

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki. Podał dr. prof. Julian Kościński.—**Streszczenia i wyciągi.** 112. Neuropotyczne kichanie. 113. Przyczynek do ocenienia wartości gorącego moczu w celu rozpoznawczym. 114. Białkomocz w okresie dojrzałości. 115. Zapalenie płuc nieżytowe przy błonicy. 116. O szybkim leczeniu ran powstałych z oparzenia.—**Odcinek.** Kilka słów o postępowaniu przeciwgorączkowem w suchotach płucnych. Podał dr. W. Jaroszyński. — **Sanitarne wymagania dotyczące szkół i pensjonatów** napisał dr. St. Markiewicz. (Ciąg dalszy).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

TRZY PRZYPADKI

częściowego wycięcia kiszki (*Resectio intestini*).

Podał Dr. Julian Kościński

Professor kliniki chirurgicznej fakultetowej.

Wycięcie częściowe jelita (*resectio intestini*) nie należy już dziś do zbyt rzadkich operacji wykonywanych przez chirurgów i, zamierzając opisać trzy tego rodzaju operacje, w klinice mojej zrobione, nieczynię to dla tego tylko, że operacja, dla samej rzadkości swojej, pewien interes w kolegach obudzić może, lecz raczej dla tego aby zaznaczyć nowymi faktami ten wielki postęp dzisiejszej chirurgii i jej nieocenioną korzyść zdobytą przez ścisłe zachowanie prawideł antyseptyki. Dla chirurga młodego, dla chirurga wychowanego już, że tak powiem, w szkole antyseptycznej, pomyslnie zejście takich operacji, jak te, których opis tu podaje, niebędzie tak ciekawym i prawie raziącym przykładem skuteczności metody antyseptycznej; przywykł on bowiem widzieć szczęśliwe wyniki innych operacji bądź w jamie otrzewnej bądź na innych organach i częściach ciała ludzkiego robionych i należących do ciężkich i niebezpiecznych operacji. Inaczej to jednak wydać się musi chirurgowi, który ma za sobą niedawną jeszcze przeszłość i własnymi patrzył oczyma na wyniki podobnych operacji i los operowanych wtenczas kiedy o antyseptyce niebyło jeszcze mowy i dobroczynnych jej skutków nieznano. Rzadko też podobne operacje wtenczas podejmowanymi były a wykonywali je tylko chirurgowie z niezmierną biegłością i wielką odwagą słynni. Samo się przez się rozumie, że nieszczęśliwi dotknięci chorobą, która tylko usuniętą być mogła za pomocą wielkiej i niebezpiecznej operacji, nieznalazszy lekarza któryby sam więcej ufności w skuteczność operacji pokładał i wykonać ją był gotów, zmuszeni byli w rozczarowaniu lub w nadziei jakiegoś nadzwyczajnego obrotu, z wiarą w miłosierdzie Boskie wyczekiwać zakończenia dni swoich. Smutna też była i rola lekarza w którym nadzieja takiego chorego spoczywała.

Częste zatem przykłady szczęśliwych zdobyczy nowoczesnej chirurgii,

wzbogacając wiedzę lekarza tem samem przyczynić się musi do bezpośredniej korzyści cierpiącej ludzkości. Przytoczone tutaj trzy przypadki rezeceyi kiszek, ze szczegółowym opisem technicznej strony operacyi, jak mniemam, mogą niebezkorzystnymi być dla kolegów, tak chirurgów jak i terapeutów. Pierwsi ośmieleni szczęśliwym przebiegiem i zejściem rezeceyi kiszek, skłonniejsi będą dać jej pierwszeństwo, w leczeniu przetok kałowych (dwa pierwsze przypadki)—przed innymi mniej pewnymi, a często dotąd używanymi sposobami operacyjnymi, drudzy w zwątpionych przypadkach nowotworów kiszek, (przypadek trzeci) niebędą tracić czasu z krzywdą dla swojego pacyenta, lecz z większą ufnością, pomocy dla swego chorego w operacyi szukać będą.

Przypadki, które opisać zamierzyłem, są następujące:

Przypadek I. Maryanna Włodarek, 27 lat wieku licząca, kucharka, przybyła do kliniki chirurgicznej fakultetowej (szpit. Ś-go Duchy) 9 Grudnia 1883 r. z powodu przetoki kałowej, przed kilku miesiącami w prawej stronie brzucha powstałej. Wł. jest wzrostu średniego, szkielet zbudowany prawidłowo, mięśnie szczupłe i wiotkie, skóra blada, pokładu tłuszczu pod skórą prawie niema.

Historję swojego nabytego kalectwa opowiada nam pacjentka w następujący sposób:

Będąc przedtem zupełnie zdrową, w pierwszych dniach Maja 1883 r. zmuszoną była odbyć kilkomilową podróż piechotą. Dzień był zimny i słotny. Znalazłszy się u celu swojej podróży uczuła mocny ból i rznięcie w prawej stronie brzucha w okolicy dołu biodrowego i kiszki ślepej. Brzuch stał się wzdętym i twardym. Dreszcze wracające i gorączka towarzyszyły powyższym cierpieniom. Stolec był zaparty a po użyciu w wielkiej dawce oleju rycinowego przyszło rozwolnienie, które jednak ulgi w cierpieniu nieprzyniosło. Trzeciego już dnia chora dostrzegła w okolicy kiszki ślepej twardy obrzęk, pomimo że cały brzuch był wzdęty, a na czwarty dzień wystąpiły już wyraźne objawy ropnia, który, bez wszelkiej pomocy chirurgicznej, otworzył się przez skórę wydzielając wielką ilość nader cuchnącej ropy. Sprawilo to znaczną ulgę chorej i podniosło ją wielce na duchu, gdyż sądziła że z wyjściem na zewnątrz ropy cała jej choroba się skończy. Tymczasem już tego samego dnia ze smutkiem dostrzegła, że za ropą, przez ten sam otwór, wychodzi rzadka masa kałowa. W ciągu pierwszych dwóch tygodni od pęknięcia ropnia, chora nie miała wcale stolca i jak się zdaje, całkowita zawartość jelit wydzielala się przez ów otwór w ścianie brzucha. Następnie jednak zaczęły wracać stolce skąpe i tylko co kilka dni raz, przy czem ilość kałowej cieczy, wypływającej przez przetokę, nieco się zmniejszyla.

Nie widząc z biegiem czasu żadnej poprawy w kalectwie swoim, Włodarek udała się na kuracyę do szpitala miejskiego w Łodzi, gdzie dr. LOHRER uznał za konieczne uprościć przetokę przez nacięcie i rozszerzenie otworu brzuszego, a następnie odpowiednim opatrunkiem rany i naciskiem metodycznym, spodziewał się doprowadzić do zupełnego zamknię-

cia go. Otwór w istocie zwężył się znacznie, brzegi jego obgoiły się, lecz gdy kał nieprzestawał wypływać przezeń i w dalszym ciągu żadna zmiana ku poprawie nie następowala, radził chorej udać się do Warszawy polecając ją listownie mojej opiece. Jak powiedziałem wyżej, Włodarek przybyła do kliniki 9 Grudnia 1883 r.

Przystąpiwszy do badania miejscowych zmian w ścianie brzucha znalazłem, że w okolicy biodrowo-pachwinowej na przestrzeni 9 centimetrów w kierunku podłużnym i 6-ciu w kierunku poprzecznym skóra przedstawiała powierzchowne owrzodzenie, była mocno zaczerwienioną stwardniałą, modzelowatą, a powierzchnia jej zwilżona surowiczą wydzieliną. Szeroka ta smuga leżała na dwa palce ponad więzłem Pouparta, pomiędzy kolcem biodrowym (górnym i przednim) i spojeniem łonowym, rozciągając się w kierunku skośnym. Z części jej środkowej, nieco zakleszczonyj występują dwie wyniosłości, w postaci brodawek wielkości orzecha laskowego. Brodawki te oddzielone jedna od drugiej przesmykiem zabliznionej skóry, 1½ centymtr. długości mającym; same zaś są miękkie, jasno-czerwonego koloru, o powierzchni gładkiej, polyskującej, wilgotnej, podobnej do budowy błony śluzowej. Brodawka górna leży nieco na zewnątrz, dolna na wewnątrz. Bliższe badanie pokazało, że każda z tych brodawek ma swój mały widzialny otwór, przez który z łatwością daje się wprowadzić gruby zgłębnik w światło kiszki. Obwodem swoim obie brodawki są przyrosnięte mocno do bliźnowatych otworów ściany brzusznej. Dwa zgłębniki wprowadzone do dwóch otworów brodawek spotykają się ze sobą w świetle jelita na głębokości 4—5 centymetrów. Przez brodawkę niżej leżącą zgłębnik daje się wprowadzić w kierunku ku górze i linii środkowej na 12 centymetrów, gdy drugi zgłębnik wprowadzony przez otwór brodawki górnej, wchodzi tylko do głębokości 5 centymetrów i opiera się o przeszkodę błoniastą, podatną. Że jama w którą zgłębniki dają się wprowadzić, jest światłem jelita, dowodzi wydzielająca się ciecz koloru żółtego, gęstawa mająca wszystkie cechy zawartości dolnego końca jelita cienkiego. Niedostrzeżono by zawartość jelita wypływała przez otwór górnej brodawki; cała ilość wydziela się przez brodawkę dolną. Przegroda pomiędzy dwiema brodawkami utworzoną jest, jak się zdaje tylko z powłok zewnętrznych do której brzegi pojedynczego podłużnego otworu kiszki są przyrosnięte. Jak wielkim jest brak ściany jelita i jak znaczne skutkiem tego braku jest zaciśnięcie kiszki, niepodobnem jest pomimo najściślejszego badania stanowczo określić. Wnosząc ze szczupłych stolców co kilka dni wracających i zabarwionych żółcią, trzeba przypuścić, że zaciśnienie jest dość znaczne, gdyż tylko bardzo nie wielka część zawartości kiszki przedostaje się do dolnych ich części. Jakkolwiek z zupełną ścisłością niemogliśmy orzec czy jelito cienkie (biodrowe-ileum) czy kiszka ślepa jest otwartą, gdyż miejsce w którym się otwór znajdował, tak dobrze pierwszemu jak i drugiej odpowiadał, a badanie zawartości również rozstrzygających cech dać niemogło, wszelako z cienkości cieczy wnosząc, prawdopodobniejszem się zdawało że przedziurawioną jest jelito biodrowe.

Co się tyczy innych zmian patologicznych, to żadnych u naszej pacjentki nieznaleźliśmy. Brzuch był zapadnięty, przyrządy w nim zawarte normalnych rozmiarów i prawidłowo położone. To samo da się powiedzieć o stanie przyrządów piersiowych w których ani opukiwanie, ani anskultacja żadnych zбочeń nie wykryła. Organa moczowe i płciowe w zupełnym porządku. Miesiączkowanie prawidłowe. Tętno koło 70, żadnych śladów gorączki.

Jakkolwiek rozpoznanie choroby żadnej trudności nienastręczało i żadnej wątpliwości niebyło że mamy do czynienia z przetoką kałową (*fistula stercoralis*), niebyliśmy jednak w możności zdać sobie ściśle sprawy w jaki sposób ona powstała. Z opowiadania chorej pokazuje się że była ona przed swoją chorobą zupełnie zdrową. W czynnościach kiszki żadnych nigdy zaburzeń nie miała; nie wspomina również nic aby jakiś guz, mogący naprowadzić na myśl że w miejscu przetoki znajdowała się przedtem raptura (*hernia*) znajdował się. To tylko jest pewnem że się w tem miejscu utworzył był ropień, po otworzeniu się którego pozostała przetoka. Lecz czy ropień ów powstał wskutek jakiej już przedtem istniejącej zmiany w kiszce, która spowodowała owo ostre zapalenie i ropienie, czy też zrazu powstało było ostre i ograniczone zapalenie otrzewni, które równocześnie przeszło na kiszkę i na ścianę brzuszną, wywołując tak tu jak i tam zgorzel – tego rozstrzygnąć niebyliśmy w możności. Skłonni jednak byliśmy to ostatnie tłumaczenie uważać za prawdziwsze.

Leczenie miało za zadanie przywrócenie prawidłowego krążenia zawartości jelit przez usunięcie zwężenia czy zaciśnięcia kiszki i zagojenia przetoki. Wspomniałem wyżej że w szpitalu Łódzkim czyniono już w tym kierunku próby i starano się przetokę zagoić nacięciem jej i metodycznym naciskiem za pomocą odpowiedniego opatrunku, przyżeganiem brzegów otworu i t. p. Jeżeli to niedoprowadziło do pożądanego wyniku, to przy czynności zawodu upatrywać wypadało w zaciśnięciu światła kiszki lub w wytworzeniu się przegródki, dzielącej górny odcinek jelita od dolnego. Okoliczność ta niezachęcała nas wprawdzie do powtórzenia i dłuższego prowadzenia kuracji w ten sam sposób, nieprzystąpiłem jednak do operacji krwawej zaraz, lecz chcąc bliżej ze stanem przetoki się poznać aby módz stosowną metodę operacyjną wybrać, postanowiłem czekać kilka tygodni i przez ten czas kąpielami, czystym opatrunkiem o ile możności zagoić owrzodzenia skóry znajdujące się w około przetoki, modzelowatość powłok rozmiękczyć i uczynić je zdolniejszymi po zrośnięcia po zrobionej operacji. W ciągu tego czasu powtórzonem kilkakroć badaniem przeświadczyłem się, że zwężenie jelita jest w istocie zbyt wielkie i że jedyny sposób, za pomocą którego stanowczo wyleczenie dałoby się osiągnąć jest otworzenie jamy brzusznej na miejscu przetoki, odczepienie jelita od otrzewni z którą patologicznie jest zrosniętą, wycięcie takiego kawałka jelita, jaki w stanie zwężenia się znajduje, a wreszcie połączenie za pomocą szwa obu końców kiszki i zamknięcie ściany brzusznej. W taki sposób uplanowana operacja dokonana została 10 Marca 1883 r.

Przy zachowaniu ściślej antyseptyki i po zachloroformowaniu chorej poprowadziłem cięcie skośne w kierunku opisanej wyżej smugi bliznowatej, mające długości 12 centymetrów; mostek łączący dwa otwory przeciąłem, a wprowadziwszy palec do światła jelita i podnosząc nim ścianę brzuszną rozciąłem mięśnie i otrzewną oraz błonę rzekomą łączącą tę ostatnią z kiszka, tak daleko jak zrosty sięgały. Uwolniwszy w ten sposób w około otworu ściennego kiszki wyprowadziłem ją wraz ze znaczną częścią krezki na zewnątrz. Tu się pokazało że brak ściany jelita był tak znacznym iż pozostało z niej zaledwie połowa tylko, mianowicie ta część która do krezki obróconą była; druga połowa rurki jelita uległszy zapewne zgorzeli była zniszczoną. Długość brakującej ściany kiszki wynosiła koło 5 centymetrów. O zeszyciu otworu tak wielkiego w kiszce przez proste okrwawienie brzegów jego, oczywiście niemogło być mowy; trzeba było cały odeinek jelita wyciąć i końce zeszyć, jak to przewidywałem z góry. Podczas gdy pomocnik zacisnął palcami jelito ponad otworem i pod nim, przeciąłem za pomocą prostych nożyczek rurkę kiszki tak tu jak i tam a następnie przedłużając te cięcia na kreskę, wyciąłem z niej klin trójkątny i tym sposobem usunąłem 7 centymetrów długości kawałek jelita wraz z trójkątnym kawałkiem krezki. Po założeniu 8 podwiązek na krwawiące tętnice, przystąpiłem do zeszycia jelita. O szwie, jakiego użyłem dla połączenia końców kiszki, muszę szczegółowy dać opis, a to dla tego, iż różni się on nieco od znanych i w podręcznikach podawanych szwów kiszkowych. Połączywszy nasamprzód okrwawione brzegi krezki szwem węzełkowatym, takim że samym węzełkowatym szwem połączyłem brzegi kiszki na całym obwodzie, zakładając pętlice odległe o jeden centymetr jedna od drugiej oddalona. W jednej połowie obwodu kiszki zawiązywałem węzłki do jej światła, w drugiej zaś na zewnątrz, t. j. na błonie surowiczej, wkręcając o ile się to dało brzegi kiszki do światła. Przy zakładaniu tego szwu igłą przekłówałem kiszki w oddaleniu 1-go centymetra od okrwawionego brzoza. Gdy w ten sposób końce kiszki już były złączone, założyłem drugi rząd szwu także węzełkowatego zapomocą którego cały pierwszy rząd został wwinięty do światła jelita. Aby to skutecznie, postąpiłem w następujący sposób: w oddaleniu jednego centymetra od szwu pierwszego wprowadzałem igłę krzywą zaopatrzoną w cienki katgut przez błonę surowiczą i ująwszy tę ostatnią wraz z częścią błony mięśniowej, wyprowadzałem igłę tuż przy szwie pierwszym; następnie tą samą igłę ująwszy te same dwie warstwy drugiego końca kiszki i przeciągnąwszy nitkę katgutową, zawiązywałem ją na węzełek, zakrywając szew pierwszego rzędu szwem rzędu drugiego. Wszystkie pętlice tego ostatniego szwu znajdowały się pomiędzy pętlicami szwa pierwszego, co sprawiało, że po założeniu dwóch rzędów szwu, pomiędzy węzełkami znajdowały się półcentymetrowe przestrzenie kiszki nieuciśnięte wcale nitką, chociaż końce jelita swoją powierzchnią surowiczą dostatecznie ściśle były zbliżonemi i zrosnięcie ich zapewnionem. Mniemam, że w ten sposób założony szew daje więcej pewności organicznego połączenia brzegów jelita, niż szew Lemberta lub szew kuś-

mierski. Gdy tamtemi przez nieco mocniejsze zaciśnienie nitki, łatwo można pozbawić brzeга kiszki potrzebnej cyrkulacyi w naczyniach włosowatych i tem samym sprowadzić zgorzel tego brzeга i wątpliwe zrośnięcie końców jelita, szew w sposób powyższy założony wolnym jest od podobnego niebezpiecznego następstwa. Takiego samego szwu używałem i dla dwóch niżej podanych przypadków, używałem też go i przy innych ranach jelit gdzie szło o częściowe ich zaszycie, a w żądym przypadku nie widziałem rozejścia się brzegów rany. Dla szwu pierwszego rzędu i dla spojenia kręzki zwykle używam nitek jedwabnych, a rząd drugi szwu zakładam cienkim katgutem.

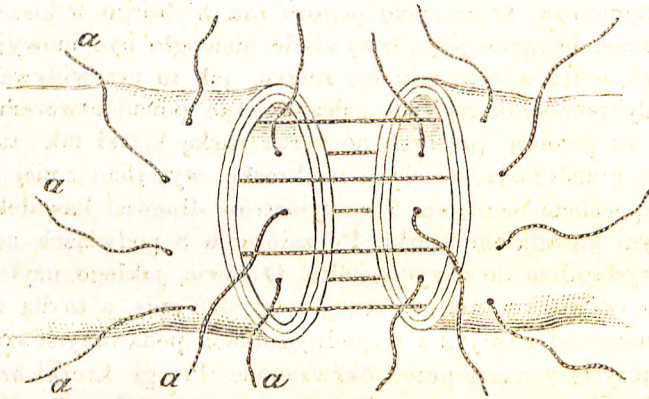


Fig. 10.

Szew pierwszego rzędu:

aaa nitki przeprowadzone przez wszystkie warstwy kiszki i łączące dwa jej końce, przed zawiązaniem.

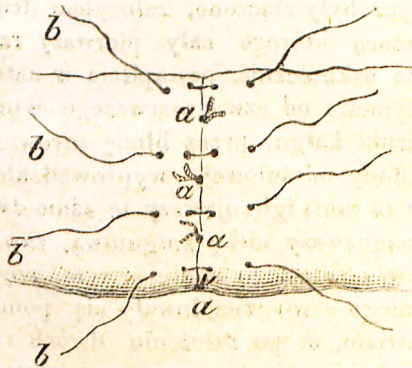


Fig. 11.

Szew drugiego rzędu:

aaa Węzłki po zaciśnięciu nitki szwu pierwszego rzędu.

bbb Nitki szwu drugiego rzędu, zajmujące tylko warstwę otrzewną i w części mięśniową.

Zakończywszy rzecz z jelitem, po obmyciu starannem rozezysem sublimatu (1 na 2000) odprowadziłem go do jamy brzusznej i przystąpiłem do zeszywania rany w ścianie brzusznej. Tutaj w sposób zwykły starałem

się połączyć brzegi rany po części szwem głębokim (nitka prowadzona przez wszystkie warstwy wraz z otrzewnią) po części powierzchownym. Z powodu nadwyzwyczajnego stwardnienia bliznowatego brzegów rany, tam gdzie się otwór przetoki przez długi czas znajdował, zbliżenie ścisłe ich było bardzo trudnem i przewidywałem, że *prima intentio* nieuda się w tem miejscu. W istocie tak się rzecz i miała, co jednak w niczem nieprzeszkodziło przebiegowi sprawy ze wszech miar pomyślnemu. Opatrunek rany jodoformowy.

Zaraz po operacyi, w celu zniesienia ruchów kiszek chora dostała $\frac{1}{2}$ granową dawkę makowca, a wieczorem drugą taką. Ten sam środek stosowaliśmy po jednej dawce dziennie przez trzy następane dni, podczas których oprócz chwilowych bólów w niewielkim stopniu, w okolicy operowanej brzucha, żadnego ważniejszego zaburzenia nieodstrzegaliśmy. Czwartego dnia chora dostała znacznego napadu kaszlu bez żadnej wyraźnej przyczyny, który uśmierzonym został naparem ipekakuany. Gorączka w małym stopniu. Pierwszego i drugiego dnia ciepłota ciała wieczorna dosięgała 38,1, trzeciego dnia 39, a zaczawszy od dnia czwartego zupełnie ustąpiła. Żadnego wzdęcia brzucha ani innych śladów podrażnienia otrzewni niebyło.

14 Marca to jest 5-go dnia po operacyi zmieniłem opatrunek rany przy czem usunięte były dwie pętlice szwa. W części środkowej szwa ślady ropienia, u końców zdaje się być spojona *per primam*. Tegoż samego dnia po południu chora miała stolec dość twardy, w kawałkach średniej wielkości.

17-go. Drugi stolec bez żadnych poprzednich boleści brzucha; usunięto resztę nitek (3) łączących ranę brzuszną, i założono świeży opatrunek jodoformowy, który przy braku prawie ropienia, postanowiliśmy pozostawić dłużej.

18-go Marca pacyentka nasza mocno się spościła bez żadnych poprzedzających deszczy lub podniesienia temperatury. Powtórzył się ten sam objaw jeszcze raz 28 Marca. Zaczawszy od 18 Marca stolce tak dalece uregulowały się że co dzień w rannych godzinach miała chora jedno wypróżnienie prawidłowe czując się zupełnie zdrową.

Niepotrzebuję nadmienić że pacyentka w pierwszych dniach po operacyi pozostawała na bardzo ścisłej dyecie, oprócz kleiku, rosółu, herbaty i mleka niedostawała nic. Na 7, 8 dzień, gdy ani gorączki, ani żadnych śladów podrażnienia kiszek lub otrzewni niemieliśmy, operowana zaczęła dostawać w małej ilości chleb i mięso. Odtąd i siły chorej zwałone przez ogłodzenie organizmu zaczęły bardzo prędko wracać tak że już na 10 dzień czuła się zdrową i domagała się aby jej pozwolono wstawać. I w istocie na 14 dzień zaczęła już wstawać i przechadzać się po sali. Część rany nie zabliźnionej *per primam intentionem*, przy niezmiernie małym ropieniu z każdym dniem się emniejszała a przy końcu trzeciego tygodnia zablizniła się całkowicie.

10 Kwietnia Włodarek opuściła klininę będąc zupełnie zdrową i nabrawszy sił, których przed operacyą nie miała.

Jak z opisu pooperacyjnego okresu dopatrzeć łatwo, zrosnięcie kiszki nastąpiło bez żadnych zaburzeń i prawdopodobnie niespowodowawszy żadnego znacniejszego zwężenia, gdyż niezem się ono niezdradzało. Trzeba więc było uważać wynik opisanej operacji za najbardziej pomyślny.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

112. Neuropatyczne kichanie. CHARCOT (*Ch. Med. Rundschau* 16 H. 1885). Dziewczyna 16-letnia, żółzowata, historyczna, z lewostronnem znieczuleniem całej połowy ciała, z utratą czucia mięśniowego, zmniejszeniem odruchów ścięgnistych, hysterogeniczne punkta na prawej sutce i okolicy lewego jajnika. Napady poprzedza aura w formie uczucia wnoszącego się od lewego jajnika do krtani. Napad sam występuje w sposób rozmaity, czy to jako konwulsyjny śmiech w połączeniu z opisthotonus i wtedy występuje kichanie, poczem znowu śmiech; czy też najprzód opisthotonus, a potem śmiech; lub też najprzód kurezowy kaszel, potem opisthotonus i kichanie. To ostatnie jest bardzo częstem 30—40 r. na minutę i nigdy temu objawowi nie towarzyszy odpływ śluzowy z nosa. Od 21 Października do 12 Listopada naliczono 16,195 napadów kichania.

113. Przyczynek do ocenienia wartości gorącego moczu w celu rozpoznawczym. BETZ (*Memorab.* 2—84.—*Rundsch.* 5 H. 84). Ciepłota moczu w pęcherzu zależna jest od ciepłoty jego otoczenia. Jednak jak są przypadki, w których ciepłota moczu jest niższą, co chorzy czują przy oddawaniu moczu przez uczucie chłodu, tak samo są przypadki, w których jest ona wyższą, co się zdradza uczuciem gorąca przy oddawaniu moczu. Wtedy tworzy się para, kiedy inny mocz przy podobnych warunkach tego nie powoduje. To zjawisko zależy od podniesienia ciepłoty w otoczeniu pęcherza, zatem od zapalnych processów organów miedniczych i otrzewny, wyściełającej miednicę. Nieraz właśnie przy uzalaniu się chorego na wydzielanie gorącego moczu, możemy mieć w tem pierwszy objaw stanów zapalnych organów w jamie miednicy położonych.

114. Białkomocz w okresie dojrzałości. Prof. EICHORST (*Wien. med. Woch.* 27—85). Autor wielokrotnie spostrzegał u dzieci w okresie dojrzałości szczególny, nieokreślony stan chorobliwy, dla którego nie można było wykazać cierpienia w żadnym organie. Z początku wypadkowo, potem metodycznie dokonywane badanie moczu, wykazywało w nim zawartość białka. Z badań tych autor przekonał się, że białkomocz poprzedzał zwykle na kilka godzin lub dni zmiany w ogólnym stanie zdrowia i zniżył prawie równocześnie z polepszeniem ogólnego stanu. Mocz przytem był jasno-żółty, czysty i raz tylko zawierał cylinder hyalinowy z kilkoma kropelkami błyszcząciami tłuszczu. Podobne przypadłości powtarzały się w odstępach kilku tygodni lub miesięcy. Pojedynczy napad trwał 1 dzień do 1 tygodnia, rzadziej dłużej. Pobyt na wsi i dyeta odżywcza wpływały zbawiennie, wewnętrzne środki okazywały się bez pożytku. Pod względem rokowania powyższe objawy nie są niepomyślne, chociaż mogą się powtarzać do 2 lat. EICHORST odróżnia 3 grupy obrazów choroby: 1) stan znużenia, osłabienia pamięci roztargnienia, 2) stan rozdrażnienia, wesołości, egzaltacji, 3) w najradszych przypadkach przychodzi do bólu głowy, wymiot, drgań mięśni, a niekiedy do krótkich, padaczkowych drgawek.

115. Zapalenie płuc nieżytowe przy błonicy. Dr. F. John DARIER (*M. Ch. Rundschau*). Według autora zapalenie płuc nieżytowe jest najczęstszem

powikłaniem przy błonicy. Przyczyny są wieloliczne: oprócz zakażenia mają znaczenie pewne umiejscowienie błon, t. zw. lokalne przyczyny (zaciębnienie), tracheotomia. Występuje zwykle między 2—6 dniem choroby. Dla rozpoznania ważniejsze są objawy ogólne niż fizykalne. Rokowanie tem jest gorsze, im wcześniej zapalenie się pojawia. We wszystkich przypadkach znajdujemy dwa rodzaje mikroustrojów: a) okrągłe lub owalne mikkroki, które się skupiają w łańcuchy, b) laseczniki, podobne do tych, jakie znajdujemy we wszystkich błoniastych produktach błonicy. Ze względu na bogactwo i sposób rozdziału tych mikroustrojów w pęcherzykach da się postawić hipoteza o ich znaczeniu. Laseczniki w zrazikach wywołują zapalenie, które wytwarza przyjazny grunt dla mikkrokokków, ostatnie się rozmnażają i sprowadzają ropienie zrazika.

116. 0 szybkim leczeniu ran powstałych z oparzenia. Dr. GÉZA DULACSKA z Budapesztu (*Pest. med. chir. Presse* 25—85. *M. Ch. Rundschau* 14 H. 1885). Dotychczasowe leczenie tych ran za pomocą *Aq. Calcis* i *Ol. Oliv.* leczą skutecznie, ale powoli. Prędzej leczą się małe oparzenia przy stosowaniu sody suchej. DULACSKA posypuje watę Brunsu sodą i przywiązuje do miejsca oparzonego. Palenie wtedy powiększa się, a szczególnie jeżeli nabłonek już jest oddzielony, ale potem stopniowo się zmniejsza i powoli w 1/2 godziny przestaje a ból w każdym razie jest mniejszy niż pod okładami z lodu. Działanie opatrunku już po godzinie jest widoczne, poprzednio skóra żywo zaczerwieniona przechodzi do prawidłowej barwy, lub staje się żółtawą, suchą, bezbolesną. Przy utworzonych już pęcherzach znika wrażliwość, pęcherze opadają, a po 3 dniach nabłonek da się już usunąć i pod niem leżące *corium* nie jest ani bolesne, ani nie ropieje. (Sprawozdawca wielokrotnie miał sposobność się przekonać o wybornem działaniu w podobnych przypadkach sody w roztworze 1—2 dr. na 6 unc. według dawnych zaleceń przez d-ra SAWICKIEGO). R-i.

ODCINEK.

Kilka słów o postępowaniu przeciwgorączkowym w suchotach płucnych.

Dr. SOKOŁOWSKI potępiając podawanie w celach przeciwgorączkowych chininy w suchotach płucnych, jako środka w małych dawkach nie działającego, w wielkich zaś psującego częstokroć trawienie, dodaje (*Gaz. lekar. Nr. 2 b. r.*) że działanie przeciwgorączkowe u suchotników jest „bezowocnem” a więc „zbytecznem”, szkodliwem częstokroć, nigdy zaś nie osiągającym celu, jak to on w licznym szeregu swych spostrzeżeń dowodnie się przekonał.

Ztąd wnosić by należało, że wobec gorączek u suchotników mamy zachowywać się całkiem biernie, natomiast zaś wyłącznie dobrem odżywianiem chorego przeciwdziałać zabójczym wpływom jakie gorączkowanie wywiera na organizm.

Dr. S. (jeśli się nie mylę) nie uznaje w suchotach płucnych tych niszczących wpływów gorączkowania, gdyż powiada „że chorzy wybornie znoszą wysoką nawet ciepłotę”.

Co do mnie, to choć nader maluczkie lecz własne moje doświadczenie zdobyte w szpitalu powszechnym Lwowskim i na chorych mych w Meranie, zniewala mnie do nielekceważenia gorączek u suchotników, w razach gdy ciepłota przekracza 39° C.; ciepłotę zaś tę nie zauważyłem by zwykłe „wybornie” znosili chorzy, jak twierdzi dr. SOKOŁOWSKI, przeciwnie zaś, częstokroć już po kilkudniowem gorączkowaniu chory czuje się znacznie upadłym na siłach, a pomimo stosownego odżywiania, wag

ciała już po kilku dniach ubywa. Stosunek odżywiania do gorączkowania przedstawia się tak, że co sprawi odżywienie w ciągu dni dziesięciu, to zniszczy wysokie natężenie ciepłoty w ciągu jednego dnia.

Wiadomem to każdemu młodemu nawet lekarzowi, że gorączki w suchotach płucnych nie jesteśmy zwykle w stanie zwyciężyć, jako naturalnego wpływu procesu chorobowego, który istnieć musi póki istnieją w organizmie przyczyny go wywołujące; żaden też myślący lekarz nie kusi się też o to; wszakże jeśli nie zawsze to „często” jesteśmy w możności „obniżyć stopień ciepłoty” lub „skrócić czas natężenia gorączkowego”, a tem samem osłabić niszczący wpływ gorączki.

Dopóki nie posiadamy środka *directe* na proces chorobowy działającego, dopóty działamy *à tatons*, i wie z nas o tem każdy, że odżywianie chorego, mocą wszelkich przez naukę wskazywanych nam środków: jako klimatów stosownych, stosownego pożywienia, stosownych wreszcie leków, jest tu najpoważniejszym zadaniem naszym, zadaniem głównem. Jasno wszak ztąd wypływa, że wszelkie czynniki działania naszemu w tym kierunku, na przeszkodzie stojące, winniśmy z całą energią zwalczać o ile to tylko jest w naszej mocy; owóż jednym z najpotężniejszych tych przeciwników, jest właśnie gorączka. Z tym nader groźnym wrogiem bo wywołującym ostateczne wyniszczenie organizmu już przez sam proces chorobowy znacznie upadłego, winniśmy się rachować!

Że wielkie dawki chininy działają ujemnie na trawienie, na które przedewszystkiem u suchotników baczną winniśmy zwracać uwagę, i o tem wie z nas każdy. Nie o obronę chininy mi tu idzie, lecz o obronę „działania przeciwgorączkowego”, a chociaż i temu zaprzeczyć muszę ażeby chinina w dawkach przeciwgorączkowych miała bezwarunkowo zawsze psuć trawienie, wszakże prócz chininy mamy cały szereg środków przeciwgorączkowych, które w stosownych dawkach i w stosownych razach użyte, tylko pomyślnie dają nam rezultaty. Pamiętam pacjentkę (nie suchotnicę), u której już 0,07 chlorku chininy wywoływało rozwolnienie; wszakże vice-versa mógłbym cały szereg pacjentów (suchotników) przytoczyć, u których chinina użyta w dwugramowych dawkach (w przeciągu godziny) jak to JACCOURD radzi, nie wywoływała najmniejszego zбочenia w trawieniu, zaś w razach gdzie bałem się podać chininę wewnątrz, tam niejednokrotnie zdarzało mi się skracać czas natężenia gorączkowego lub temperaturę obniżać mocą podskórnej iniekcji chininy, nie wywołując upośledzenia trawienia.

Niech mi wolno będzie przytoczyć w krótkości parę przykładów działania przeciwgorączkowego, a fakta przemówią najdobitniej:

I. Pani M. R. lat 32, której matka umarła na suchoty płucne, przybyła d. 26 Września 1883 roku do Meranu. Chora budowy bardzo wątłej, klatka piersiowa wązka, wychudnięcie znaczne, osłabiona bardzo, gorączkuje od pięciu tygodni, stale między 4-tą i 5-tą po południu, od dni kilkunastu *maximum* temperatury (wedle opowiadania pacjentki) 40° C., z remisją w nocy na 38° C. Badanie wykazało jamę w szczycie prawym, liczne świsty i rżenia w szczycie lewym. Trawienie nie nadwężone.

Tegoż dnia 10-ta wieczór *maximum* temp. 40,1° C. z remisją ranną 38,5° C. Poty obfite. Dnia pierwszego jak i następnego żadne antypyretyczne działanie: nazajutrz t. j. 27-go tenże sam stopień temperatury *maximum*. Chora zważona rano: Waga ciała = 41.600.

D. 28 zalecono następujące leczenie: ranne nacieranie w łóżku wódką francuzką z solą, mleko z koniakiem, wino przy jedzeniu. Gliceryna

i kreozot. D. tegoż chinina w dawkach 0,50 co minut dwadzieścia, więc 1,50 wciągu godziny. Maximum temperat. d. tegoż 40,2° C. Poty obfite. D. 29 też same dawki chininy. Maximum temperatury wieczornej 38,8° C. Poty jeszcze obfitsze. D. 30 chinina w dwóch już tylko dawkach po 0,50 p. d. co pół godziny. Max. temp. wieczornej=38,5° C. Poty znacznie słabsze. Podawanie chininy przerwane. Przez ten czas ani razu trawienie nie upośledzone, ani razu collapsus nie nastąpił. D. 1 Października ten sam stopień ciepłoty. Od dnia tego, po dzień 13 Października, ciepłota ani razu nie przeszła 38° C.; poty ustąpiły całkiem. D. 8 Października, chora została zważoną, waga ciała=42,700. D. 13 Paźd. bez żadnej badaniu podległej przyczyny, nagły wzrost wieczornej temperatury do 40,5° C., z następczem obfitem potnieniem. D. 14 Paźd. podałem salicylan sody 5,00 *pro die* a to następnie: o 7-ej rano 2,00 *p. d.*, o 9-tej w tejsze samej dawce, o 11-tej 1,00. Maximum wieczornej temp.=39° C. Poty obfite. D. 15 Paź. salicylan sody 3,00 *pro die*, podając po 1,00 co półgodziny. Maximum wieczornej temp. = 38,5° C. Poty słabe. Salicylan sody przerwany. Ani upośledzenia trawienia, ani collapsus. D. 16 Paźd. maximum wiecz. temp. 38,6° C., którego to stopnia natężenia ciepłota ani razu już nie przekroczyła aż po d. 28 Paźd. Poty ustąpiły całkiem. W d. 18 chora znów zważona. Waga ciała=41,900. Po dwudniowem więc gorączkowaniu już wagi ciała ubyło na 0,700! W d. 25 Paźd. chora po raz czwarty zważona. Waga ciała=43,400. W d. 28 Paźd. znów nagłe podwyższenie ciepłoty do 39,5° C., w dniu zaś następnym do 40,2° C. Badanie wykazało pojawienie się rzeń dźwięcznych w szczycie lewym.

Kaszel, expectoracye obfite, plwociny nieprzezroczyste, ciągnące się, szaro-zielonkowatej barwy, w nich włókna sprężyste. Trawienie ani razu nie zepsute.

Terapia też sama, dodany *Ol. Therebinthin.* po parę kropel 3 razy dziennie w mleku, wszelkie antipyretica zaniechane. Temp. wieczorna ciągle też sama. D. 3 Listopada consilium z kol. TAPPAJNEREM, ex consilio wysłanie chorej do Pizy.

II. L. W. lat 27 przybył do Meranu 11 Października 1883 roku. W rodzinie dziedziczne suchoty. Budowa silna, klatka piersiowa normalnych rozmiarów, muskulatura rozwinięta. Waga ciała=59 k. Chory gorączkuje w południowych godzinach, czuje się mocno osłabionym. Trawienie normalne.

Maximum ciepłoty 39° C., z remissją ranną 37,5 C. Potnienie nieznaczne. Badanie wykazało: Stłumienie w szczycie lewym, z przodu sięgające granic stłumienia sercowego, tamże wydech zaostrozony; z tyłu oddech nieokreślony. W płucu prawem zmian żadnych dla ucha dostępnych, oddech pęcherzykowy. Kaszel rzadki i suchy; plwociny przeważnie z rana, nieobfite, białe, przezroczyste, pianiste.

Terapia: Ranne nacieranie całkowite prześcieradłem zmoczonem w wodzie z solą, o temp. 26° R. dochodząc stopniowie do 20° R. Mleko z koniakiem. Tran i kreozot. Arsenik. Dyeta pożywna, wino, aeroterapia. Żadne działanie directe antipyretyczne. Od d. 11 do d. 17 Paźd. stopień natężenia ciepłoty wieczornej trwa stale z małemi wahaniami na 39° C. D. 18 przy pozostawieniu tejsze terapii, zamieniony tylko tran na glicerynę, dodane silne revulsiva. Stopień ciepłoty ten sam do d. 20 Paźd. D. 20 Paźd. przy pozostawieniu nadal tejsze samej terapii, azotan chininy w dawkach po 0,50 w 1/2 godzinnych odstępach, razem 2,00, w ciągu zatem dwóch godzin, przed południem. Wieczorem maximum ciepłoty 39,2° C. poty obfite. Nazajutrz, d. 21 Paźd. *Chininum hydrobromicum* po 0,70 *p. d.* w dawkach półgodzinnych=1,40 w ciągu godziny. Wieczorna ciepłota

=38,2° C. Chinina od tego dnia zaniechana. Temperatura od dnia tego nigdy nieprzewyższyła 38,2° C., spadając niejednokrotnie na 37,7° C. Poty ustąpiły całkiem. Trawienie nie było ani razu naruszone. Wkrótce po obniżeniu temperatury, chory został zważony i waga ciała wynosiła 56,200 i w tym więc przykładzie widzimy już po kilkodniowym gorączkowaniu ubytek na wadze ciała, a tym razem dość znaczny. D. 23 Paźd. chory wskutek własnego uporeczywego widzimisię wyjechał na Rivierę. W przeddzień wyjazdu zważył się znowu: wagi ciała przybyło do 61,800.

Cyfry przemawiają najdobitniej! Dwa te przykłady, (mógłbym zaś przytoczyć ich więcej) starczą sędząc za dostateczny dowód czy „zbytecznym” jest zwalczanie natężenia gorączkowego u suchotników, czy „bezowocnym” jest bezwarunkowo antypyretyczne działanie, zaś upadek sił i ubytek wagi ciała wskazują, że chorzy wcale nie przenoszą „dobrze” gorączki, a przynajmniej nie wszyscy.

Dr. W. Jaroszyński.

SANITARNE WYMAGANIA dotyczące szkół i pensyonatów.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 32).

Dozór stały nad chorym, na izolacją w infirmeryi skazanym, poruza się osobie umyślnie na ten cel najmowanej i wyłącznie przy chorym zostającej. Jedzenie i t. p. przeznaczone dla chorego i dozorczyjni przynosi krętami schodami stróż podwórzowy, wyłącznie na podwórzu gospodarskiem czynny; niewchodząc do infirmeryi oddaje on przy drzwiach naczynia przyniesione z potrawami i t. p. dozorczyjni, która wszystko przelewa w naczynia stale w infirmeryi pozostające a naczynia przyniesione natychmiast oddaje przez tegoż stróża. Taż samą drogą usuwane są odchody chorego, naturalnie po poprzedniej dezynfekcyi w samej infirmeryi.

Dzięki niezawodnie temu urządzeniu infirmeryi izolacyjnej i możliwym przy jej pomocy środkom profilaktycznym, w roku 1883/84 zdołaliśmy pierwszego chorego szkarlatynowego odosobnić absolutnie, po czem nikt więcej chorobie tej już nie uległ. W roku szkolnym 1884/85 zapadło na szkarlatynę w ciągu 10 dni trzech pensyonarzy i na tem epidemia się skończyła. Dodać nadto muszę że i o ewentualnej potrzebie dwóch jednocześnie izolowanych infirmeryi, na wypadek dwóch różnych chorób zaraźliwych, pomyślano w szkole naszej przez połączenie jednej z sypialni (izba północna) ze wspomnianemi schodami krętami. Przez zamknięcie i zakitowanie drzwi tej sypialni do wspólnego korytarza prowadzących cel rzeczony osiągnięty zostaje.

Kąpiele przeznaczone dla pensyonarzy, mieszczą się w izbie suterenowej, z wejściem do sali jadalnej, z oknami wychodzącymi na podwórze szkolne, oszklonemi szkłem groszkowanym. Jest to izba odpowiadająca wymiarami izbie klasowej trzyoknowej, tylko wysokość jej jest mniejsza mianowicie wynosi tylko 2,88 mt. (10 stóp), czyli kubiczność tej izby równa się 152,5 m. kub. (6070 st. kub.). W rzeczonyj izbie mieszczą się wanny cynkowe w liczbie 5 i prysznic. Każda wanna mieści się w osobnej kabinnie, w drzwi zaopatrzonej. Oprócz wanien są tu krzesła na rzeczy, wieszadło i ławka dla oczekujących. Podłoga jest asfaltowa. Ściany i sufit są grubo olejno pomalowane. Wentylacja odbywa się tak samo jak w izbach klasowych i sypialniach (oberlichty nad oknami, piec żelazny wentylacyjny). Do ogrzewania służy piec żelazny o podwójnych ścianach t. z. „Mantel-Füll-Ofen”. Codziennie wydanych może być 10 kąpeli, czyli że każdy pensyonarz co tydzień kąpać się może.

Ustępy w zakładzie szkolnym, a tembardziej w zakładzie z pensyotatem stanowią pierwszorzędnej wagi moment nie tylko pod względem sanitarnym (zabezpieczenie od złych wyziewów, od zaziębień i t. d.) ale i pod względem pedagogicznym w ogólności. Dobre ustępy, utrzymane porządnie, urządzone tak że uczeń nigdy w nich niespotka się z zanieczyszczeniem osmielającym do nieporządku, to niezawodnie jeden z najbardziej skutecznych środków w praktycznej edukacji młodzieży, jeden ze środków najprędzej odzwyczajających od niedbalstwa w rzeczach czystości, najlepiej nazwyczajających do dbania o schludność w ogólności. Przy obmyślanii szczegółów urządzenia szkoły naszej kwestya miejsc ustępowych więcej niż inne dała do myślenia, raz dlatego, że w tej mierze opinie pedagogów i higienistów nie są ze sobą dotychczas zgodne, a powtórę dlatego że brak kanalizacji w Warszawie nie pozwalał cieszyć się nadzieją urządzenia ustępów bezwzględnie higienicznych.

Co się tycze pomienionej kwestyi spornej, to mam tu na myśli pytanie czy ustępy w ogólności powinny znaleźć pomieszczenie w murach gmachu szkolnego, czy też winny być umieszczonemi w osobnym budynku, niepołączonym z gmachem szkolnym żadnym korytarzem, żadnym chodnikiem krytym i. t. p. Mimo wszelkich względów przemawiających za urządzeniem ustępów w samym gmachu szkolnym, wielu higienistów, że tylko wspomnę Bagiński'ego, niechęć słyszeć o tej łączności i żąda usunięcia ustępów po za obręb szkoły. Zdania takiego w ogólności niepodzielam. Może to być dobre w małej szkółce wiejskiej ale w naszym klimacie i przy obowiązującym regulaminie szkolnym, niepodobna jest ustępów wyrzucić całkowicie z obrębu murów szkolnych, a raczej wypada tak przez odpowiednie urządzenie jak i przez stosowne przepisy regulaminowe sprowadzić ewentualne zło skutki takiego pomieszczenia do minimum. Tak też postąpiono w naszej szkole, a całoroczne ¹⁾ doświadczenie, nie każe nam bynajmniej żałować tego postąpienia, wbrew powadze pewnej liczby zawołanych higienistów.

Powzięcie decyzji co do wyboru systemu ustępów dla naszej szkoły, było istotnie niezmiernie trudnem, szczególnie z uwagi na to, że chodziło tu nietylko o ustępy podwórzowe ale jak wyżej powiedziałem, o ustępy w murach gmachu pomieszczone i to o ustępy piętrowe. Ustępy piętrowe bez systemu waterklozetowego! Toż to ryzyko wielkie, a o waterklozetach bez kanałów mowy być niemogło, z uwagi na kolosalne ilości wody (400 do 500 stóp kubicznych na dobę) jakieby przy braku kanalizacji wywozić przyszło. System małych naczyń ruchomych, najlepiej wymaganiom higieny odpowiadający, wobec niemożności spławiania odchodów, nastęrczał obawy z powodu nieistnienia u nas dotąd przedsiębiorstwa systematycznej wywozce rzeczonych naczyń poświęconego. Wypadło się zatem zdecydować na system w zasadzie niezawodnie higienicznie wadliwy i to wadliwy podwójnie, na system, którego cechą jest zbiornik stały (dół kloaczny) i ograniczony do klozetów dopływu wody. Postarano się jednak bardzo umiejętnie niedogodności tego systemu zmniejszyć jak najbardziej.

Zbiornik kloaczny i miejsca ustępowe tak podwórzowe (parterowe) jak i piętrowe umieszczone są w końcu skrzydła idącego do głównego gmachu w kierunku od południa ku północy i dzielącego plac cały na dwie nierówne połowy z których mniejsza z osobną bramą wjazdową stanowi podwórze gospodarskie, a większa plac zabaw. Oba te podwórza komunikują z sobą przez stale zamkniętą bramę. Zbiornik ma wysokości mt. 2,09 (st. $7\frac{1}{4}$) szerokości mt. 2,30 (8 stóp), długości mt. 4,68 (st. $16\frac{3}{4}$)

¹⁾ Obecnie już dwuletnie (dopisek w korekcie 1885 Lipiec. *St. M.*).

czyli objętości przeszło 22,4 mt. kub. (940 st. kub.). Całe ograniczenie dołu tego (mury, sklepienia, posadzka) są murowane z cegły na cement. Posadzka ułożona z cegieł na kant stawianych ma 6 cali grubości. Sklepienie wierzchnie (pod posadzką) ma 6 cali grubości. Dno dołu ma dwie warstwy sklepienia (wklęsłego) po 6 cali grubości każda. Grubość ścian bocznych wynosi 2 stopy. Mury ograniczające dół kloaczny są oddzielone od murów fundamentowych samego gmachu przestrzenią izolacyjną na 6 cali szeroką. Cały budynek mieszczący w sobie ustępy jest tylko jednopiętrowy. W ścianie granicznej znajduje się kanał wentylacyjny, sięgający do dołu. W kanale tym gaz się pali. Przystęp do dołu kloacznego jest od strony podwórza gospodarskiego w wychodku dla służby przeznaczonym; w miejscu szczelnie żelazną pokrywą zamkniętem. Cała ta część budynku klozetowego jest stałą ścianą oddzielona od części mieszczącej w sobie klozety dla uczniów. Wejście do tej ostatniej części jest od strony podwórza głównego. Dno dołu kloaczego jest wklęsłe a nadto posiada pochyłość w kierunku ku miejscu do którego dochodzi smok aparatu pompującego. W miejscu tem dno jest jeszcze w postaci małego baseniku pogłębione na 30 ctm. (9 cali). Izba wychodkowa parterowa, do której wejście jest wprost z pod krytego chodnika podwórzowego, ma 25,56 mt. kw. (308 stóp kw.) powierzchni, a 4,03 mt. (14 stóp) wysokości czyli zawiera 102,25 mt. kub. (4312 st. kub.) przestrzeni powietrznej. Wzdłuż jednej dłuższej ściany tej izby ciągnie się szereg komórek w liczbie 7, a wzdłuż ściany przeciwległej szereg szczalników w liczbie 9. Podłoga w całej izbie wychodkowej parterowej jest z terracota. Ściany olejno malowane.

Piec kaflowy służy do ogrzewania. Wentylacja rzeźzonej izby wychodkowej odbywa się po części przez oberlichty okien wychodzących ponad dach krytego chodnika, po części za pomocą kanału w ścianie tylnej pionowo po nad dach wyprowadzonego, mającego ujście dolne w przestrzeni podsędosowej i otwór szybą od strony izby wychodkowej oddzielony, pod samym sufitem tej izby położony: po za szybą umieszczony jest płomień gazowy, podobnie jak w kanale wentylacyjnym dołu kloaczego. Oba te kanały mają w świetle po 29×29 ctm. (12×12 cali). Przegrody pomiędzy jedną komórką a drugą sięgają prawie na 2 metry (7 st.) od podłogi. Drzwi każdej komórki nie sięgają dolnym brzegiem do podłogi lecz są na 57,5 ctm. (2 stopy) nad podłogą wyniesione. Cała wysokość drzwi tych wynosi nieco więcej nad 2 metry (7 stóp). Zamykane są na zatrzask, od którego klucz jest w rękach właściwego stróża. Każda komórka ma 0,78 mt. kw. (9,37 stóp kw.) powierzchni podłogi. Każdy klozet ma deskę siedzeniową tak szeroką jak cała komórka, a 58 ctm. (24 cali) głęboką i na 42 ctm. (18 cali) nad podłogą wyniesioną z otworem 25 ctm. (11 cali) średnicy mającym. Obwód otworu oddalony jest o 12 ctm. (4 cali) od przedniego brzegu deski siedzeniowej. Chłopcy obowiązani są oddawać stolce siedząc na desce siedzeniowej. Tylne ściana komórek, przegrody między komórkami, deska siedzeniowa i przednia ściana klozetu są dobrze olejno pomalowane i polakierowane. W ustępach parterowych otwory klozetowe prowadzą wprost do dołu kloaczego; niema tu wcale syfonów. Dolny zwężający się odcinek każdego leja sięga luźno w lejowate rozszerzenie krótkiej, ukośnie ku dołowi kloaczemu biegnącej rury spadowej. Jedyne zamknięcie oddzielające ją, *respective* komórkę klozetową od dołu kloaczego stanowi kłapa z przeciwwagą, w dolnej ważkiej części leja klozetowego umieszczona. Znosną bardzo atmosferę w ustępie parterowym zawdzięczać można przedewszystkiem wentylacji dołu kloaczego, dobremu opróżnianiu tego dołu, wentylacji całej izby wychodkowej i nadzwyczajnej schludności samych komórek, co znowu pochodzi

ztałd, iż po długiej pauzie (od godziny 11 $\frac{1}{2}$ do 12 w południe), podczas której ustęp parterowy jedynie do użytku oddanym bywa, właściwy stróż natychmiast każdą z komórek z osobna i podłogę w całej izbie wychodkowej płatami, szczotką, wodą i wołkiem otwockim do zupełnej doprowadza czystości i suchości. Opróżnianie odbywa się przynajmniej raz na 3 tygodnie. Zawartość przy tem opróżnianiu wynosi 10 beczek aparatu Bergera. Szezalniki odgródzone są jeden od drugiego przegrodą drewnianą 32,5 ctm. (14 cali) szeroką. Ściana na której szezalniki się mieszczą powleczona jest taflami z grubego szkła, a mocz oddawany scieka do rowka, który za pomocą właściwego spadku odprowadza go do rynsztoka w podwórzu gospodarskiem biegnącego. Mocz przed odpłynięciem na podwórze przechodzi przez wołok otwocki. W całym tem urządzeniu ustępu parterowego niema nic sztucznego, niema żadnego systemu, żadnego mechanizmu, a jednak ustęp rzeczony jest istotnie wzorem porządku, czystości, schludności i wygody i jako taki winien być naśladowanym przez właścicieli domów przy urządzeniu ustępów podwórzowych. Co ustęp ten, mimo wadliwego niezawodnie ale na teraz nieuniknionego dołu kloaczego, czyni tak wzorowym? Odpowiadam: 1) obszerność izby wychodkowej szczególnie jej znaczna wysokość, 2) dobre oświetlenie i dobra wentylacja naturalna, 3) dokładna robota i trwałe, nienasiakalne materiały podłogi, drzwi, ścian i t. p., 4) wentylacja dołu i izby wychodkowej za pomocą płomienia gazu; 5) nadewszystko zaś stały nadzór, bez którego żaden ustęp ogólny nigdy i nigdzie dobrze utrzymanym być niemoże. Ustęp pomieszczony na pierwszym piętrze wielce pod względem wewnętrznego urządzenia różni się od ustępu parterowego. Bezpośrednie sąsiedztwo ustępu I-go piętra z korytarzem—(wejście do rzeczonego ustępu jest w końcu północnym korytarza idącego środkiem skrzydła gmachu szkolnego)—wymagało użycia wszelkich środków ostrożności by atmosferę izb klasowych, klatki schodowej, a wreszcie i sypialni zabezpieczyć od skażenia wyziewami kloaczniemi. Niebezpieczeństwo jest tu tem większe że mamy do czynienia z ustępem o zbiorniku stałym, że mamy ów fatalny zawsze dół kloaczny. Wymiary izby wychodkowej na I-em piętrze są tylko nieco większe od podanych wyżej wymiarów takiejże izby parterowej pod pierwszą bezpośrednio pomieszczoną. Wymiary komórek, przegród, drzwi i t. d. są też same co na dole. Podłoga jest tu także terracota. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Na ogólnem posiedzeniu Warsz. Towarzystwa farmaceutycznego odbytem d. 18 z. m., Prezes Towarzystwa p. HURERT rzucił myśl urządzenia w roku przyszłym wystawy farmaceutycznej w Warszawie. Myśl tę najzupełniej podzielamy i niewątpimy iż wystawa nasza, choć o wiele byłaby skromniejszą od takich wystaw zagranicą, przyniosłaby nam pewną korzyść.

— Dr. PIOTROWSKI zaliczony został w poczet lekarzy Drogi Żelaznej Warsz.-Wied. i Warsz.-Bydg.

— Staraniem profesora farmacji i farmakognozyi w Warszawskim Uniwersytecie p. Mikołaja MENTHEN, pracownia i zbiory farmaceutyczne Uniwersyteckie uległy gruntownej reorganizacji, na którą wydano jednorazowo 5,000 rubli i wyznaczono zasiłek roczny w kwocie 600 rubli. Praktyczne zajęcia odbywają się w pracowni 2 razy tygodniowo pod nadzorem profesora. *Wiadomości farmaceutyczne*, skąd wiadomość tę czerpiemy, dodają: iż pracownia i gabinet farmaceutyczny w Warszawie, w obecnej swej pó-

staci, z przyczyny porządku, wygody oraz ilości okazów i przyrządów, zajmują pierwsze miejsce po Uniwersytecie Dorpackim, który pod tym względem najwyższej stoi w Cesarstwie.

— Najmniejszej wątpliwości już nie ulega, iż budowa Zakładu dla obłąkanych w Tworkach rozpocznie się z wiosną roku przyszłego i roboty energicznie prowadzone będą. Pozostają już tylko do załatwienia małoznaczne formalności, tyjące się komitetu budowlanego.

— Z przyjemnością dowiadujemy się, iż tyfus, któremu uległ dziekan Wł. BROWSKI, był charakteru bardzo łagodnego i obecnie nastąpił już zwrot ku lepszemu.

— Przy zebraniu lekarzy i aptekarzy powiatu Będzińskiego w Dąbrowie, d. 27 z. m., z okazji odjazdu d-ra Ludwika GRABOWSKIEGO lekarza powiatu, który po skończeniu 40 letniej służby, stanowisko swoje opuszcza, złożono rubli 50 na rzecz Kasy wsparcia podpadłych lekarzy i przesłano je do kasy na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego.

— Dr. WOLFRING został zwyczajnym professorem Uniwersytetu Warszawskiego.

Z Cesarstwa. Dalsze wydawanie pisma *Zdrowie*, poświęconego higienie, zostało przez Władzę zakazane.

— Zawijające się w Petersburgu Towarzystwo lekarzy wojskowych wkrótce rozpocznie już funkcjonować. Ustawa jego została już przez Władzę zatwierdzoną.

— Na katedrę laryngologii, mającą się utworzyć w Petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej, zgłosiło się trzech kandydatów: W. NIKITIN, N. SZYMANOWSKI i A. JACOBSON.

— Zjazd nowo uorganizowanego Towarzystwa lekarskiego Petersbursko-Moskiewskiego odbędzie się w Petersburgu od 26 do 31 Grudnia r. b. Program Zjazdu wkrótce będzie ogłoszony.

— Prof. SKLIFASOWSKI rzuca we *Wracu* myśl Zjazdów chirurgów rosyjskich, mających się odbywać co dwa lub trzy lata naprzemian w Petersburgu i w Moskwie. Zwraca on przy tem uwagę na tę okoliczność, że chirurgia operacyjna, która w dawniejszych czasach koncentrowała się w Uniwersytetach, obecnie uprawiana jest na wielką skalę w licznych szpitalach Ziemstw, rozsianych po całej Rosyi. Tem motywuje potrzebę takich Zjazdów.

— *St. Petersburger med. Woch.* zbiera skrzętnie oryginalne artykuły, zamieszczane w pismach lekarskich polskich i podaje ich tytuły w przekładzie niemieckim.

— Prof. M. S. SUBBOTIN zrezygnował z miejsca naczelnego lekarza Zakładów Dobroczyńnych Charkowskich. Następcy jego Rząd gubernialny postawił warunki: mieszkać w szpitalu i nie zajmować się praktyką prywatną. Za to wyznaczono mieszkanie i 1,700 rs. rocznej pensyi.

— Do Kijowskiego Uniwersytetu, z powodu braku miejsca w bieżącym roku szkolnym, przyjęto tych tylko uczniów, którzy ukończyli gimnazjum w okręgu Kijowskim. Z innych okręgów nie przyjmowali nawet takich studentów, którzy ze złotemi medalami gimnazya pokończyli.

— Dr. PAWEŁOWSKI został docentem anatomii patologicznej w Medycznej Akademii w Petersburgu.

Sprostowanie. W N-rze 40-ym na str. 643 w wierszu 4-ym od dołu zamiast (3,7⁰/₀), winno być (3,5⁰/₀); w tymże wierszu zamiast 7, winno być 3; wreszcie na końcu wiersza 3-go od dołu, zamiast 80 = 24⁰/₀, winno być 30 = 8,5⁰/₀.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурю. Варшава 26 Сентября 1885. Друк М. Зіемкіевича Krak.-Przed. N. 17.