

MEDYCyna.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Olbrzymi tłuszczak włóknisty okolicy lędźwiowej. Podał dr. Władysław Stankiewicz. — **Streszczenia i wyciągi.** 68. Hysteria u dzieci. 69. Cukier we krwi, jego źródło i znaczenie. 70. Przyczynki do nauki o zmianach w przelyku, wywołanych działaniem soku żołądkowego. 71. O leczeniu wPOCHWlenia kiszek u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem laparotomii. — **Przegląd bibliograficzny.** Chorobliwe utraty nasienia (chorobliwe zmazy i nasieniutki) przez prof. d-ra Fürbringer'a. Sprawozdawca dr. Dobieszewski. (Dokończenie). — **Sanitarne wymagania dotyczące szkół i pensyonatów** napisał dr. St. Markiewicz. (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

OLBRZYMI TŁUSZCZAK WŁÓKNISTY

(*Fibro-lipoma*) okolicy lędźwiowej.

Podał Dr. Władysław Stankiewicz

Chirurg Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

Nowotwory tego rodzaju jako dość pospolite, rzadko bywają przedmiotem obserwacji w pismach lekarskich, trafiają się jednak przypadki pojedyncze, które już to przez wielkość guza, umiejscowienie, wpływ na organa sąsiednie, na stan ogólny organizmu lub ważne powikłania, zasługują na opisanie. Szczególnym trafem podobnie jak jeden z największych i najrzadziej w naszym kraju spotykanych guzów worka jądrowego, mianowicie słoniowatość (*Elephantiasis scroti*), tak obecnie opisywany tłuszczak niezwyklej wielkości miałem sposobność obserwować w moim oddziale szpitalnym.

Walenty Biały, lat 18, syn włościanina z okolic Koniecpola, przybył na kurację do szpitala Ewangelickiego d. 5 Grudnia 1883 r. z powodu olbrzymiego guza w prawym boku, który ciężarem swoim tamował wszelkie ruchy pacjenta i zmuszał go do bezczynności. Chory opowiada, iż guz rzeczony rozwijać się począł od samego dzieciństwa i powoli wzrastając doszedł do obecnych rozmiarów. Guz ten, jak pokazuje załączony rysunek zdjęty z fotografii, ma kształt prawie owalny, poczyna się od ostatnich żeber prawych i zwiesza się zakrywając prawe udo prawie do samego kolana. Powierzchnia guza gładka bez żadnych wydatniejszych wypukłości lub zagłębień; skóra na nim barwy prawidłowej, znacznie ścieńczona skutkiem rozciągnięcia; na przedniej i bocznej powierzchni uwydatniają się mocno rozszerzone żyły, grubości palca. Guz w najdłuższym wymiarze pionowym ma 112 ctm. obwodu; w poprzecznym 72 ctm., podstawa zaś 77 ctm. Podstawa jego może być nazwana szypułkowatą, gdyż ma formę podługowatą i wąską, poczyna się w okolicy lędźwiowej prawej a idąc ku dołowi wzdłuż grzbietu kości biodrowej i pachwiny, zbliża się do samego

wzgórka łonowego. Przy uniesieniu guza ku górze przekonywamy się, iż jest on ruchomy i tylko ciężarem swoim ściągnął skórę ze wszystkich sąsiednich okolic brzucha, klatki piersiowej i lędźwi. Sama szypułka nieprzedstawia wewnątrz żadnej stałej zawartości, jest miękką i podatną, wyjąwszy w swej $\frac{1}{3}$ części górnej, gdzie jest znacznie grubsza, twardsza i niedająca się rozciągać. Konsystencya guza przeważnie zbita i twarda, w niektórych tylko miejscach wyczuwa się miękkszą, podatniejszą, skóra na guzie nieprzesuwalna, guz niebolesny. Pacjent jest blady, bezkrwisty, wyraz twarzy ma cierpiący, jest przytem wychudzony i z trudnością tylko chodzi, gdyż guz zmusza go do znacznego pochylenia się ku prawej stronie. Sen i trawienie ma dobre, wszystkie inne organa i czynności są w stanie prawidłowym.

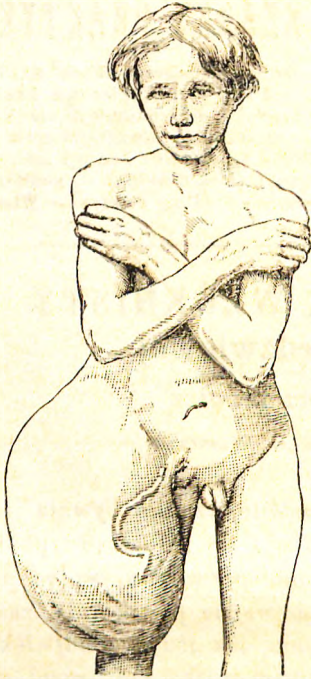


Fig. 8.

nięcie guza za pomocą operacji przedstawiało się jako wskazanie jedyne dla uwolnienia młodego chłopca od tak dokuczliwego ciężaru, który prócz tego widocznie wpływał w szkodliwy sposób na ogólne jego odżywianie.

Operację wykonałem 11 Grudnia przy łaskawej pomocy kolegów: D-rów KRUSZEWSKIEGO, RAUMA, M. BRÜNERA. Po przecięciu skóry, oddzielanie guza poszło z łatwością wyjąwszy w kierunku kręgosłupa gdzie guz pokryty był przez rozciągnio i mięsień szeroki grzbietu (*m. latissimus dorsi*). Jedyłą trudność stanowiło podwiązywanie licznych, bardzo grubych żył, wreszcie gdy już większa część guza była oddzieloną, pokazało się, iż bardzo silne i grube zrosty przytwierdzają go do powięzi mięśniowej, idąc aż do samego kręgosłupa pod 11 i 12 żebrem. Obadwa te żebra były przez podstawę guza mocno ku tyłowi odgięte. Przy przecinaniu tych zrostów, natrafiłszy na splot żylny, złożony z niezmiernie rozszerzonych rozgałęzień; pomimo najstaranniejszego podwiązania nieunikniłszy obrażenia kilku żył, które sprawiły obfity krwotok, tem do zatamowania trudniejszy, iż guz niebył jeszcze odjęty w zupełności, a podwiązy-

Rozpoznanie w tym przypadku nieprzedstawiało żadnej trudności; ponieważ wątpliwości nieulegało iż podstawa guza znajduje się na zewnątrz jamy brzusznej, zatem guz tej wielkości i konsystencji mógł być tylko tłuszczakiem, z mniejszą lub większą domieszką tkanki włóknistej. Usunięcie

wanie w głębi pod żebrami przedstawiało wielkie trudności. O podwiązaniu zaś tej ostatniej części szypuły *en masse*, z powodu krótkich, twardych i szerokich zrostów nie było można myśleć. Tętnie podwiązanych było niewiele i to zaledwie parę średniego kalibru. Po odjęciu guza i podwiązaniu reszty krwawiących naczyń, zajęliśmy się stanem chorego, który wskutek długiego chloroformowania i utraty krwi był bardzo osłabiony i bezkrwisty. Po wypiciu wina i kilku zastrzyknięciach podskórnych eteru, przyszedł do siebie i byliśmy w stanie dokończyć operacji, mianowicie zeszyć brzegi rozległej rany i porobić otwory w kilku miejscach dla odpływu wydzieliny za pomocą sączków. Pomimo wycięcia bardzo wąskiego płata eliptycznego skóry, takowa wracając na pierwotne swe miejsca ściągnęła się znacznie i na linii szwu wcale za wiele jej nie było. Opatrunek gazą karbolową i watą ze szczególną uwagą na unieruchomienie zetkniętych ze sobą powierzchni za pomocą nacisku opaską flanelową dokonał reszty.

Pacjent po operacji przez kilka godzin był bardzo osłabiony, musiano go ogrzewać, wzmacniać zapomocą wina, kawy czarnej, i kilku zastrzyknięć podskórnych eteru. Następnego dnia czuł się zupełnie dobrze. Przebieg pooperacyjny nieprzedstawiał nic szczególnie ciekawego, wogóle był łagodny i tylko parę razy występowała nieznaczna gorączka z powodu powstawania małych zatok ropnych. Przyrośnięcie wielkich płatów skórnych szybko nastąpiło, gojenie odbywało się pomysłnie i ostatecznie zakończyło się w połowie Lutego 1884 r. Wytworzona blizna była miękka, podatna i tylko w okolicy kolca biodrowego głębiej przyrośniętą się okazała. Pacjent uszczęśliwiony z pozbycia się swego ciężaru od początku Stycznia zaczął wstawać z łóżka i przechadzać się, przytem stan ogólny poprawił się niedopoznania. Przy dobrym apetycie i śnie, w krótkim czasie odzyskał zdrową cerę i znacznie utył, 2-go Marca odjechał do domu, gdzie dotąd żyje zdrow i doskonale wygląda.

Guz odjęty ważył przeszło 40 funtów; badany w pracowni anatomiczno-patologicznej prof. BRODOWSKIEGO okazał się, jak już nadmieniliśmy, tłuszczakiem ze znacznym dodatkiem tkanki włóknistej, która już to przenikała cały guz w postaci pasem różnej grubości, już to w niektórych miejscach tworzyła masę zbitą i bardzo twardą.

Opisany powyżej guz odznacza się przeważnie niezwykłą swą wielkością, a jakkolwiek z natury swej należy do guzów najłagodniejszych i zwykle nie wpływa szkodliwie na organizm, tutaj jednak przyczyniał się stanowczo do upośledzenia ogólnego odżywiania, wstrzymując ciężarem swym wszelkie ruchy tak potrzebne do rozwoju młodego organizmu. Znaczną rolę w tym kierunku odgrywała niewątpliwie zmiana w krążeniu krwi żyłnej; przekonaliśmy się bowiem podczas operacji jak liczne i grube żyły przechodziły przez podstawę guza. Co do miejsca powstania, guz ten zaliczać muszę do tłuszczaków międzymięśniowych, albowiem punktem wyjścia jego była tkanka łączna znajdująca się między *musc. sacro-lumba-*

lis a powiezią pokrywającą głębsze mięśnie lędźwiowe. K. LÖBKER ¹⁾ przytacza opis kilku niezwykłych tłuszczaków, spostrzeganych w klinice prof. VOGT'A w Greifswald; jeden wielkości głowy dziecka znajdował się pod skórą głowy 65-letniego mężczyzny rozwijając się stopniowo w ciągu 36 lat. Drugi tłuszczak przedstawiał guz zupełnie otorbiony, który usadowił się pod powiezią podeszwową (*fascia plantaris*) 3-letniego chłopczyka. Trzeci przypadek był tłuszczakiem rozwiniętym pod brodawką piersiową także 3-letniego chłopczyka, a wielkością swą i kształtem był zupełnie podobny do dobrze rozwiniętej sutki młodej kobiety. Do tej liczby dodam jeszcze jeden niemniej od poprzednich interessujący, jaki miałem sposobność obserwować w r. 1865 w szpitalu Dzieciątka Jezus, w oddziale chirurgicznym ś. p. prof. KORZENIOWSKIEGO, którego w czasie wyjazdu zastępowałem. Do oddziału przybyła na kurację kobieta z guzem podjęzykiem, mającym wszelkie cechy żabki (*Ranula*). Po przecięciu błony śluzowej, widząc ścianę guza dość grubą, postanowiłem go ile możności wyłuszczyć. Udało się to w zupełności, guz był wielkości małego jabłka, ale po przecięciu okazał się doskonale otorbionym tłuszczakiem. Okaz ten w całości oddałem prof. BRODOWSKIEMU, który go studentom na lekcyi demonstrował. Należał on do tłuszczaków podśluzowych, nieprzenikających pomiędzy warstwy mięśniowe jamy ustnej lub języka. Podobne tłuszczaki wśród masy mięśniowej języka obserwowali już dawno PAGET ²⁾ i BASTIEN ³⁾. Ze w podobnych przypadkach rozpoznanie jest trudnem i dopiero przy operacyi możebnem, dowodzą tego niejednokrotne obserwacye najbieglejszych chirurgów.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

68. **Hysteria u dzieci.** Przez DRASCHÄFER'A (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. V, Heft, 9—10). Że hysteria jest chorobą częstą u dzieci dowodzą badania BRIQUET'A, który średnio 20% wszelkich przypadków przypisuje wiekowi dziecięcemu. Co do etiologii, to największą rolę odgrywa d z i e d z i c z n o ś ć, następnie spaczne wychowanie, niedostateczne odżywianie, osłabienia wskutek chorób gorączkowych (*Typhus, Diphtheritis*), utratę krwi, onanizmu. Z przyczyn wywołujących zasługują na uwagę choroby organów moczopłciowych, nagłe wzruszenia psychiczne i naśladownictwo. HENOCH odróżnia 4 formy: W pierwszej przeważają objawy psychiczne, w 2-jej drgawkowe, w 3-jej na pierwszy plan występują napady kurczów mięśni dowolnych, powtarzające się peryodycznie lub w nieokreślonych przerwach (*Chorea magna*), w 4-jej zбочenia czuciowe i odżywcze (troficzne) mają przewagę nad ruchowymi. W przypadkach należących do ostatniej grupy występują wszelkie objawy podrażnienia organów zmysłowych: jak światłowstręt (*Photophobia*), nadmierna wrażliwość słuchowa, hallucynacye, połowiczny ból głowy, nerwobóle etc. Bardzo często są także nerwowe bóle stawów, występujące napadami, szczególnie po wzruszeniach umysłowych.

¹⁾ *Wiener med. Presse* 1883. Nr. 40—43.

²⁾ *Lectures on Surgical pathology* II. p. 98.

³⁾ *Bullet. de la Société Anat. de Paris.* 1854. Nov.

Bóle te powiększają się przy poruszeniach wszelkich, przy odwróceniu jednak od nich uwagi ustępują, nie przerywają snu i niepowiększają się przy silniejszym ucisku. Często spostrzegamy także nadezłość skóry i błony śluzowej jak również n. błędnego (*Bulimia*) niekiedy znów anestezye, hemiestezye (szczególniej lewe) lub parestezye wszelkiego rodzaju szczególnie stopy lub grzbietu ręki (mrówienia lub odrętwienia i w zakresie n. błędnego. Zbooczenia w sferze czynności mięśniowej występują jako drgawki i kurcze ogólne lub częściowe; tak np. kurcze mięśni polykowych (*Globus hystericus*) i oddechowych (czkawka, hysteryczny śmiech, płacz, kaszel); dalej jako kontraktury, jako porażenia połowiczne (*Hemiplegia*) przy których mięśnie twarzy i języka nie przyjmują udziału, jako porażenia oddzielnych członków, przewodu pokarmowego (*Tympanitis Meteorismus*), oddzielnych mięśni kraniowych (mm. tarczyczko-nalewkowych wewn. obrączko-nalewkowych tylnych) i strun głosowych. Z zaburzeń w zakresie nerwów naczynioruchowych i wydzielniczych należy wymienić szybką zmianę koloru twarzy, nadmierne wydzielanie potu, śliny i moczu, następnie według JACOBI'EGO także *urticaria*, pokrzywka, liszaj i bąblica. Zaburzenia psychiczne objawiają się w zmiennem usposobieniu hysteryczek, w ich drażliwości, kapryсах, chęci uchodzenia zawsze za główną osobę i w napadach hysterycznych mniej lub więcej gwałtownych. W cięższych formach nie różnią się one od ataków epileptycznych; zwykle zaś poprzedza uczucie mrowienia (*aura*) i utrata świadomości napad drgawek ogólnych, występujących jako ruchy skojarzone—dzieci skaczą, wspinają się, biegają—przyczem są podniecane, krzyczą lub majaczą i kończących się stanem silnego rozdrażnienia. STEINER i BAIN przytaczają ciekawe opisy hysterii, powikłanej stanem katalepsii i somnabulizmem. Rokowanie u dzieci w ogóle lepszem jest niż u starszych, chociaż co do zupełnego wyleczenia jest wątpliwem. Te formy szczególnie, które powstały wskutek nadsładownictwa, leczą się najlepiej, a HENOCH utrzymuje że im objawy są więcej dziwaczne, niepojęte i zmienne, tem pewniej można się spodziewać szczęśliwego zejścia. Ze środków zapobiegawczych najważniejsze są rozumne wychowanie, odpowiednie żywienie, ćwiczenia cielesne, unikanie zbyt ciężkiej pracy umysłowej i t. d. Tak zwane środki antihysteryczne u dzieci w ogóle mało skutkują, natomiast dobre usługi oddają zimne kąpiele, wycieranie zimną wodą i kąpiele morskie. Pojedyncze objawy należy zwalczać mięsieniem (massaż) lub elektrycznością; w celu skrócenia napadu hysterycznego można stosować wdychania chloroformu, zadawanie chloralu i podskórne zastrzykiwania morfiny. Najlepszy wpływ wywierają czynniki moralne i zmiana otoczenia, gdzie takowa uskutecznić się daje.

J. W.

69. Cukier we krwi, jego źródło i znaczenie. Przez prof. J. SEEGEN'A. (*Pflüger's Archiv für die ges. Physiol.* 1884. Bd. 34. S. 388—421). Badania autora znanego ze swych prac nad moczówką cukrową stwierdzają przede wszystkim fakt, znany już i innym badaczom, że cukier stanowi stałą składową część krwi i znajduje się w niej w ilościach wcale nie minimalnych (przynajmniej u psów), dochodzących od 0,1—0,15%. Prawa połowa serca i tętnice (*Carotis*) jednakową ilość cukru zawierają. Różnice jego zawartości w krwi żyłnej i tętniczej nie są stałe i ulegają wahaniom w ścisłych granicach. Krew żyły wrotnej stale ma mniej cukru niż krew tętnic domózgowych (*Carotis*). Przeciwnie krew wypływająca z wątroby dwa razy tyle cukru zawiera, niż krew do niej dopływająca. Wziąwszy średnią z 13 doświadczeń znalazł autor we krwi żyły wrotnej 0,119% cukru, a we krwi żyły wątrobowej 0,230%. Ciekawym niezmiernie jest wykryty przez autora a dotychczas nieobjaśniony fakt, że przy podwiązaniu żyły próż-

nej dolnej, powiększa się ilość cukru we krwi tętnic domózgowych (*Carotides*) i stopniowo wyrównywa zawartości jej we krwi żyły wątrobowej. Oznaczenie ilości krwi, wypływającej z żyły wrotnej w jednostce czasu, wykazała że przez wątrobę, znaczna jej ilość przechodzi. Na zasadzie tego wypada np. u 3 zwierząt, użytych do doświadczeń i ważących po 7, 10 i 41 kilo, że ilość krwi przepływającej przez wątrobę w przeciągu 24 godzin wynosiłaby 179, 233 i 433 litrów. Przyjmując że wątroba dostarcza krwi średnio 0,1% cukru, otrzymamy że u wzmiankowanych zwierząt wydzielaloby się podczas 24 godzin po 179, 233 i 433 gramów cukru z wątroby i zostałyby w krwiobieg wprowadzonym. Po wyłuszczeniu wątroby ilość cukru we krwi ciągle się zmniejsza. Co się tyczy źródła cukru we krwi, to doświadczenia autora wykazują, że on głównie się tworzy z rozpadu ciał białkowych (przynajmniej u mięsożernych; tym sposobem główna część węgla zawartego w spożytym mięsie zużyta zostaje na tworzenie się cukru. Ponieważ w stanie normalnym cukier z organizmu się nie wydziela, zostaje więc w nim przerobionym; przeróbka ta według poszukiwań autora, ma miejsce w całym układzie krążenia t. j. w całym ciele. Tworzenie się cukru w wątrobie i przeróbka jego we krwi i w organach stanowi jedną z najważniejszych funkcji zmiany materji.

J. W.

70. Przyczynek do nauki o zmianach w przelyku, wywołanych działaniem soku żołądkowego. Przez prof. CHIARIE'GO w Pradze (*Prag. med. Wochenschr.* 28/84). W Styczniu b. r. miał prof. CHIARI sposobność widzieć, wypadek owrzodzenia „peptycznego” (*peptische Ulceration*) przelyku, który jego zdaniem ma dowodzić że podczas życia i nawet nie *in ultimis* mogą powstawać znaczne owrzodzenia przelyku wskutek działania soku żołądkowego. Rzecz dotyczyła 58-letniej kobiety, której wykonano przed 14 dniami z powodu uwięźniętej przepukliny udowej przecięcia takowej (*Herniotomia*) i która zmarła następnie przy objawach ciągłych wymiotów, biegunki i krwawienia z rany. Oględziny pośmiertne wykazały obok rozmaitych zmian w organach wewnętrznych, jako przyczynę śmierci zapalenie ropne otrzewnej, spowodowane kamieniem żółciowym, który przedziurawił przewód żółciowy. W żołądku znaleziono trochę gęstej krwi, błona śluzowa żołądka i kiszek nietknięta, ale dolna część przelyku była zajęta przez znaczne owrzodzenie, które kończyło się przy wpuście i rozszerzało ku górze, stając się coraz powierzchowniejszem. W dolnej części owrzodzenie było tak głębokie że dochodziło miejscami do błony mięśniowej, w górnej zaś dotykało tylko najpowierzchniejszej warstwy śluzowej. W niektórych miejscach z nierównego dna wrzodu wystawały strzępki naczyń, co często widzieć się daje przy świeżych wrzodach dziurawiących, ale nigdzie nie było śladu świeżego krwawego nacieku. Robiło ono zatem wrażenie owrzodzenia, mającego dążność do wydalenia (sekwestracyi) wewnętrznych zniszczonych części przelyku. Pod drobnowidzmem można było rozpoznać w strzępkach naczyń budowę łączno-tkankową i ciemno-brunatną, drobnoziarnistą massą, powstającą przy działaniu soku żołądkowego na wynaczynioną krew. Na dnie zaś owrzodzenia wszędzie widać było wysięk zapalny. Badania skierowane ku wykryciu gruźlicy lub raka dały pomimo licznych poszukiwań rezultat ujemny. Prof. CHIARI postawił w tym przypadku rozpoznanie na owrzodzenia „peptyczne” (*peptische Ulceration*) zaczem przemawiało z jednej strony wystawanie strzępków naczyń z powierzchni owrzodzenia, z drugiej zaś brak wszelkiej innej przyczyny a w szczególności przyżegań środkami żrącymi. Stwierdzone pod mikroskopem zapalenie na dnie oddzielnych części owrzodzenia wskazywało że proces ten trwał kilka dni, a może z tydzień. Prof. CHIARI objaśnia zja-

wisko w ten sposób: że przy częstych wymiotach sok żołądkowy, dostawszy się do dolnego odcinka przelyku, wskutek atonii tego ostatniego przez pewien czas tam pozostawał i przy zboczeniach krążenia, spowodowanych zapaleniem sąsiednich organów jamy brzusznej, mógł rozwinąć całe swe niszczące działanie na ściany przelyku.

J. W.

71. O leczeniu wPOCHWIENIA KISZEK u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem laparotomii. (*Habilitations-Vortrag* von dr. Maximil. HERZ.—*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. V, Heft. 9 i 10). Chociaż pierwszym wskazaniem przy leczeniu wPOCHWIENIA jest usunięcie wPOCHWIONEGO odcinka kiszki na drodze mechanicznej *resp.* chirurgicznej, nie należy jednak lekceważyć i postępowania lekowego dla zwalczania najwydatniejszych objawów, jak: wymioty, kolka, czkawka i wydymania. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmuje makowiec w dużych dawkach, jako środek b. racjonalny; następnie ciepłe kąpiele, zimne okłady na brzuch, chlorał, morfina, chloroform i polykawanie kawałków lodu mogą tu znaleźć zastosowanie. Dla wprowadzenia można posługiwać się zgłębnikami, mianowicie Pilz'a lecz tylko wtedy, gdy mamy do czynienia z nizko sięgającym wPOCHWIENIEM kiszki grubej, w przeciwnym razie należy użycia zgłębników unikać z obawy uszkodzenia błony śluzowej kiszki. Na większe zaufanie zasługuje wdmuchiwanie powietrza mieszkim lub pompką wprowadzenie wód gazowych, wstrzykiwanie większych ilości letniej wody zapomocą irrigatora (Hegara lub Es-marcha), po uprzednim zniesieniu ruchu robakowego kiszek za pomoca wdechów chloroformu lub przetworów makowca. GILETTE używa jednocześnie z wstrzykiwaniem wody massażu, który wspiera i reguluje ucisk wywarty przez płyn. Należy jednak z wstrzykiwaniem wody być ostrożnym, gdyż doświadczenia na trupach wykazały, że przy ciśnieniu słupa wody 180 cm. wysokości, woda przesiąkała przez ścianki a przy 268 cm. odbytnica pękła. Przy dokładniejszym poznaniu stosunków unerwienia kiszek, Elektryczność będzie miała szerokie zastosowanie. Jeżeli bezskutecznie próbowano wszelkich środków odprowadzenia wPOCHWIONEJ kiszki wtedy chirurgiczna pomoc (Laparotomia) jest ostatnią ucieczką. Operować należy według WIDERHOFER'A tem wcześniej, im prędzej się zjawia upadek sił (*collapsus*) i im gwałtowniejszymi są objawy niedrożności kiszek, zwykle nie później niż w 24 godz. po wstawieniu się wPOCHWIENIA; w chronicznych przypadkach wskazanem jest postępowanie wyczekujące. Według LEICHTENSTERN'A i PILZA wypadki wyzdrowienia po operacyi wynoszą 77%, co zatem za laparotomią bardzo przemawia. Największe trudności przedstawia wyszukanie i rozplątanie wPOCHWIENIA.

J. W.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Chorobliwe utraty nasienia (Chorobliwe zmyzy (*Pollutio*) i nasieniotoki)

(*Krankhafte Saamenverluste Krankhafte Pollutionen und Spermatorrhoë*)

przez prof. d-ra FÜRBRINGER'A z Jeny.

Sprawozdawca Dr. Dobieszewski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

Objawy ogólne. Znaczna jest liczba cierpiących na zmyzy, którzy, według spostrzeżeń autora, wcale żadnych zmian ogólnych nie wykazują, albo objawy te, bardzo są nie wydatne, bez względu na to, czy utraty nasienia, tylko przy stoleu doświadczają, czy też podlegli temu cierpieniu, wskutek długo trwającej rzerzączki. Inni skarżą się na ogólną niemoc, na

usposobienie do smutku, które podtrzymują uparte, mimowolne utraty nasienia.

Autor na wzór CURSCHMANN'A, objawy choroby tej odnosi po większej części do zaburzeń nerwowych i do następowych zaburzeń w odżywianiu. Pierwsze (których wszakże nie należy brać za jedno z cierpieniami następczemi, także natury nerwowej), są rozmaitego pochodzenia. Mamy tu zaburzenia w sferze czucia, w sferze ruchu i zaburzenia naczynio-ruchowe, nareszcie neurasthenia, które łatwo wziąć za zaburzenia psychiczne.

Najczęściej chorzy się skarżą na otepiałość, utratę energii, dla samych chorych nieznośną, osłabienie pamięci, czerzość duchową, niezdolność do głębszego myślenia, ani do pilniejszej pracy. Po krótkim nawet badaniu, lekarz, u takich chorych, odkryć zdoła rozstrojenie władz umysłowych, przy braku stałych zasad moralnych. Stan taki wprawia chorych, w przestrach, czasem znów obudza się w nich usposobienie do szukania zwady, przy ogólnem podrażnieniu i nadmiernym popędzie płciowym. Bezsenność często się zdarza. Oprócz tych ogólnych, występują cierpienia miejscowe jak: zawroty i napływy do głowy, ucisk i ból jej, zaburzenia w mowie, nareszcie objawy zaburzeń czynności w rdzeniu kręgowym, jak: *irritatio spinalis*, neurasthenie, brak sił, sztywność, drżenie, mrowienie, głuchota, uczucie zimna, bóle mięśni kończyn, chód powolny i bezsilny, oraz różne nadezłości w okolicy kręgosłupa, jak: ciągnięcie, palenie, darcie, i t. p. objawy. Nakoniec, zdarzają się zaburzenia, w zakresie czynności zmysłów: dzwonięcie w uszach, uczucia bólu w okolicy rdzenia przedłużonego, wielka czułość na światło, błyski w oczach, zaciśnięcie powiek, zmniejszenie bystrości wzroku.

Ile razy taki szereg objawów wystąpi, idzie już za nim zmniejszenie siły męskiej i naprężenia członka. Spółkowanie jest wtedy jeszcze możliwe, ale bez zadowolenia i wytrysk nasienia przyspieszony bywa; po którym pozostaje nadzwyczajne znużenie. Niekiedy zjawiają się uparte nerwobóle w jądrach, prawie nie do zniesienia.

Z innych objawów, najgodniejsze zanotowania są: zaburzenia w czynności serca, o których CURSCHMANN i RICHTER wspominają; występują one pod postacią nerwowego bicia serca, dalej: nerwowa niestrawność (*dyspepsia*) z rozwolnieniem albo zatwardzeniem. Głęboki upadek odżywiania może być następstwem zmas, chorzy chudną, bledną i przedstawiają wygląd cierpiących na ciężkie choroby trawienia.

Pewna część chorych, w ciągu roku, wpada ostatecznie w stan hypochondryczny, upadek czynności płciowej nieustannie zajmuje ich umysł.

Rozpoznanie. Jeżeli chory z dobrą wiarą, udzieli lekarzowi anamnestycznych danych, rozpoznanie zmas nie przedstawi żadnych zgoła trudności. Ale zdarzają się chorzy, przedewszystkiem onaniści, którzy pragnąc ukryć swój nałóg, starają się lekarza w błąd wprowadzić; wtedy rozpoznanie może przedstawiać pewne trudności.

Rozpoznanie, utraty nasienia, zwłaszcza gdy takowe ma mieć miejsce przy oddawaniu stolca i moczu, nigdy bez mikroskopu nie powinno się dokonywać, dla odróżnienia jej od rzerzączki, kataru cewki moczowej i wydzielin gruczołu krokowego, ale nawet, choć drobnowidz żyjątką nasienne wykryje, rozpoznanie nie będzie stanowcze, albowiem, jak się już wyżej rzekło, mogą się one przy padkow o do cewki moczowej dostawać, katarowi cewki towarzyszyć, albo po poprzednio dokonanych wydaleniach nasienia, w cewce pozostawać.

Oprócz tych, zdarzają się postaci odpływowe nasienia występujące przy rzerzączce, które za początkowe okresy, będącego w mowie cierpie-

nia uważane być powinny, a jak najnowsze badania dowiodły, wcale do rzadkości nie należą. Postacie takie mogą abortywnie się zakończyć pomyślnie, albo też przejść w stan pogorszenia i utworzyć prawdziwe nasieniotoki. W stanie fizyologicznym, nie możliwe jest przejście zyjątek nasiennych, w wielkiej liczbie do cewki moczowej i ile razy takowe, w wielkiej znajdziemy tam obfitości, tyle razy możemy przyjąć, że odpływy nasienne istnieją.

Utraty nasienne, mogą wywołać zaburzenia w różnych organach, dla tego, skoro mamy do czynienia ze zmazami, należy badać dokładnie ważniejsze organy, jeden po drugim, ażeby mózż odpowiednie zastosować leczenie.

Rokowanie. W większości przypadków, przepowiedni dokładnej uczynić nie można, to tylko autor stanowczo orzeka, iż mimo zdania LALLEMAND'A i TISSOT'A, śmierć nie bywa następstwem utrat nasienia, chyba w bardzo rzadkich przypadkach. Im dłużej trwają chorobliwe utraty nasienia, tem ogólne zaburzenia w organizmie, przedstawiają się wybitniej. Te postacie chorobne, rozwijają się w połączeniu z usposobieniem nerwowem w wielką skłonnością do powstania niemocy męzkiej i do pewnego stopnia hypochondryi, co wszystko bardzo utrudnia leczenie. Im organizm jest odporniejszy, im lepiej odżywiony, im mniej ku starości posunięty, a niezbyt młody tem w ogólności, rokowanie będzie pomyślniejsze. Dosyć często zmazy ustępują nagle, nawet u onanistów, jeżeli tylko swego nałogu pozbyć się zdołają.

FÜRBRINGER, wbrew zdaniu LALLEMAND'A utrzymuje, że przypadki na rzerzające oparte, daleko są upartsze, niżeli czysto nerwowe. Również zmazom towarzyszące oddawanie stołca, pomimo ich uporeczywości, uważa autor za łatwiej uleczalne, niżeli przypadki zaczynające się od zmaz dziennych pomimo powszechnie przyjętego odmiennego zdania. Przypadki w których, mimo lata cale trwającej choroby, siła męzka i możność zapładniania, nie zostają naruszone, tem się częściej autorowi zdarzają, im dłuższe, nad tym przedmiotem prowadzi badania. Do wątpliwych przypadków zalicza autor takie, w których nasienie odpływa przy oddawaniu moczu; chociaż nie należą do najgorszych, jeżeli tylko siła męzka nie bardzo podupadła. Zupelna niemoc męzka częściej towarzyszy zmazom dziennym. Skutkiem zmaz nasiennych, nigdy nie rozwija się zaduma, padaczka, bezwład obłąkanych.

Leczenie profilaktyczne, zależnem być musi od przyczyny usposabiającej w danym przypadku, do choroby. Usunięcie samogwałtu, tak fizycznego jak umysłowego, stanowi najważniejsze, w tych razach zadanie pedagogicznego leczenia. Autor jednak nie uznaje stosunku płciowego, za środek skuteczny, do odzwyczajenia od samogwałtu.

Leczenie szczegółowe, zależy również od przyczyny wywołującej i zwykle z profilaktycznem się łączy. Z góry oświadcza autor, że nigdy nie spotykał utrat nasiennych, wskutek długotrwałego utrzymania lub całkiem nie odbywania stosunków płciowych. Protestuje przeciwko nakłanianiu młodzieży, w celu leczniczym, do stosunku płciowego, bo przez to, większą jej szkodę wyrządzić można, sprowadzając nieraz ciężkie organiczne cierpienia, jak np. *tabes dorsalis*.

Najważniejsze będzie miało znaczenie w leczeniu, usuwanie t. z. osłabienia pobudliwego (*reizbare Schwäche*), wedle ogólnych zasad lecznictwa. Zabraniane być powinny nateżenia umysłowe i fizyczne, sposób życia należy uregulować, pożywna, ale nie pobudzająca dyeta, z pewnym dodatkiem wina i piwa, często zadziwiająco pomyślnie sprowadza skutki; zwłaszcza, jeżeli jest połączona z rozsądną psychiczną terapią, wyłączającą pobudzenia wszelkiego rodzaju, nawet czytanie romansów i t. p. Lu-

dziom żonatom, można pozwolić spółkować, jeżeli tylko takowe nie spowodują u nich zbyt dużego utrudzenia i osłabienia. Pobyt w górach bardzo jest pożądany, tam nawet gdzie wiele środków leczniczych, a nawet elektryczność zawiodła. Wielkiego znaczenia jest leczenie wodą, od nacierania, aż do najobszerniejszego użycia jej; autor podziela jednak zdania M. ROSENTHAL'A i CURSCHMANN'A, którzy natrysków i kąpeli siedzeniowych zalecają unikać. Kąpiele zaś morskie, są odpowiednie dla osób dobrze odżywianych; łatwo zaś pobudzalnym, stosować należy ciepłe morskie i solankowe kąpiele, zwłaszcza że w tych przypadkach, zmazom towarzyszą kureze pęcherza.

Ze środków farmaceutycznych, żadnego t. zw. specyfiku, zalecanego w tym przypadku (lupulin, kamfora, strychnina), autor nie zachwala, najlepszym jeszcze, okazuje się bromek sodu, w znacznych dawkach wieczornych. Wyraźnym też jest działanie morfiny, chociaż długie jej używanie, może spowodować zatrucie. ROSENTHAL zaleca arsen, NOVATSCHEK atropinę.

Przy miejscowym leczeniu, na najpierwszem miejscu stoi, usunięcie przewlekłej rzerzączki części krokowej (*pars prostatica*) cewki moczowej, leczenie jej polega w ogólności na zastosowaniu środków ściągających i żrących, a sposób stosowania ich jest wszystkim wiadomy.

Autor nie poleca narzędzia LALLEMAND'A, do przypalania części krokowej, albowiem, chociaż w wielu przypadkach, oddał on niewątpliwe usługi, to zdarzały się po jego zastosowaniu, zapalenia pęcherza i nerek z ropnicą (*pyaemia*) i mocznicą (*uraemia*).

Przy zbytniej drażliwości części krokowej, ale gdy badanie moczu, nie wykrywa stanu zapalnego, nie należy stosować środków drażniących. O ile w takich przypadkach zaprowadzenie świeczek pomaga, autor nie miał sposobności ocenić; za to zaleca zastosowanie sondy ochładzającej WINTERNITZ'A byle tylko niezastosowywać wody z lodem, ani zadługo sondy niepozostawiać w cewce.

Zwężenia cewki moczowej, kamienie pęcherzowe, żylaki powrózka nasiennego (*varicocele*), choroby odbytnicy, zapalenie żołędzi (*balanitis*), zostające nieraz w przyczynowym związku ze zmazami, wymagają odpowiedniego, terapeutycznego lub chirurgicznego postępowania.

Przy zmazach towarzyszących oddawaniu stolca, najważniejszym wskazaniem jest uregulowanie odchodów i niedopuszczanie najmniejszego zatorów. Do tego celu, autor zaleca raczej aloes lub sole średnie, niż enemy. Stolec winien mieć miejsce wieczorem, a $\frac{1}{3}$ dnia chory ma bez posiłku zostawać.

Zalecanych przez TROUSSEAU'A, PITHA, STADLER'A uciskaczy gruczołu krokowego, tak przez kışkę wprowadzanych jak i stosowanych zewnętrznie, autor nie używał; zdarzało mu się jednak widzieć chorych, którzy dopiero po usunięciu podobnych przyrządów, doznali poprawy. Szczególniej ostrzega przeciwko użyciu *p a s a o s t r z e g a j ą c e g o* (*Warnungsgürtel*) TENDERINI'EGO. Kastracją uważa za nielogiczną i nie godną stosowania. Szczególniej poleca leczenie elektrycznością zwłaszcza przy zbyt ciężkich zmazach. Najczęściej stosuje się tu elektryczność galwaniczna, ale i faradyzacyjna oddaje usługi. Sposób zastosowania podaje taki sam, jaki znajduje się w dziele ERB'A. Najtrudniej otrzymać polepszenie, przy nasieniotokach na podstawie rzerzączki powstałej.

Nakoniec, Autor notuje fakta, że w niektórych przypadkach, uleczenie zmaz i nasieniotoku, następowało samodzielnie, chociaż wszystkie odpowiednie środki naderemnie stosowano.

SANITARNE WYMAGANIA dotyczące szkół i pensyonatów.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 29).

b) Opis pensyonatu.

Szkola nasza jak wiadomo połączona jest z pensyonatem w którym na teraz znajduje pomieszczenie 60 uczniów. Niepotrzebuję dowodzić tutaj, że spełnienie wymagań higieny jest w urządzeniach pensyonatu daleko ważniejszym aniżeli w urządzeniach szkoły dla uczniów przychodnich przeznaczonych. Spostrzeżenia w Warszawie przed paru laty zebrane i to z czem się niejednokrotnie spotykam na tak zwanych stancyach uczniowskich, przekonywa, że osobom utrzymującym uczniów i uczennice w pensyonatach i na owych stancyach zbywa niestety aż nazbyt często na znajomości racjonalnych wymagań higieny lub na sumienności w spełnieniu zaciągniętych zobowiązań:—nieraz brak jednego i drugiego warunku a potrzeba surowego nadzoru sanitarnego jest w oczy bijącą. Z tem większem uznaniem wypada uwzględnić usiłowania w urządzeniu pensyonatu, według z góry obmyślanego planu: planu opartego na zasadach nauki o zachowaniu zdrowia i modyfikowanego według okazujących się w praktyce potrzeb sanitarnych młodzieży w pensyonacie pomieszczonej.

Z tego co się odnosi do urządzeń pensyonatu opisać tu zamierzam pokrótce a) sypialnie, b) umywalnie, c) jadalnię, d) infirmaryę, e) kąpiele.

Osobno opiszę tryb żywienia pensyonarzy i urządzenie posiłku, dla uczniów przychodzących, w czasie południowej pauzy.

Sypialnie w pensyonacie szkoły naszej mieszczą się na 3-em piętrze. Wejście do nich istnieje w tej samej głównej, obszernej, ogrzewanej, wentylowanej klatce schodowej o której w opisie gmachu na początku była mowa. Lokal sypialni składa się z korytarza i z 7 pokoi. Jedną ścianę korytarza stanowi przegroda oszklona z oberlichtami ruchomymi, na klucz zamykana, odgraniczająca rzeczony korytarz od klatki schodowej. Dwa najwyższe okna klatki schodowej, przypadają wprost *vis à vis* owej oszklonej przegrody, tak że otworzywszy ich oberlichty i oberlichty przegrody, w prosty sposób na korytarz sypialni, a ztąd przez otwarte wciąż na oścież, dwuskrzydłowe drzwi z korytarza do każdej z osobna sypialni prowadzące, powietrze świeże, bez żadnego przeciągu wchodzić może. Tak sypialnie jak i korytarz mają wysokości 3,45 mt. (12 stóp). Korytarz ma 2,45 mt (8,5 stóp) szerokości a 21,3 mt. (74 stóp) długości czyli że kubeczność jego wynosi 180 mt. kub. (7548 st. kub.) a ze względu na uwydatnioną dopiero co łączność korytarza z sypialniami (drzwi sypialni są dzień i noc na korytarz otwarte), wypada przy ocenianiu kubeczności pokoi sypialnych do niej dodawać kubeczność korytarza.

Wymiary pojedynczych sypialni są niejednakowe, a mianowicie:

1 sypialnia jednooknowa, od podwórza z jednym łóżkiem ma wymiar $5,70 \times 3,50 \times 3,45 = 68,83$ mt. kub. ($20 \times 12 \times 12 = 2880$ st. kub.); od tej sypialni prowadzi drzwi także wprost do klatki schodowej, przed wejściem jeszcze na korytarz 3-go piętra; tak że przerwawszy komunikację pomiędzy rzeczoną sypialnią a sypialnią sąsiednią, można ów mały pokój izolować, przeznaczając takowy dla chorego z którym ktoś z rodziny mieszkać pragnie l. t. p.

1 pokój trzyoknowy, od podwórza z 10 łózkami, ma wymiar $8,70 \times 5,85 \times 3,45 = 179$ mt. kub. ($30,5 \times 20,5 \times 12$ st. = 7503 st. kub.) czyli że na jedno łóżko przypada 17,9 mt. kub. (750 st. kub.) przestrzeni powietrznej.

1 pokój dwuoknowy, od frontu z 8 łózkami ma wymiar $6,09 \times 6,40 \times 3,48 = 136$ mt. kub. ($21,5 \times 22,5 \times 12$ st. = 5805 st. kub.) czyli że na jedno łóżko przypada 17 mt. kub. (725 st. kub.) przestrzeni powietrznej.

2 pokoje (jednakowe) trzyoknowe, od frontu z 10 łózkami każdy, mają wymiar $7,54 \times 6,40 \times 3,48 = 170$ mt. kub. ($26,5 \times 22,5 \times 12$ st. = 7155 st. kub.) czyli że w każdym z nich na jedno łóżko przypada po 17,0 mt. kub. (715 st. kub.) przestrzeni powietrznej.

1 pokój trzyoknowy od frontu z 10 łózkami ma wymiar $7,53 \times 6,67 \times 3,48 = 175$ mt. kub. ($26,5 \times 23 \times 12$ st. = 7314 st. kub.) czyli że na jedno łóżko przypada 17,5 mt. kub. (731 st. kub.).

1 pokój trzyoknowy, od podwórza z 9 łózkami ma wymiar $5,75 \times 7,20 \times 3,45 = 142,5$ mt. kub. ($20 \times 25 \times 12$ st. = 6000 st. kub.) czyli że na jedno łóżko przypada 15,8 mt. kub. (666 st. kub.) przestrzeni powietrznej.

Nadto na drugim piętrze jeden z pokoi frontowych, o dwóch oknach przerobiono także na sypialnię; pokój ten z 7 łózkami ma wymiar $3,77 \times 6,09 \times 6,38 = 148$ mt. kub. ($13 \times 21 \times 22 \frac{1}{3} = 6143$ st. kub.) czyli że na jedno łóżko przypada 21,1 mt. kub. (877 st. kub.) przestrzeni powietrznej.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę jedynie pokoje na 3 piętrze, wprost na korytarz wychodzące i z nim jedną ze tak powiem wielką sypialnię tworzące, to się przekonamy, że w przestrzeni 1223 mt. kub. (51358 st. kub.), reprezentowanej przez 6 sypialni i korytarz, mieści się 58 łózek, czyli że na jedno łóżko przypada 21 mt. kub. (885 st. kub.) przestrzeni powietrznej, co uważać musimy za absolutnie wystarczające, szczególnie jeżeli zważymy, iż wbrew temu co się spotyka w innych tak naszych jak i zagranicznych zakładach, sypialnie w naszym pensjonacie są tylko przez noc zajęte, przez dzień zaś (od 7-ej rano do 10-ej wieczór) wstęp do nich jest najzupełniej wzbroniony. W sypialniach naszej szkoły nie ma prócz łózek i pościeli: żadne składy ubrania, a tembardziej zapasów spożywczych tu się nieznajdują. To też kubeczności stosunkowej naszych sypialni nie należy porównywać z kubecznością takich, zresztą wzorowych zakładów niemieckich jak koszary kadeckie w Lichterfelde pod Berlinem, jak gimnazjum joachimstałskie tamże, gdzie na jednego kadeta *resp.* pensjonarza przypada przeszło 29 m. kub. przestrzeni powietrznej w pokoju mieszkalnym, będącym jednocześnie sypialnią. Kubeczność naszych sypialni zupełnie się zgadza z wymaganiami WOLFFHÜGELA i UFFELMANNA, również jak i z przepisami rządowego rozporządzenia bawarskiego, według których, rzeczona przestrzeń w sypialniach zakładów wychowawczych nie ma być nigdy mniejszą niż 20 mt. kub. (840 st. kub.). W Warszawie większość sypialni, szczególnie w pensjonatach żeńskich, niedaje nawet 12 mt. kub. na jedno łóżko, że o innych brakach owych sypialni nie wspomnę.

Podłoga na korytarzu i w sypialniach jest taka sama jak w izbach klasowych, ale jest tu olejno pomalowana.

Ściany są pomalowane na kolor perłowy; rogi są tak samo jak w izbach klasowych zaokrąglone.

Każda sypialnia ma przynajmniej jeden kanał wentylacyjny taki, jaki spotykamy w każdej klasie z tą różnicą że tu otwór do płomienia gazu prowadzący jest zamknięty szybą ciemnego koloru i że palący się w kanale przez całą noc gaz, nie tylko do wentylacji ale i do oświetlenia służy. Podobnyż kanał wentylacyjny, z palnikiem gazowym, jest i na korytarzu. Do wentylacji sypialni prócz rzeczonych kanałów i prócz oberlichtów w oknach i w oszklonej przegrodzie dzielącej korytarz od klatki schodowej służą nadto, tak samo jak w klasach piece kaflowe wszystkie urządzone jako wentylacyjne. Każda sypialnia ma piec osobny, a na ko-

rytarzu jest piec również. W każdej sypialni dany jest termometr. W celu wentylacji sypialni przedsiębrane są następujące środki: 1) oberlichty w przegrodzie oszklonej są w nocy odemknięte dając przystęp świeżemu powietrzu klatki schodowej; oziębienie z tego nie wynika, gdyż klatka schodowa jest jak wiadomo ogrzewana; 2) drzwi z korytarza do każdej z osobna sypialni prowadzące są stale na oścież otwarte; 3) klapy górne w kanałach wentylacyjnych są stale otwarte. 4) Porą zimową, po napałeniu we wszystkich piecach w sypialniach i na korytarzu (co się odbywa około 5-ej godziny po południu tak aby na kilka godzin przed nocą sypialnie jednostajnie, nie wyżej niż do 13° R. były ogrzane) odbywa się, dopóki piec jest ciepły, wchodzenie świeżego ciepłego powietrza rurą wentylacyjną pieców; 5) codziennie rano po 8-ej, po opróżnieniu sypialni odbywa się sprzątanie i zamiatanie, podczas której to czynności, a w porze cieplejszej i przez cały dzień, w porze chłodnej przez parę godzin, wszystkie lub przynajmniej niektóre oberlichty okien sypialni są mniej lub więcej odemknięte. Dla dokładności nadmieniam że okna w sypialniach są o 0,576 mt. (2 stopy) niższe od okien izb klasowych na pierwszym piętrze. Zawsze jednak stosunek powierzchni oszklonej do powierzchni podłogi nie jest mniejszym niż 1:6, co byłoby wszędzie odpowiedniem a tembardziej w izbach na sypialnie przeznaczonych. Okna w sypialniach są wyniesione nad podłogę na 0,800 mt. ($2\frac{3}{4}$ stopy).

Wszystkie łóżka w sypialniach naszej szkoły są żelazne, z pełnemi ścianami przednimi i tylnymi i z podkładem drutu kręconego. Szerokość wszystkich łóżek wynosi 72 cm. (32 cale), długość zaś jest dwojaka 1,75 mt. (6 stóp) i 1,87 mt. (6,5 stóp). Łóżka nigdzie nie są przysunięte do ściany; pozostawione są po dwa a pomiędzy takimi zestawionemi dwoma łóżkami daną jest mocna drewniana przegroda na 1 metr wysoka (3,47 stóp) a na 1,75 mt. (6,5 stóp) długa (długość dłuższych łóżek!). Odstępy pomiędzy jedną parą łóżek a drugą wynoszą, zgodnie z wymaganiem BAĞIŃSKYEGO niemniej jak 1 metr (3,47 stóp). Obok każdego łóżka stoi drewniany, czarno lakierowany, mocny stółek bez oparcia, przeznaczony na składanie ubrania na noc. Żadnych innych mebli ani stolców (szaf, składów ubrania lub obowią) w sypialniach niema.

W pensyonatach nowszych zakładów, mianowicie francuzkich, spotykamy się w sypialniach z przegrodami stałemi, dzielącemi całą przestrzeń sypialni na oddzielne kabiny. Dla utrzymania przewiewności wszystkich kabin i ułatwienia kontroli, przegrody te nie dochodzą do sufitu, drzewiczki do nich prowadzące i do podłogi nie sięgają a całą ściana przednia jest o tyle niższą że niewchodząc do kabiny, śpiącego w niej widzieć można. Takie urządzenie znajdujemy np. we wzorowym zakładzie Ecole Monge w Paryżu o którym już wyżej była mowa. Pod względem higienicznym nie na obronę takiego urządzenia wyrzec się nie da, przeciwnie, przegrody, bądź co bądź, krążenie powietrza utrudniają i doniosłość środków wentylacyjnych osłabiają, że już niewspomnę o utrudnieniu kontroli nad kilkunastu łóżkami przez jednego dozorcę. Ciekawemi wszakże są motywa, któremi technicy i higieniści się posługują, dla wykazania potrzeby owych przegród stale dzielących sypialnie na pewną liczbę małych kabin. Oto co mówi autor opisu szkoły pomienionej: „Dajmy na to że sypialnia w rzeczy samej jest tyle obszerna ile nią być powinna. I cóż się jednak zazwyczaj dzieje? Początkowo przy obmyślaniu rozkładu sypialni najniezawodniej postanawia się w niej pomieścić zupełnie odpowiednią liczbę łóżek. Ale po niejakiem czasie, w miarę sprzyjających okoliczności, okazuje się brak miejsc w sypialni. Mimo że wtedy już przybywanie nowych pensyonarzy mało co zwiększa wydat-

ki zakładu a znakomicie zwiększa dochody właściciela, mimo to mówię zaczyna się wstawianie nadetatowych łóżek do sypialni. Wstawia się jedno łóżko, potem dwa i trzy jeszcze i tak dalej i dalej bez końca. Łóżko zbliża się do łóżka coraz bardziej a bardziej tak że zaledwie 40 centymetry odstęp dzieli jedno łóżko od drugiego. Cierpią na tem oczywiście pensjonarze, oddechanie ich się upośledza, dozorowanie w sypialni staje się trudnem a wreszcie zupełnie niewykonalnem.

Zdaniem naszym danie stałych klatek w sypialniach koniecznem jest jako zapobiegające przeciwhygienicznemu zaniedbaniu wymagań sanitarnych w pensyonatach i dlatego jak nagoręcej zalecamy każdemu budowniczemu dawać w izbach na sypialnie w pensyonatach przeznaczone przegrody, choćby tylko 1,80 m. wysokie, ale przegrody trwałe, z budową samej izby jedną nierozłączną całość stanowiące, jednym słowem z góry oznaczające miejsce dla każdego łóżka i stawiające, bezwzględna przeszkodę do zwiększania w sypialni z góry oznaczonej liczby łóżek”.

W naszej szkole obawy francuzkiego budowniczego nie byłyby usprawiedliwionemi. Możemy więc tę kwestyę przejść milczeniem.

Pościel składa się z materaca lub z grubego wołfoku (2 centymetry grubości), na którym leży prześcieradło i kołdra watowana lub wełniana, okryta na dzień białą kołdrą pikową. Jedna lub dwie poduszki pierzane dopełniają pościeli. Wietrzenie i wytrzepywanie pościeli z kurzu odbywa się co dni kilka. Niezawodnie pożądanem by było wykonywanie tej operacyi codziennie.

Przy każdym łóżku na podłodze znajdujemy parę pantofli. Wieczorem, kiedy wszyscy pensjonarze z dozorcami przychodzą na spoczynek każdy zdejmuje z nóg obuwie, wkłada pantofle i zanosi bóty czy kamasze do s k ł a d u o b u w i a, znajdującego się na 4-em piętrze, dokąd prowadzą z korytarza schody ogrzane jednostajnie z sypialniami. Obuwie mieści każdy pensjonarz w odpowiedniej przegródzce szafki na ten cel przeznaczonej, gdzie służący po oczyszczeniu je wstawia i z kąd je pensjonarz idąc rano do umywalni, na tamże piętrze umieszczonej zabiera. Usunięcie na noc obuwia z sypialni, niesłychanie się przyczynia do utrzymania czystości powietrza i środek ten zalecam jak najmocniej przelożonym pensyonatów, szczególnie pensyonatów żeńskich, gdzie mi się najczęściej zdarzało zastać w sypialniach składy rupieci i obuwia mocno zakażających atmosferę.

W sypialniach naszych niema stolików nocnych i niema weale nocników, wbrew wymaganiom wyrażonym przez B A G I Ń S K Y E G O, wbrew temu co ma miejsce w takim zakładzie jak pensjonat de l'Ecole Monge. Przed pójściem do łóżka wszyscy pensjonarze, pod kontrolą nadzorców obowiązani są zaspokoić swe naturalne potrzeby. W nocy zaś jeżeli wyjątkowo któryś z pensjonarzy potrzebuje oddać mocz lub stolec udawać się musi przez korytarz ogrzany i oświetlony do ustępu, do którego z korytarza drzwi są otwarte, gdzie całą noc gaz się pali (płomień gazowy dany jest tu w kanale wentylacyjnym) i gdzie się mieści klozet z naczyniem przenośnem, na noc tylko tu wstawianem i ubezpieconem za pomocą proszku otwockiego. Komórka ta ogrzewana jest w porze zimowej za pomocą piecyka gazowego. Ponieważ w sypialniach, na korytarzu i w rzeczonym ustępie jest przez noc całą widno i jednostajnie ciepło, przeto niezawodnie rzeczone urządzenie nocniki przy łóżkach zbytecznemi czyni. Uczeń wychodzący nocą do ustępu ubiera się w jeden z paru długich szlafroków wiszących stale w nocy w drzwiach z sypialni na korytarz prowadzących.

Kończąc opis sypialni nadmieniam że w każdym pokoju sypialnym sypia nadzorca lub starszy, na zaufanie zasługujący uczeń klass wyższych.

(d. c. n.).

Wiadomości bieżące krajowe.

— **Towarzystwo opieki nad ubogimi matkami oraz ich dziećmi** rozpoczęło działalność swoją; d. 18 b. m. nastąpiło bowiem otwarcie Zakładu dla biednych matek i dzieci, jednej z licznych Instytucji do prowadzenia których wedle brzmienia Ustawy jest upoważnione.

Zakład mieści się przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 56 i jest w nim obecnie 7 łóżek.

Do Zakładu przyjmowane i pielęgnowane w nim będą **bezpłatnie** tak mężatki jako i kobiety niezamężne dla odbycia porodu. Wstępować będą one mogły do Zakładu w chwili rozpoczęcia się porodu lub na kilka dni przedtem, a to według uznania lekarza zakładowego. Oprócz tego przyjmowane będą wraz z dziećmi kobiety bardzo biedne i wycieńczone, które poród gdziekolwiek odbyły i pozbawione są wszelkich środków materialnych, niezbędnych do pielęgnowania osłabionego organizmu.

Wszystkie matki pozostaną w Zakładzie i karmić będą swe dzieci, dopóki organizm ich nie wzmocni się o tyle, iżby bez niebezpieczeństwa utraty życia mogły być oddane na wykarmienie.

Matki biedne, schorowane, niemogące zapracować na swoje i swojego dziecka utrzymanie będą mogły zostawić dzieci swoje w Zakładzie, który na zasadzie Ustawy starać się będzie o oddanie ich na wychowanie osobom dobroczynnym lub też o pomieszczenie ich u wiejskich matek.

Lekarz Zakładu Dr. Wacław HOROCH udzielać będzie wszelkich informacji codziennie między godziną 8 a 10-tą rano (z wyjątkiem świąt i niedziel) w Zakładzie, w tych też godzinach podawać będzie pomoc lekarską ambulatoryjnie biednym chorym kobietom.

— Klinika oczna Uniwersytetu Warszawskiego stanowczo przeniesioną będzie do Instytutu oftalmicznego, gdzie w jesieni rozpoczną się odpowiednie na ten cel przeróbki.

— Z powodu narzekania na brak lekarzy, którzy licznie opuścić mieli Warszawę i ubolewania nad tem iż w niektórych szpitalach jeden lekarz dwóch swoich nieobecnych kolegów zastępować musi, co ma się dzieć ze szkodą chorych, winniśmy objaśnić, iż liczba chorych w szpitalach Warszawskich w lecie znakomicie się zmniejsza, zatem i obsługa lekarska nie potrzebuje być tak liczną jak w zimie. Choćby połowa lekarzy szpitalnych z Warszawy wyjechała, to i tak chorzy byłiby dostatecznie obsłużeni.

— Od pewnego czasu chodzą głuche wieści po mieście o grasującej jakoby epidemii cholery azyatyckiej w osadzie fabrycznej Zawiercie, stacyi Drogi Żel. WW. Fantazja ludzka nieomieszkła dodać, iż po kilku ludzi dziennie umiera, że w pierwszych dniach pięciu 50 osób chorobie tej uległo, że tego jednak nie rozgłaszają przez obawę wywołania popłochu etc. Otóż wszystkie te wieści są do najwyższego stopnia przesadzone, a samo przedstawienie przebiegu „choroby” dostarczone nam łaskawie przez miejscowego lekarza kol. LEWY wystarczy dla uspokojenia zatrwożonych umysłów.

D. 11 b. m. w popołudniowych godzinach nagle zachorowało 13 ludzi pomiędzy którymi były i dzieci na wymioty, silne rozwolnienie i kurcze w mięśniach lędźkowych. Następnie okazało się więcej przypadków takiej choroby, tak że w przeciągu 18 godzin liczba chorych doszła do 40-tu, a między niemi zdarzył się wypadek śmierci ale.... *u dziecka rocznego*. Po zastosowaniu odpowiednich środków zaradczych choroba zaczęła słabnąć jednakże nie ustąpiła zupełnie i do dnia 19 b. m. (data listu naszego korespondenta) zachorowało 118 osób, z tych 87 dorosłych a 31 dzieci. Wypadków śmierci (zawsze do d. 19 b. m.) było *pięć* ale umarły same dzieci, *wszyscy chorzy dorośli wyzdrowieli*. W leczeniu zostaje 4 dorosłych i 3 dzieci.

Przez pierwsze 3 dni choroba szerzyła się wyłącznie między ludnością żydowską, dopiero później przeniosła się i na chrześcijańską. Chrześcjan zachorowało wszystkiego 28.

Korespondent nasz kreśli nam w dalszym ciągu w ciemnych barwach miejscowe stosunki sanitarne i dowodzi, iż na takim gruncie każda epidemia bardzo łatwo szerzyć się musi, tembardziej iż miejscowi mieszkańcy bardzo niechętnie słuchają przestroż co do ośzczędstwa, i innych środków zapobiegawczych których przestrzegać nie myślą.

Widzimy zatem z powyższego opisu iż mamy tu do czynienia z najpospolitszą choleryną, niekończącą się nigdy śmiercią (z wyjątkiem starców i dzieci), niebędącą *wcale zaraźliwą* i zdarzającą się zawsze (choć nie w takich znacznych rozmiarach) wśród ludności ubogiej, nieumiarkowanej w jedzeniu i piciu po nastaniu wielkich upałów. Już ta okoliczność że wszyscy dorośli wyzdrowieli powinna nas co do charakteru choroby objaśnić i umysły nasze uspokoić.

Sprostowanie pomyłki w druku. W artykule d-ra NEUGERAURA: „Dwa przypadki połknięcia ciał obcych” etc. (Nr. 28 Medycyny) czytaj na str. 478 w wierszu 21 od góry: „nie spełna linii” zamiast: „linii”, — tudzież na str. 480 w wierszu 5 od dołu: „23 1/2 linii (38 millimetrów)” zamiast: „13 1/2 linii (28 millimetrów)”.

Dr. Z. DOBIESZEWSKI

ordynuje w bieżącym sezonie jak lat poprzednich
w Marienbadzie — Villa Dobieszewski.

STARANIEM STOWARZYSZENIA

Do wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra Pawła GUTTMANNA. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena 3 zlr. 75 c. 2 rs. 50 kop.

2) D-ra Jana STEINERA. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 zlr.—3 Rs. 70 kop.

3) D-ra Antoniego JURASZA, Profesora z Heidelberga. Laryngoskopija, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 zlr. 25 c.

4) D-ra Oskara WIDMANNNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.

5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.

6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział I-szy fizyologija i dyetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 zlr. 50 c.

7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, o. k. radcy sanitarnego we Lwowie Syfilidologija. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Zlr. wa.

8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworznu. Hydroterapija. Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Zlr. 85 kr.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w Redakcyi Medycyny oraz w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.