni występuje jeszcze wybitniej przy przewlekłych zapaleniach stawów, w których trudnoby było objaśnić zmiany położenia teorią Bonnet'a. Tak przy przewlekłej puchlinie wodnej stawów, przy przewlekłym grzybowatym zapaleniu torebki stawowej, a także przy zapaleniach stawów, których początkiem i przyczyną są zmiany w kościach, zmiany w położeniu stawu, zważywszy na powolne rozciąganie torebki stawowej przez płyn, zależą raczej od powolności wiązadeł i od dalszych procesów destrukcyjnych w stawie, niż od przepelnienia torebki płynem.

Przy przewlekłych zapaleniach wielki wpływ na zmianę położenia stawu należy przypisać instynktowi chorego, który stara się o takie położenie części staw stanowiących, przy którym ruchy byłyby najmniej bolesne. Ponieważ zmiany te w położeniu stawów przedsiębrane są przez chorych w jednym celu, więc muszą one mieć pewien określony typ; na otrzymanie tego typowego położenia składają się w dalszym ciągu bardzo ważne zmiany w mięśniach. Już w stanie fizjologicznym, jak tego dowiodły poszukiwania Fischer'a i Grütznera, mięśnie zginacze jako daleko bogatsze w naczynia, trudniej

się męczą pod wpływem prądu elektrycznego, aniżeli rozginacze. Z temi anatomiczno-fizjologicznymi danymi zgadzają się w zupełności fakty z dziedziny anatomopatologicznej i klinicznej.

Spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że przy ostrych i przewlekłych zapaleniach stawów, mięśnie rozginacze stawów wcześniej zwyrodniają się, wolniej odpowiadają na bodźce elektryczne, a przy badaniu anatomicznym, okazują się bledszymi i uboższymi w krew, niż zginacze; ma się rozumieć, że w parze z temi zmianami idzie i czynnościowy stosunek obydwóch grup mięśni.

Wszystkie patologiczne położenia stawów są położeniami zgięcia, przynajmniej w pierwszym okresie zapalenia. Najwybitniejsze przykłady tego mamy w przewlekłym zapaleniu stawu biodrowego (coxitis) i kolanowego.

Torebka stawowa bywa w początkach zapalenia bardzo mało wypełnioną przez wysięk, a często wysięku nie ma wcale, lecz istnieje tylko infiltracja wiązadeł wewnątrz-stawowych i obrzmienie torebki; być może, że zmiany te wraz z podrażnieniem zapalnym, wystarczają do wywołania położenia zgięcia w małym stopniu. Co się tyczy zaniku mięśni rozginaczy, który jest przyczyną utrzymania stawu w tem położeniu, to nie jest on czynnościowym, gdyż chory początkowo używa kończyny, lecz zależy od niewiadomych nam bliżej zmian w nerwach naczynioruchowych. Zmiany te zdają się powodować silniejszy dopływ krwi do zginaczy, chociaż twierdzeniu temu brak wszelkiej anatomicznej podstawy.

Tak więc, według Luckego, pierwotne zgięcie zależy od tego, że chory wtedy najmniej doświadcza bólu; nawet wtedy, gdy kończyna jest jeszcze używaną, stara się chory skracać mięśnie zginacze, aby przez to ograniczyć ruchliwość kończyny; wszystko to dąży do przewagi zginaczy, znacznej zwłaszcza po zmęczeniu kończyny. Tak wiadomo, że położenia zgięcia

występują wybitniej, zwłaszcza w kolanie i stawie biodrowym, wieczorem, a zmniejszają się nad ranem, gdy kończyna wypoczynnie w położeniu poziomem.

To położenie zgięcia postępuje wraz z przebiegiem zapaleń przewlekłych i wtedy dochodzi do prawdziwych przykurczeń mięśniowych, którym kres kładą dopiero zrosty powierzchni stawowych, albo też przymusowe leżenie w łóżku.

Zanik rozginaczy powstały skutkiem chronicznych zapaleń nie daje się zwykle wyleczyć i w tem to leży przyczyna bezowocności brisement forcé albo rezekcyi wskutek ankilozy pod kątem. Dla tego to często dopiero zrośnięcie powierzchni stawowych powoduje wyprostowanie stawu kolanowego. Przy rezekcyi stawu biodrowego mamy przedewszystkiem do zwalczania skurcz mięśni ksobnych (czasem przykurczenie, które dopiero tenotomii ustępuje); w stawie barkowym skurcz wielkiego piersiowego, który ciągle przyciąga ramię do tułowia.

Dowolne i celowe położenia jakie chory nadaje stawowi przy zapaleniach chronicznych nie są zawsze stałe. Najlepszym tego przykładem jest położenie odsiebne uda przy coxitis. Położenie to jest tylko czasowe i często przechodzi niepostrzeżenie.

Oprócz powyżej wspomnianych mają wpływ na położenie stawów w zapaleniu i inne przyczyny. Tak np. przy zapaleniu stawu łokciowego, pomimo znacznej siły mięśnia dwugłowego ramienia, przedramię bywa tylko słabo zgięte pod kątem tępym. Na to składa się z jednej strony dość znaczny ciężar przedramienia, z drugiej strony to, że przedramię, przy zapaleniu stawu łokciowego, przyjmuje położenie nawrotne (pronatio) bardziej wygodne dla chorego, wraze zupełnej ankilozy w stawie łokciowym. Otóż wiadomo, że zginacz dwugłowy przedramienia działa z mniejszą siłą, gdy to ostatnie znajduje się w położeniu nawrotnem.

Ostatniem wreszcie ogniwem w rze-

dzie przyczyn patologicznych położeń stawów, jest przewaga w zniszczeniu tej lub owej części stawu. Jeżeli w stawie kolanowym kłykieć wewnętrzny uda lub piszczeli jest zniszczony, występuje t. zw. genu varum, w razie przeciwnym—valgum. Trwałe i znaczne położenie odsiebne przy coxitis zależy od zniszczenia panewki stawowej i wciśnienia główki udowej w prawem obturatorium.

*Dr. Kamiński.*

163. Dr. Eug. BOECKEL. **Nowy wypadek wypadnięcia kiszki prostej z powodu wrodzonego zwężenia.** (*Revue de Chirurgie*, Nr. 1—1885).

W „Gaz. médic de Strasbourg“ w numerze sierpniowym 1881 r. autor zwrócił uwagę na to, że wypadnięcie kiszki prostej u bardzo małych dzieci—oprócz innych przyczyn—powstaje z powodu wrodzonego zwężenia kiszki prostej. Autor opisywał dwa takie wypadki, które zupełnie były wyleczone po kilkudniowem zastosowaniu krążka (pessarium) jego pomysłu.

Nowy wypadek jest następujący. Do oddziału autora przybył 3-letni chłopczyk chory na wypadnięcie kiszki prostej, leczone dotychczas bez skutku. Wypadnięcie było spostrzeżonem w 3-cim miesiącu życia, zaczęło występować coraz częściej, a gdy dziecko miało rok, stało się ciągłym. Wypadła część kiszki ma długości 7 cent.; kształt stożka, ostrym końcem zwróconego na dół, zależy od zwężenia znajdującego się na wierzchołku wypadłej części kiszki prostej, otwór ten nie przepuszcza nawet końca małego palca, przytem ciągle wychodzi zeń miękki kał uformowany w kształcie szruby, kawałkami grubości cienkiego pióra. Otwór stolcowy bardzo rozluźniony. Autor postanowił zastosować krążek stolcowy swego pomysłu. W tym celu dziecko zostało uspiornem, by nie mieć przeszkody ze strony skurczów kiszkowych przy wprowadzaniu krążka—następnie zapomocą palca wskaźującego wepchnięto wypadłą część kiszki

prostej, a zwężenie—rozszerzono kilkoma ruchami obrotowemi. Wtedy założony został krążek i przytwierdzono go z pomocą szelek. Następnego dnia krążek znalazł się na miejscu, masy kołowe łatwo przechodzą przez kanał w nim się znajdujący. Drugiego dnia wyjęto pessarium dla oczyszczenia i znów je założono. Trzeciego dnia wypadnięcie już nie występuje, lecz pessarium pozostaje jeszcze przez 4 dni na miejscu. Po tym czasie przy szczegółowem badaniu znalazł B., że otwór stolcowy jest silnie rozwolnionym, chociaż kiszka nie wypada—i że rozszerzenie jest dostatecznem. Dziecko pozostawiono jeszcze w szpitalu przez 7 dni bez zastosowania krążka. W tydzień po wyjściu ze szpitala nastąpiło wypadnięcie kiszki prostej, które usunięto przez zwyyczajne wprowadzenie bez zastosowania bandaży. W miesiąc potem autor otrzymał wiadomość, że kiszka prosta utrzymywała się stale na swem miejscu.

Zwężenie znajdowało się, tak w tym, jak i w dwóch poprzednio przez autora spostrzeganych wypadkach, w miejscu połączenia kiszki prostej z esowatą. Zwężenie takie autor uważa za najniższy stopień wady rozwojowej kiszki prostej—wpuklenie skóry krocza i koniec zstępujący kiszki grubej spotykają się w tym razie, lecz nie tworzą dosyć obszernego kanału. Przy *badaniu* uwagę zwracać należy na kształt wypadłej części kiszki prostej. Mianowicie jeżeli przyczyną wypadnięcia jest zwężenie kiszki prostej, to część wypadła ma kształt stożka, wierzchołkiem zwróconego na dół, gdzie mieści się zwężenie, jeżeli zaś wypadnięcie zależy od rozluźnienia mięśnia zwieracza stolcowego, to część wypadła ma kształt grzyba. *Leczenie* polega na rozszerzeniu zwężonej części i utrzymaniu kiszki na miejscu właściwem. *Krążek stolcowy* (le pessaire anal) składa się z trzonu długiego na 7 ctm., grubego na 18 mm. zakończonego w kształcie oliwki, na całej długości posiada kanał centralny dla odpływu mas

kałowych—trzon u dołu osadzony jest na blaszce okrągłej (promień jej ma 5 ctm.), do której przyczepiają się cztery *szelki*—dwie przednie są krótkie i posiadają na końcach sprzączki, dwie tylne są daleko dłuższe, te ostatnie krzyżują się na plecach, przechodzą przez łopatki i na przodzie spinają się z przednimi. Taki krążek mocno utrzymuje się w kiszce prostej, nie dozwala wypadać jej nazewnątrz i rozszerza miejsce zwężone. Krążek zakłada się na 3—4 dni, lecz dla ostrożności można go pozostawić na dłużej. Aby ucisk blaszki na otwór stolcowy nie był bolesnym, dodaje się wianek powietrzny, lecz w takim razie długość trzonu zmniejsza się na całą grubość wianka, pomimo to jednak miejsce zwężone kiszki chociażby było położonem wyżej, zawsze się rozszerza, gdyż wskutek napierania wypycha się ku dołowi. Krążek autora zrobiony jest z twardego kauczuku, może być także zrobiony z twardego drzewa. *Dr. Robek.*

## MISCELLANEA.

164 Dr. W. S. Gurewicz podaje [dane statystyczne, dotyczące **wpływu wieku i płci na śmiertelność z suchot w Petersburgu.**

Cyfry te zebrano za lata 1881, 82, 83 i 84, a średnia ich arytmetyczność przedstawia się następująco:

wiek	obydwie		
	mężczyzn	kobiet	plcie
0—5	3,71	3,21	3,46
6—10	0,87	1,02	0,91
11—15	1,46	1,34	1,40
16—20	4,68	2,84	3,76
21—30	7,13	5,25	6,19
31—40	9,81	6,14	7,98
41—50	11,58	5,34	8,46
51—60	13,01	5,90	9,45
61—70	12,45	4,98	8,72
71—80	9,11	3,68	6,40

Z tablicy tej pokazuje się, że pierwsze maximum śmiertelności wypada na pierwszy okres dzieciństwa do 5 roku, poczem następuje minimum pomiędzy 4 rokiem i 10-ty. Odtąd zaczyna się stopniowe wzrastanie śmiertelności, dosięgające szczytu w 50—60 latach, po sześćdziesięciu latach daje się zauważyć drugi spadek śmiertelności, będącej jednak zawsze większą niż w 15—20 latach.

Tablica ta zgadza się zupełnie z wynikami po-

danemi przez Lehmana dla Kopenhagi, Würzburga dla Prus, Schmitza dla Bonn, także z obliczeniami robionemi w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Dane te zaprzeczają ogólnie przyjętemu poglądowi, jakoby największa śmiertelność z suchot wypadła w latach młodzieńczych (15—30) i jakoby starość zabezpieczała od suchot. Błądność ostatniego poglądu, niepodlegająca wątpliwości wobec wymownego świadectwa cyfr tak obszernej statystyki, wynika z wadliwego obliczania, przy którym przypadki śmiertelności w pewnym wieku brano bezwzględnie, nie zestawiając ich liczby z liczbą wszystkich żyjących tegoż wieku.

Godnym zaznaczenia jest też fakt, sprzeczny z uartem poglądami, że kobiet umiera mniej niż mężczyzn; tylko między 6 i 10-tym rokiem życia po ich stronie istnieje przewaga. (*Wracz*, Nr. 19).

— „*Progrès Médical*“ (Nr. 22) zwraca uwagę na **brak planu w zastosowaniu gimnastyki w szkołach**. Cały kierunek leży w rękach nauczycieli, którzy rekrutują się—z byłych podoficerów armii, być może dość biegłych w pewnych punktach techniki, ale nie wykształconych odpowiednio ogólnie, a zwłaszcza w kwestyjach dotyczących higieny. Tym sposobem ćwiczenia gimnastyczne przekształcają się na akrobatyczne, rozwijające zręczność w pewnym kierunku, nie zawsze jednak odpowiadającym wymaganiom gimnastyki higienicznej. Wyższa rada higieny powinna zająć się ułożeniem odpowiedniego programu, a nad wypełnieniem jego czuwać powinni lekarze szkół.

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— **Towarzystwo lekarskie berlińskie**. Posiedzenie 6 maja 1885 r.

P. Bardeleben: *O zamknięciu się światła kiszek (ileus)*. Z początku mówca przedstawia dwóch odnośnych chorych. Pierwszy, młody 24-letni człowiek, oddawna cierpiało na dolegliwości ze strony brzucha; w sierpniu zeszłego roku przybył na klinikę Frerichs'a z zaparciem stolca, gwałtownymi wymiotami i mocno wzdętym brzuchem. Kiedy zwykle w podobnych razach środki (wlewania wody, makowiec) nie przyniosły żadnej ulgi, przeniesiono go po upływie trzech dni na klinikę chirurgiczną. Natychmiast przystąpiono do laparatomii (z nieobecności B. operację wykonał p. Kochler). Z jamy otrzewnej wypłynęło wiele surowiczego płynu. Kiszka cienka uwięzła pomiędzy dwa b. mocne postronkowe pasma; po przecięciu ich bruzdy na kiszce nie wyglądziły się—niedrożność jednak została usunięta. Poważnych obaw zgorzeli nie było. Przy zdejmowaniu błon wysiękowych pokrywających kieszki zdarzyło się, że błona surowicza pękła

i bł. mięśniowa nieco się wypukliła. Dla pewności nałożono 5 szwów, pomimo tego po operacji wymioty trwały dalej, brzuch był wzdęty. Ogólny stan jednak się poprawił. Trzeciego dnia wymioty ustały. Ropienie było tak silne, że brzegi rany się rozeszły i można było wiedzieć w głębi pętlę kiszki, która w jednym miejscu, zdaje się, że zupełnie niepokryta była przez otrzewną. Po 13 dniach dno rany wypełniło się ziarniną i chory wyzdrowiał zupełnie.

Drugi chory, wieku lat 47, od młodości miał przepuklinę pachwinową lewostronną; 23 kwietnia z r. doznał gwałtownego bólu w brzuchu i wymiotów—środki zwykle bez skutku. Operacja 7 maja: znaleziono pętlę kiszki zawróconą i zlepioną grubemi błonami wysiękowemi. Wyleczenie zupełne.

Ex re przedstawionych chorych Bardeleben wspomina o zalecanym przy wymiotach kałowych przemianach żołądka. (Senator, Kussmaul). Używał on tego sposobu wielokrotnie, *nie wiedział jednak ani jednego przypadku, w którymby przemycanie żołądka spowodowało wyleczenie*. Za to zawsze zjawiała się podmiotowa ulga w stanie ogólnym, która przez lekarza często była przyjmowana za rzeczywistą. W ostatnim B. widzi nawet szkodliwość wspomnianego sposobu, ponieważ opóźnia się przez to laparatomija, która, zdaniem mówcy, nigdy nie jest w podobnych razach zawczesną, ale za to często zapóźną. Objawy uwięźnięcia kiszki mogą być wywołane przez sprawy nie z niem wspólnego nie mające. I tu przemycanie żołądka sprawia podobny skutek. Oto przykłady:

27-letni człowiek, zeskakując z wozu, upadł na brzuch. Zjawily się gwałtowne bóle i wymioty. Przystąpiono do rozcięcia brzucha, chociaż B. zaznaczył, że prawdopodobniejszem będzie tu raczej pęknięcie kiszki niż uwięźnięcie, i że jest zapalenie otrzewnej. Kiszki nie były b. wzdęte, na jednej pętli znalezione podłużne pęknięcia, o brzegach szorstkich, przez które wypukła się błona śluzowa. W jamie otrzewnej znaleziono płyn o zapachu kałowym. Kiszki zszyto, jamę brzuszną wymyło ciepłym roztworem kw. salicylowego. Śmierć po upływie 24 godzin z gnilnego zapalenia otrzewnej.

Stary, wyniszczony mężczyzna z wielką przepukliną, sięgającą do kolan. Nagle zjawiają się gwałtowne wymioty i zaparcie stolca. Niedaleko kanału pachwinowego dawał się wyczuwać guz, nieco ruchomy i zmieniający położenie w rozmaitych porach dnia. Przypuszczenie, że guz ten może ugniatać kieszki. Ponieważ jednak przy tak wielkiej przepuklinie żołądek przyjmuje położenie więcej pionowe—przyczem odźwiernik opuszcza się ku dołowi: przeto B. postawił przypuszczenie raka odźwiernika, co też i sprawdziło się po przecięciu powłok brzucha. Przypadek nie nadawał się do operacji z powodu

rakowatego zwyrodnienia gruczołów w sąsiedztwie. Śmierć nastąpiła w dni kilka.

W innych dwóch przypadkach objawy uwięźnięcia spowodowane były przez wielkiego raka trzustki, i przez raka otrzewnej.

Dalej idą przypadki, gdzie w samej rzeczy był „ileus“:

U mężczyzny z przepukliną prawostronną, którą sam z łatwością odprowadzał—zjawiają się objawy uwięźnięcia. Stosują makowicę, przepłókiwania żołądka, wlewania do kiszki. Przez sześć dni stan się waha, poczem następuje pogorszenie. Przy operacji znaleziono zlepienie się pętli kiszki, przytrzymywanej przez b. mocne pasmo. Po przecięciu ostatniego—nie znaleziono śladów zgorzeli. Drożność była. Poprawa nastąpiła zaledwie na chwilę, potem rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewnej, które wyszło z miejsca uwięźnięcia. Mówca sądzi, że wynik byłby dobrym, gdyby operacja nie robiona była tak późno.

U innego chorego: objawy uwięźnięcia od kilku dni—poprawa po przepłókiwaniu. Po 6-ciu dniach napła zapaść. Operacja w nocy: kiszki wyjątkowo mocno wzdęte—uwięźnięcia nie znaleziono. Utworzono anus artificialis; nastąpiło niesłychanie obfite kałowe wypróżnienie. Na drugi dzień śmierć—zapewne wskutek daleko posuniętego upadku sił i rozwinęcia się zapalenia otrzewnej.

## Wiadomości bieżące.

— **Jubileusz prof. Tyrchowskiego** uroczystość był obchodzony w dniu 30 maja r. b. w Reursie Kupieckiej. Przy wspólnym stole zgromadziło się przeszło 150 osób, profesorowie koledzy Jubilata, jego asystenci, uczniowie i adoratorzy. Pierwszy przemówił kol. Rogowicz, wice-prezes Towarzystwa lekarskiego, najdawniejszy asystent Jubilata. W mowie swej podniósł on przedewszystkiem pedagogiczne zasługi Profesora, który, zdobywszy w 1861 roku drogą konkursu miejsce dyrektora instytutu położniczego i profesora akuszerki, aż do roku zeszłego, t. j. przez ćwierć wieku prawie niezmiernie pracował nad wpojeniem zasad swej sztuki, coraz to nowym pokoleniom lekarzy, to też usiłowania jego niepozostały bez rezultatów, po całym kraju rozeszły się zastępy dobrze, do niesienia pomocy rodzącym, uzdolnionych uczniów Jubilata. Prof. Tyrchowski zawsze miał na uwadze praktyczne wykształcenie swych uczniów, i zadania tego świetnie dokonał; w klinice uczył nie tylko jak być dobrym lekarzem, lecz zarazem jak być uczciwym, wyrozumiałym człowiekiem; nigdy nie lekcewał chorych, nie pozwalał ich uważać za materyjał do doświadczeń, lecz za istoty, którym się względność i opieka należy. Mając ciągle do walczenia z ma-

teryjalnymi brakami kliniki, Jubilat niejednokrotnie wspierał ją własnymi środkami.

Co się tycze naukowej działalności Jubilata, kol. Rogowicz podniósł wysoko wartość dzieła prof. Tyrchowskiego: „Rys położnictwa praktycznego“ wydanego w 1861 r., uważa ją za prawdziwą ozdobę naszego piśmiennictwa naukowego ze względu na ściśłość, treściwość i systematyczność w opracowaniu, jako też świetność języka. W końcu kol. R. przypomina zasługi Jubilata, jako dziekana wydziału lekarskiego, które to obowiązki pełnił prof. Tyrchowski przez 4 lata. Jako lekarz praktyk i kolega, Jubilat przez ciąg prawie 50-letniej działalności swojej dawał ciągle dowody nieskazitelnej prawości i zaparcia. Zawsze przekładając interes chorego nad swój własny, taktowny i koleżeński w stosunkach z innymi lekarzami, zasłużył na ogólną cześć i szacunek, czego wyrazem jest hołd oddawany mu przez współtowarzyszy i uczniów. Po tej przemowie kol. R. wręczył Jubilatowi ozdobne album z 400 fotografiami Jego uczniów. Album wspaniale wykonane zostało podług rysunków kol. Peszkego.

W odpowiedzi Szanowny Jubilat rozbierał swą 40-letnią działalność naukowo-społeczną. Zaznaczył, iż kilkonastoletnie doświadczenie, które zdobył podczas mozolnej pracy, dzielącej Adjunkturę zajmowaną w Uniwersytecie Jagiellońskim od nominacji na profesora w Akademii Medyko-Chirurgicznej, skłoniło go do nadania czysto praktycznego kierunku wykładom; przekonawszy się, czego właściwie potrzeba lekarzowi praktykowi, umiał odpowiednio przygotować do trudnego zadania uczniów swoich, starał się natchnąć ich myślą, iż zawód lekarza, to nie rzemiosło, dające możność zarobkowania, lecz szczytne postannictwo. Dalej Jubilat zaznaczył, iż ciągle miał do walczenia ze szczupłym bardzo materyjałem i ograniczonymi środkami, że jednak według sił pracował nad obznajmieniem słuchaczy z zasadami swej sztuki i z radością widzi, iż praca jego nie była płonną. Zwracając się do swych asystentów klinicznych, dziękował im za współdziałanie w pokonywaniu trudności i wyraził radość z tego, iż ich widzi krzewicielami swych myśli otoczonymi poszanowaniem ogółu, zdążającymi szybkimi krokami do powodzenia, które im się słusznie należy.

Następnie przemawiali prof. Szokalski w imieniu profesorów b. Akademii Medycznej, dr. Gepner prezes Towarzystwa lekarskiego, które wybrało prof. Tyrchowskiego swym członkiem honorowym. Kol. Borysowicz w imieniu Asystentów kliniki wyraził wdzięczność dla Jubilata za nieocenione wskazówki, jakich im nie szczędził, i skreślił dosadnie cały ciężar pracy, jaki dźwigał na swych barkach dostoyny Jubilat. W końcu kol. Kroh z Makowa

wyraził w kwiecistej mowie wdzięczność dla Jubilata w imieniu prowincjonalnych lekarzy.

Podczas tych przemówień odczytano liczne telegramy, nadesłane ze stron różnych, a mianowicie: od prof. Mejera prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie, od Uniwersytetu Jagiellońskiego, od Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, od lekarzy m. Krakowa, od Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze, od Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, od lekarzy m. Lublina, Radomia, Plocka, Kalisza i Siedlec, od doc. Erlickiego z Petersburga, i wiele jeszcze innych od kolegów i uczniów Jubilata. Kol. Rogowicz odczytał następnie wierszowany list kol. Stichego z Karlsbadu. Nakoniec przemawiało jeszcze kilku wielbicieli Jubilata z grona nie lekarzy.

— **Sprawozdanie fizykatu stoł. król. m. Krakowa** za 1883 rok. Dr. Jan Buszek, fizyk miejski, świeżo ogłosił pod powyższym tytułem pierwsze sprawozdanie fizykatu w książce zawierającej przeszło 300 stron formatu większej ósemki. Jest to pierwsze w tym rodzaju sprawozdanie ze spraw sanitarnych miasta wydane w języku polskim, a czytając je uważnie, nie wiemy, co bardziej podziwiać mamy, czy sumiennosc, z jaką sprawozdawca podjął się ogromu pracy, którą ustawa wkłada na fizyka miejskiego, czy sumiennosc sprawozdania przy takim nawale praktyki sanitarnej.

Sprawozdanie obejmuje dwa działy, a mianowicie: 1) część higieniczną i sanitarną i 2) część statystyczną. W pierwszej części figurują: zakres czynności fizykatu, 2) niezdrowe mieszkania, 3) wadliwości w urządzeniu lub utrzymaniu kanałów, dołów kloacznych, wychodków i t. p., 4) usterki sanitarne w podwórzach i t. d. jako też na drogach i placach publicznych, 5) niedostatki sanitarne w domach z powodu wilgoci, dymu etc., 6) wody studienne i place przygotowawcze dla wodociągów, 7) dozór nad artykułami żywności, 8) apteki, 9) i 10) badania naczyń kuchennych i innych przedmiotów ze względu na szkodliwe domieszki, 11) partactwo lekarskie, 12) dozór nad akuszerkami, 13) wykaz personelu lekarskiego, 14) hotele, noclegi i zajazdy, 15) ogrzewalnie, 16)—19) szkoły publiczne i prywatne, 20)—25) zakłady publiczne (kościół, szpital, areszt etc.), 26) dzieci podrzucone, 27) pobór do wojska, 28) szczepienie, 29) ogólne zarządzenia sanitarne, 30) opinie przez fizykata wydawane, 31) leczenie ubogich, 32) oględziny zmarłych, 33) sprawy odnoszące się do chowania zmarłych, 34) profilaktyka chorób zaraźliwych, 35) czynności weterynaryjne. Dział drugi zawiera ogólną i szczegółową statystykę śmiertelności.

Nie możemy oczywiście wymienić tu nawet w jak najściślejszem streszczeniu faktów zawartych w sprawozdaniu. Daje ono wyobrażenie dokładne z jednej strony o fatalnem zaniedbaniu przez ludność wzglę-

dów sanitarnych, o zaniedbaniu, którego rezultatem jest wspólna i dla naszej Warszawy odsetka śmiertelności—33 przeszło na tysiąc ludności, z drugiej zaś strony—o energii fizykatu, który walczyć musi z największem niedbalstwem ludności. Przeludnienie mieszkań i warsztatów, dochodzące do tego, iż w izbach urządzają się łóżka w warstwach dwupiętrowych, obfitosc mieszkań podstrychowych, albo pozbawionych światła przyczyniają się przedewszystkiem do owej cyfry 33 na 1000, podobnie jak obrzydliwy stan kanalizacji starej. Fizykata nie ustaje w usiłowaniach swych, ażeby sporządzenie planu kanalizacji zaproponowane w r. 1881 postawić na porządku dziennym. Dotychczas zaś stosują się środki paljatywne asenizacji miasta. Stan wychodków charakteryzuje wyrażenie sprawozdawcy, iż „bez wstrętu nie można do nich wchodzić“. Do rynsztoków znajdujących się w częściach miasta pozbawionych kanalizacji wylewają w liczbie innych nieczystości i ekskrementa, a rynsztoki te zbudowane są z kamieni rzecznych. Najważniejszym tu środkiem paljatywnym była asenizacja części Starej Wisły, do której dopływ zawartości rynsztoków przerwano nadawszy mu inny wyłot. Wiadomo jak podupadł Kraków względem zaopatrzenia ludności w wodę: wodociągi, które posiadało miasto jeszcze w r. 1327 za czasów Władysława Łokietka, ustąpiły w końcu miejsca wodzie studiennej, zakażonej materjami organicznymi, jak o tem świadczą przytoczone przez d-ra Buszka rozbiory chemiczne. Obecnie znajduje się już na porządku dziennym sprawa wodociągu nowego, który prowadzić ma wodę z Regulic. Próby wykonane nad wydajnością źródeł regulickich wykazały, iż ilość wody przez cały rok pozostała niezmienną. Fizykata dokonywał peryjodycznie rewizyje na rynku, w jadalniach i w aptekach (których Kraków posiada 11, czyli jedna apteka na 5,794 mieszkańców), przyczem wykrywano, lubo niezbyt liczne, zafalszowania w rodzaju barwienia aniliną i t. p.

Szarlataneryja lekarska ograniczoną została prawie wydaniem instrukcyi dla cyrulików oraz niektórych drobniejszych rozporządzeń odnoszących się do reklam leczniczych. Dla akuszerki wydano nader szczegółową instrukcyję wraz z formą dziennika praktyki. Personel sanitarny Krakowa wynosi: 105 doktorów medycyny, jeden patron chirurgii, 2 weterynarzy, 87 akuszerki. Szkoły miejskie bardzo wiele pozostawiają jeszcze do życzenia i w wielu z nich li-tylko mniejszej wagi paljatywne środki mogły być zastosowane (załączona jest tabelka systemów ławek używanych w szkołach krakowskich). Chajdery, podobnie jak u nas, są „prawdziwą plagą w wychowaniu publicznem i sanitarnem“. Szpitale przedstawiają się stosunkowo o wiele korzystniej, niż inne zakłady; zwłaszcza zaś odnosi się to do szpitala św. Ludwika, zakładu wzorowo

urządzonego, a w którym utrzymanie chorego dziecka kosztuje przeszło 57 centów dziennie. Szczepienie ospy doznaje niepowodzenia z powodu opieślatości mieszkańców, którzy nie okazują dzieci do szczepienia pomimo ogłoszeń z ambon, oraz ogłoszeń porozlepianych po rogach ulic. Lekarze miejscy zaszczepili w 1883 r. 657 dzieci; w tej liczbie limfa nie przyjęła się u 38% (szczepiono głównie limfę płynną zwierzęcą z zakładu św. Floryjana). Koszt każdego szczepienia wyniósł 30 centów. Zastępują wreszcie na uwagę świadectwa śmierci, oraz sposoby zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych. Część statystyczna, jak powiedziano wyżej, ogranicza się na liczbach odnoszących się do śmiertelności.

— **Wydawanie recept lekarskich** w gub. Kowieńskiej. „Wracz“ gani rozporządzenie wydane w tej gubernii odnośnie do przepisów lekarskich, ażeby takowe wydawane były w języku rosyjskim, w czem upatrywać należy, powiada „Wracz“, możliwość powstawania niebezpiecznych dla zdrowia pomyłek w wykonywaniu przepisów.

— **Warszawski kodeks etyki lekarskiej** zyskał zwolenników w Petersburgu. Czasopismo „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ umieszcza skreślony na podstawie tegoż kodeksu etyki podany przez Küsel'a, lekarza praktykującego w Narwie. Projekt ten zachował porządek, treść i numerację paragrafów, jakie znajdują się w kodeksie warszawskim. Podobnaż istnieje w nim nieścisłość określeń co do obowiązków i praw lekarzy. Zmiany są nader podrzędne (naprzykład, że lekarz ma czekać na konsultanta nie 10 ale 15 minut, że używanie tytułu „doktora“ przez lekarzy nie posiadających tego stopnia uniwersyteckiego jest niewłaściwym i t. p.). Redakcja proponuje czytelnikom robienie uwag lub projektowanie zmian i w tym celu wydać ma wkrótce odbitki osobne z artykułu pomienionego umieszczonego w 19-tym numerze „St. Petersb. Wochenschrift“ (str. 159—162).

— W numerze 113a „Dziennika dla wszystkich“ spotykamy się z publiczną skargą i żalami jednego z kolegów prowincjonalnych skierowanych przeciwko pewnemu znanemu praktykowi warszawskiemu.

Dziwimy się szczególnemu wyborowi trybunału— w szpaltach brukowego pisma—i nie możemy nie potępić pozostawienia na stronie pism specjalnych, Towarzystwa lekarskiego, lub wreszcie sądu koleżeńskiego.

#### — **Ogłoszenia konkursowe.**

Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez ś. p. d-ra Walentego Koczorowskiego:

1) „Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego woły wiślanej“ temat z zeszlórocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 marca r. 1886.

2) Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu pewnej danej miejscowości jak np. w szpitalu, teatrze, sali szkolnej, na targu i t. p. w mieście Warszawie (temat z zeszlórocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 marca 1886).

3) Nowy temat na rok bieżący: „Określić udział mikroorganizmów w sprawie gnicia ciał białkowych“, a mianowicie:

a) czy gniciu ciał białkowych jest możliwym bez udziału mikroorganizmów i w jakich warunkach.

b) czy gniciu ciał białkowych zależy od jednego szczególnego rodzaju mikroorganizmów (Biestock), czy też zależy od działania rozmaitych mikroorganizmów.

c) Czy do gnicia ciał białkowych wystarcza jeden rodzaj mikroorganizmów, czy też do tego potrzeba współdziałania kilku ich rodzajów (Flügge).

d) Jeżeli okaże się, że gniciu ciał białkowych może zależeć od kilku rodzajów mikroorganizmów, w takim razie zbadać, o ile to będzie możliwym, czy wytwory rozkładu przy działaniu różnych mikroorganizmów na jedno i toż samo ciało białkowe powstałe, są jedne i też same, czy też różne.

e) Przekonać się, czy mikroorganizmy gnilne są zarazem zawsze chorobotwórczemi, czy też te dwie właściwości całkiem nie idą z sobą w parze; termin ostateczny dnia 1 kwietnia 1886.

Za każdą z powyższych trzech prac, stosownie do woli w testamencie ś. p. d-ra Koczorowskiego wyrażonej, wyznacza się nagroda rs. 300, oraz na wydanie pracy nagrodzonej przeznaczają się rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą staraniem i nakładem Towarzystwa lekarskiego z powyższego funduszu najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora bez naruszenia dalszych praw jego własności.

Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,  
Dr. Szokalski.