

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraçya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wstrząsaniu nerek. Napisał S. Goldflam. — O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku Podał d-r W. Rubin. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 66. O znieczuleniu chirurgicznem za pomocą zastrzykiwań roztworu kokainy pod oponę pajęczą rdzenia w okolicy lędźwiowej. 67. Niektóre mało znane zaburzenia, wynikające z wadliwego odżywiania u dzieci. 68. Leczenie ostrej czerwonki (dysenterji) siarczanem sodu. 69. Przestrach dzienny u dzieci. 70. Leczenie duru brzuszego bez użycia środków przeciwgorączkowych. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 15 maja r. b. — XXIX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia). (Ciąg dalszy). Streścił d-r Ant. J. Goldman (Łódź). — **KORESPONDENCYA „MEDYCINY”.** Z Londynu. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc maj r. b. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur le secouement des reins. 2) D-r W. Rubin—Nouveau procédé pour démontrer H₂S dans l'estomac.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber das Erschüttern der Nieren. 2) D-r W. Rubin — Ein neues Verfahren zum Nachweisen von H₂S im Magen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O WSTRZĄSANIU NEREK.

Napisał

S. GOLDFLAM.

Nie wiele działów medycyny może się poszczycić tak znacznym postępem, dokonanym w ostatnich dziesiątkach lat, jak dziedzina patologji nerek. Dzięki nowym zupełnie metodom badania, udoskonaleniu starych oraz zdobyciom bakterjologii, dyagnostyka tych zwłaszcza chorób nerkowych, które obejmują tak zwane pogranicze medycyny wewnętrznej i chirurgii, zyskała na takiej ścisłości oraz wczesności, o jakiej poprzednio trudno było marzyć, co też dodatnio odbiło się i na leczeniu tych chorób.

Jednakże zdarzają się przypadki, nastęrczające dużo trudności rozpoznawczych, w których między innymi niemało kłopotu mamy z określeniem, która mianowicie nerka, prawa czy lewa, jest siedliskiem choroby. KÜSTER¹⁾ pi-

1) Die chirurgischen Krankheiten der Nieren 1 Hälfte S. 80.

sze: „Rozpoznanie jednostronnego cierpienia oraz cierpiącej strony przedstawia wobec pewności, z jaką wogóle daje się cierpienie nerkowe rozpoznać, nadzwyczajne niekiedy trudności. Skoro badanie fizyczne w tym względzie zawiodło, gdy przedewszystkiem ze strony nerek nic wyczuć się nie dało, wtedy pozostaje nam jedynie postępowanie pośrednie“.

Otóż ból gra tu wybitną rolę; o nim też tylko tutaj mówić będę. Samoistny ból bywa tylko słabo wyrażony we wszystkich postaciach zapalenia nerek, bądź to przewlekłych, bądź nawet i ostrych; w innych zaś cierpieniach nerek ból bywa dość stałym objawem, nawet występować może w bardzo dużym natężeniu, jak w kamicy nerkowej, i pierwszy zazwyczaj zwraca uwagę chorego. Jednakże objaw ten nie jest niezawodny, gdyż, pomijając podmiotowość tego zjawiska, notowano przypadki, w których ból występował po stronie przeciwnej i tam trwał stale²⁾; zresztą i w tych cierpieniach ból niekiedy wcale się nie zjawia.

Większą wartość posiada ból, wywołany przez stosowanie pewnych metod. Normalna nerka nie jest bolesna przy obmacywaniu i lekkim ucisku, dotyczy to w większości przypadków i nerki w swem położeniu rozluźnionej, ruchomej. Uderzająco mało wrażliwa na ucisk jest nerka w stanie zapalenia (wszystkie formy *nephritis*).

Rzecz ma się inaczej w chorobach nerki, należących do tak zwanego pogranicza. Tutaj bolesność przy obmacywaniu i lekkim ucisku jest prawie stała, niekiedy dosięga wysokiego stopnia i stanowi objaw ważny. Najlepsze metody badania nerek, dwuręczne obmacywanie, *ballotement* służą nietylko do określenia położenia, wielkości, kształtu nerki, obecności guzów, chelbotania i t. d., wykazują one i bolesność narządu.

Inny sposób wykrycia bolesności nerki polega na następującem postępowaniu. Chory z obnażoną i nieco ku przodowi pochyloną górną częścią tułowia stoi lub siedzi, tyłem zwrócony do badającego. Łakciową powierzchnią pięści wykonywa się krótkie, lekkie uderzenia w okolice lędźwiową, bądź w kierunku prostopadłym ku pokładowi mięśni krzyżolędźwiowych, bądź też nieco z boku od nich. Powstaje przytem wstrząśnienie tej okolicy, które u ludzi zdrowych jest zupełnie bezbolesne, w przypadkach zaś pewnych chorób nerkowych wywołuje prawie zawsze ból. Ból ten jest podobny do bólu, otrzymywanego przy dwuręcznem obmacywaniu i *ballotement*, niekiedy bywa nawet żywszy, a czasem, co prawda w nielicznych przypadkach cierpienia nerkowego, istnieje wtedy, kiedy rzeczonymi metodami wywołać go się nie udało.

Bardzo wybitnie występuje różnica przy uderzaniu w obie okolice lędźwiowe, jeżeli, jak to zazwyczaj ma miejsce w chorobach chirurgicznych nerek, tylko jedna nerka uległa cierpieniu; wtedy wstrząsanie jedynie chorej nerki sprowadza ból, gdy uderzanie po stronie zdrowej pozostaje bezbolesnem.

Nie we wszystkich chorobach nerek wstrząsanie okolicy lędźwiowej połączone jest z bólem. Nerki w stanie zapalenia (*nephritides*) są zarówno samoistnie, jak przy wstrząsaniu niebolesne. Tylko te cierpienia, które obejmują pogranicze medycyny i chirurgii wykazują wrażliwość względem tego ręko-czynu, i niekiedy w wysokim stopniu. Spostrzegalem ten objaw w przypadkach kamicy nerkowej, piasku nerkowego, zapalenia miedniczki nerkowej, gruźlicy nerki, ropnia, guzów i t. d.

²⁾ KÜSTER, *ibidem*.

Ból przy wstrząsaniu okolicy lędźwiowej należy w znacznej większości przypadków odnieść do chorej nerki. Istnieją wszakże przypadki, w których rzeczona wrażliwość stwierdzić się daje, jakkolwiek brak cierpienia nerkowego. Spostrzegałem to zjawisko w przypadkach *para*, *perinephritis*, w tych tak niejasnych przypadkach t. zw. gośca lędźwiowego (*lumbago*). Wyłączenie tych stanów z obrębu cierpień nerkowych nie będzie trudne w każdym poszczególnym przypadku.

Natomiast niema bolesności przy wstrząsaniu okolicy lędźwiowej w przypadkach cierpienia narządów sąsiednich względem nerki, jak w kamicy żółciowej, guzach pęcherzyka żółciowego, śledziony, kiszki grubej, żołądka, słowem w chorobach, nastęrczających tak wiele trudności w rozpoznaniu różniczkowym względem chorób nerek.

Omawiany objaw dotąd, o ile się zdaje, nie opisany, jest tylko pomocniczy w szeregu innych, ważniejszych metod badania nerek.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. PACANOWSKIEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH
W WARSZAWIE.

O nowym sposobie wykrywania siarkowodoru w żołądku.

Podał

D-r W. RUBIN, asystent oddziału.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 24).

O wartości próby bizmutowej na siarkowodor miałem sposobność przekonać się jeszcze dwukrotnie u dwóch chorych, dotkniętych rozszerzeniem żołądka.

Przypadek II. P. M. przybył do mnie ze skargami na silne bóle żołądkowe, palenie, zgagę, brak łaknienia; wymiociny, według słów chorego, kilkakrotnie były barwy kawowej (?). Zawartość żołądkowa, wydobyta naczcho w ilości 145 ctm. sz., dzieliła się na 3 warstwy: górną śluzową, średnią z mętnego płynu, i dolną — z resztek pokarmowych, barwy zielonawej, woni mdłej, odczynu kwaśnego — zawierała wolny kwas solny. Ilość wolnego kwasu solnego = 38 = 0,13%; ogólna kwasność = 58 = 0,21%; kwasu mlecznego, ani kwasów lotnych nie było. Pod mikroskopem: znaczna ilość śluzu, liczne grzybki drożdżowe i ziarenka krochmalu, dość liczne czwórniaki i gdzieniegdzie kryształki ciemne siarku bizmutu.

Wobec znalezienia kryształków siarku bizmutu zapytałem chorego, czy nie przyjmował w tych dniach azotanu bizmutu; odpowiedź brzmiała twierdząco: chory istotnie przyjął jeden proszek *magisterii bismuthi* dnia poprzedniego.

Nazajutrz w $\frac{3}{4}$ godziny po śniadaniu próbnem wydobyta zawartość u tegoż chorego w ilości 750 ctm. sz. (!), barwy żółtawej, woni kwaśnej, odczynu kwaśnego, zawierała wolnego kwasu solnego 52 = 0,19%; ogólna kwasność wynosiła 80 = 0,29%. Mikroskop wykrył znaczną ilość czwórniaków, żółto zabarwionych, liczne grzybki drożdżowe i ziarenka krochmalu; kryszta-

łów siarku bizmutu nie było. Rozpoznanie brzmiało: *hyperaciditas, dilatatio ventriculi*.

Następnego dnia o godzinie 4 $\frac{1}{2}$ po poł. chory otrzymał 1,0 *magisterii bismuthi*. Zawartość żołądkowa, wydobyta o godz. 5 $\frac{1}{2}$, okazała się ciemno zabarwioną, woni kwaśnej, zawierała wolny kwas solny; mikroskop wykrył kryształy siarku bizmutu w obfitej ilości.

Przypadek III. J Sł., lat 48, zapisał się do szpitala dnia 28 marca z objawami rozszerzenia żołądka, powstałego wskutek obecności guza złośliwego. Choroba trwa od 3-ech miesięcy. Chory skarży się na brak łaknienia, bóle żołądkowe, uczucie pełności po jedzeniu i wymioty. W ciągu ostatnich tygodni znacznie wychudł. Zawartość żołądkowa, wydobyta naczczo w ilości 150 ctm. sz. barwy szarawej, woni kwaśnej, odczynu kwaśnego, dzieli się na 2 warstwy; wolnego kwasu solnego nie zawiera wcale. (Congo, Günzburg, Tropäolina Methylviolett) ogólna kwaśność = 105; kwas mleczny i kwasy lotne obecne. Mikroskop wykrywa znaczną ilość tłuszczu i liczne laseczniki pałeczkowate (czwórniaków, ani kryształów siarku bizmutu niema). Kilkakrotnie dni następnych przedsiębrane badanie treści żołądkowej tegoż chorego wykazywało zawsze też same rezultaty: brak kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego i kwasów lotnych, pod drobnowidzem — wyżej wzmiankowane laseczniki.

Wobec tedy danych przedmiotowych rozbioru zawartości żołądkowej, następnie ze względu na znaczny stopień charłactwa chorego, wiek chorego i szybki rozwój całego obrazu chorobowego, rozpoznano nowotwór złośliwy żołądka, jakkolwiek tenże wyraźnie wyczuwać się nie dawał.

Dnia 3-go kwietnia rano chory otrzymał 1,0 *magisterii bismuthi*. Wydobyta w godzinę potem zawartość żołądkowa nie zmieniła barwy dotychczasowej, pozostała mleczno-białą; woń kwaśna, odczyn kwaśny, wolnego kwasu solnego nie ma; pod mikroskopem — dużo kulek tłuszczowych i laseczników grubych i dość liczne ciemne kryształy siarku bizmutu.

Dnia 4. IV. chory otrzymał w ciągu dnia 2 proszki *magisterii bismuthi*. Nazajutrz rano wydobyta zawartość żołądkowa okazała się barwy mleczno-białej, woni kwaśnej, nie zawierała wolnego kwasu solnego, ani pepsyny; ogólną kwaśność = 115; kwas mleczny i kwasy lotne obecne. Pod mikroskopem prócz tłuszczu miejscami liczne kryształy siarku bizmutu. Następnego dnia żołądek chorego nie był przepłukiwany i bizmutu już nie podawano. Dnia 8. IV. rano zawartość była ciemno zabarwiona i pod mikroskopem wykryto bardzo liczne czarne kryształy siarku bizmutu. Papierek, zmoczony roztworem octanu ołowiu, nie czernieje.

Z powodu znacznej biegunki chory 12-go i 13-go otrzymał po 3 proszki *magisterii bismuthi*: zawartość żołądkowa stała się bardzo ciemną, barwy podobnej do fusów kawowych; pod mikroskopem wykrywane były w obfitej ilości kryształy siarku bizmutu.

W ciągu 6-ciu dni (13—19) następnych przepłukiwanie żołądka nie było dokonywane, 19-go wystąpiły wymioty krwawe, i tegoż dnia wydobyta została zawartość ciemna barwy kawowej, z odcienien czerwonym. Bizmut ani tego dnia, ani dni poprzednich nie był choremu podawany. W zawartości żołądkowej za pomocą próby TEICHMAN'a wykryte zostały kryształy heminy, dzięki czemu stwierdzonem zostało, że przyczyną ciemnego zabarwienia treści żołądkowej była obecność w niej krwi, nie zaś bizmutu. Pod mikroskopem istotnie nie znaleziono wcale kryształków siarku bizmutu.

Na krótko przed śmiercią chorego udało nam się wyczuwać guz w okolicy pępka, w lewej połowie brzucha; chory umarł dnia 22. IV.; oględziny pośmiertne, z przyczyn od nas niezależnych, nie były dokonane. Rozpoznanie wszakże raka nie ulegało już żadnej wątpliwości.

Doświadczenia analogiczne z podawaniem azotanu bizmutu zasadowego osobnikom, nie dotkniętym rozszerzeniem żołądka, przeprowadzone były trzykrotnie.

Przypadek IV. Chora Z. R. przybyła do szpitala dnia 4. II. r. b. ze skargami na brak łaknienia, odbijania kwaśne i nudności. Cierpienie trwa od 9 miesięcy; często miewa bóle i zawroty głowy; zaparcie stolca nawykowe i parestezye w kończynach górnych i dolnych; ogólne osłabienie. Badanie przedmiotowe nie wykazało zmian poważniejszych płuc ani serca. Prawa nerka jest ruchoma. Odruchy z łącznicy i gardzieli zniesione. Znieczulenie zupełne skóry, zwłaszcza prawej połowy. Punkty bolesne w okolicy jajnika i na *mamma*. *Globus hystericus*. Rozpoznaliśmy histeryę; dla przekonania się wszakże o sprawności wydzielniczej żołądka podaliśmy chorej śniadanie próbne. Wydobyta w godzinę zawartość, w ilości 20 ctm. sz., ciepla, barwy jasnej, z resztkami węglowodanów, odczynu kwaśnego, zawierała wolny kwas solny. Ilość $\text{WHCL} = 16$; ogólna kwaśność = 46. Kwasu mlecznego nie było. Pod mikroskopem znaleziono liczne ziarnka krochmalu i nie liczne drożdże (kryształów siarku bizmutu nie było).

Dnia 22-go zawartość żołądka została powtórnie zbadana, i wyniki badania były w zupełności niemal zgodne z wynikami poprzednimi. Zawartość była jasna, kryształów zaś pod mikroskopem nie zawierała.

Dnia 23-go rano o godzinie 10-tej chora otrzymała 1,0 *magisterii bismuthi*; wydobyta po upływie godziny zawartość żołądkowa okazała się barwy jasnej, zawierała wolny kwas solny; pod mikroskopem zaś nie wykryto ciemnych kryształów siarku bizmutu.

Dnia 24-go chora w ciągu dnia otrzymała 2 proszki, dnia 25-go rano jeden proszek *magisterii bismuthi*. W zawartości żołądkowej, wciąż barwy swej nie zmieniającej, mikroskop nie wykrył ani razu obecności kryształów siarku bizmutu.

W tym więc przypadku próba bizmutowa na siarkowodór dawała stale wynik ujemny: mikroskop nie wykrył ani kryształów siarku bizmutu, ani też azotanu bizmutu zasadowego.

Dwukrotnie jeszcze sprawdzałem próbę bizmutową na chorych, dotkniętych nerwicami żołądka wydzielniczymi bez upośledzonej czynności ruchowej. Wyniki były ujemne; zawartość nie zmieniała barwy, i pod mikroskopem żadne kryształy nie występowały.

Na zasadzie powyższych danych przedewszystkiem sędzę, że próba bizmutowa na siarkowodór zaleca się swoją czułością. Próba z octanem ołowiu, napozór dość czuła, bo oparta na reakcyi chemicznej ołowiu i siarki, nie jest nią w rzeczywistości. Wadliwość jej polega na tem, że wykonywać ją musimy na powietrzu, z wydobytą już nazewnątrż zawartością żołądkową. Siarkowodór zaś, jako ciało gazowe, nadzwyczaj szybko się ulatnia, co nastąpić może już podczas samego wylewania się zawartości ze zglębniaka do naczynia. Zwłaszcza zaś dodatniego wyniku nie osiągniemy wówczas, gdy siarkowodoru wogóle będzie ilość nieduża. To tłumaczy nam, dlaczego kilkakrotnie w naszym przypadku 1-ym próba z octanem ołowiu dawała wynik ujemny pomimo natychmiastowego jej wykonywania, gdy zawartość żołądkowa

niewątpliwie codziennie siarkowodór zawierała, i próba bizmutowa stale dopisywała.

Pewnym tedy sposobem wykrycia siarkowodoru w zawartości żołądkowej jest tylko ten, który pozwala na wykrycie go w samym żołądku, zanim jeszcze nazewnątrz się wydostanie. Ciało, mające do tej próby służyć, musi, podzielawszy na siarkowodór w samym żołądku, pozostawić ślady, na zasadzie których moglibyśmy przekonać się o obecności tego gazu, — prócz tego nie może posiadać trujących własności, ani wogóle szkodliwego wpływu na żołądek wywierać.

Wszystkim powyższym warunkom odpowiada azotan bizmutu zasadowy, który z jednej strony ujemnego wpływu na żołądek nie wywiera, owszem, często w cierpieniach tego narządu zastosowanie znajduje, — z drugiej zaś strony łączy się chemicznie z siarkowodorem, znajdującym się w żołądku, wytwarzając kryształy siarku bizmutu, łatwo dające się pod mikroskopem rozpoznać. Próbę tedy na siarkowodór wykonywać należy w ten sposób: podajemy choremu proszek *magisterii bismuthi* (0,5 — 1,0) na godzinę lub dwie przed wprowadzeniem zgłębnika bądź w celach leczniczych, bądź też rozpoznawczych. Zawartość żołądkowa, po 1—2 godzinach wydobyta, najczęściej przedstawia się ciemno zabarwioną i przy badaniu drobnowidzowem zawiera kryształy ciemno zabarwione siarku bizmutu. Muszę zaznaczyć, że obecności siarkowodoru z pewnością dowodzą li tylko kryształki, zabarwione ciemno, nawet czarno.

Wobec znaczenia, jakie przypisujemy ciemno zabarwionej wymiocinie lub zawartości żołądka, zwłaszcza przy rozpoznawaniu wrzodu i raka żołądka, należy mieć na uwadze możliwość ciemnego zabarwienia zawartości żołądkowej wskutek obecności w żołądku siarkowodoru i jednoczesnego przyjmowania azotanu bizmutu zasadowego, co często może mieć miejsce.

Dla odróżnienia rodzaju zabarwienia należy posiłkować się drobnowidzem, który w zawartości, zabarwionej bizmutem, wykryje kryształy siarku bizmutu, w zawartości zaś zabarwionej krwią wykryje kryształy heminy (próba TEICHMANN'a).

W przypadku 3-im udało nam się wykryć obecność siarkowodoru w żołądku pomimo natury złośliwej cierpienia żołądka. Przypadek ten na zasadzie wyżej przytoczonych danych (braku kwasu solnego, obecności kwasu mlecznego, wieku i charłactwa chorego, wymiotów krwawych i wyczuwanego guza) uważać możemy niewątpliwie za raka żołądka. Nasze tedy spostrzeżenie zgodne jest ze spostrzeżeniem DAUBER'a¹⁰⁾, który w przypadku raka żołądka stwierdził obecność siarkowodoru w zawartości żołądkowej, — a stoi natomiast w sprzeczności z twierdzeniem BOAS'a, utrzymującego, że siarkowodór nie wykrywa się przy braku kwasu solnego i obecności kwasu mlecznego.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć w tem miejscu podziękowanie Sz. d-rowsi PACANOWSKIEMU za zachętę do pracy niniejszej i pomoc przy jej wykonaniu.

¹⁰⁾ DAUBER. Archiv für Verdauungskrank. 1897. III Band.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

66. Th. TUFFIER. **O znieczuleniu chirurgicznym za pomocą zastrzykiwań roztworu kokainy pod oponę pajęczą rdzenia w okolicy lędźwiowej.** Autor, powołując się na poprzednie swe prace w tej sprawie, przypomina o pracach FRANK'a, BIER'a, SICARD'a również w tym kierunku; zaznacza zupełną przedewszystkiem nieszkodliwość tego zabiegu. Przy stosowaniu znieczulenia za pomocą zastrzykiwań do rdzenia kokainy, autor dokonał dotąd 63 operacyi w okolicy międzykroczka, kiszki prostej, brzucha i narządów moczopłciowych zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

We wszystkich tych przypadkach TUFFIER osiągnął zupełne znieczulenie; wyzdrowienie chorych miało miejsce bez wszelkich powikłań, zarówno podczas samej operacyi, jak i w okresie zdrowienia. Autor przy wstrzykiwaniach posilkuje się szprycą PRAVAZ'a, naturalnie, dokładnie wyjałowioną. Igła winna być dosyć długa, aby mogła swobodnie dojść do przestrzeni podpajęczce; pamiętać należy, że przestrzeń, dzieląca skórę od tejże przestrzeni, bywa rozmaitej grubości, zależnie od pokładu tłuszczu u danego osobnika. Igła winna być zrobiona z platyny, długość jej wynosić powinna mniej więcej 9 ctm. Średnica wynosić ma 1,1 mm., średnica zaś światła 0,8 mm. Ostrze igły winno być bardzo krótkie. T. używa do zastrzykiwań 2% wodnego roztworu kokainy. Roztwór powinien być świeżo przygotowany i wyjałowiony. Wyjałowienie odbywa się w sposób następujący: roztwór trzyma się w ciągu 15 minut w kąpeli wodnej przy 80° C., następnie trzyma go się przy ciepłocie 38° do 36° w ciągu 3 godzin, a potem znów w kąpeli wodnej przy 80° C. kilka minut, następnie ochładza go się do 38°. Powtarzając ten zabieg 5 do 6 razy, otrzymujemy roztwór zupełnie wyjałowiony, a nie zmieniony.

Technika operacyjna jest następująca. Osobnik, któremu mamy zamiar roztwór kokainy zastrzyknąć, winien siedzieć z rękoma założonemi naprzód, okolicę lędźwiową należy dobrze wymyć mydłem a potem spirytusem. Wskazicielem lewej ręki autor odnajduje wyrostek ciernisty 5-go kręgu lędźwiowego i poniżej jego robi ułknięcie do kanału rdzeniowego z prawej strony. Jeżeli igła dostała się do kanału, natychmiast wypływa przez igłę płyn jasno-żółty kroplami (płyn mózgo-rdzeniowy), wtedy to dopiero autor zastrzykuje roztwór kokainy. Ilość zastrzykniętego roztworu (2%) wynosiła mniej więcej połowę szprycy PRAVAZ'a, co się równa 0,015 kokainy. Po upływie 4 do 10 minut następuje zupełne znieczulenie, które sięga do klatki piersiowej, a czasem aż do pachy. Chory odczuwać zaczyna lekkie mrowienie w stawach i drętwienie w całych kończynach dolnych. Jestto chwila, w której już przystąpić można do właściwej operacyi. Uczucie dotyku pozostaje czas dłuższy. Znieczulenie trwa godzinę lub godzinę i pół. Przy ułknięciu igłą pamiętać jednak należy, że nie zawsze mamy do czynienia z prawidłowo rozwiniętym kośćcem. Zdarzają się przeciwie przypadki skoliozy, tę okoliczność należy mieć na względzie przy stosowaniu tej nowej metody znieczulania. Jeżeli po ułknięciu płyn mózgo-rdzeniowy wypływa zmieszany z krwią, należy poczekać, dopóki czysty płyn się nie ukaże, wtedy dopiero można roztwór kokainy zastrzykiwać.

Poważniejszych powikłań autor nigdy nie spostrzegł. Czasem chorzy skarżyli się na nudności, ciśnienie w dołku. Wymioty bywają jednak często; na 63 przypadki autor spostrzegł 50 razy wymioty. Częściej jeszcze, niż wymioty,

spozstrzegał autor ból głowy, który jednak nie zawsze jest dokuczliwy, rzadko trwa dłużej, niż dzień jeden po operacji. Niekiedy wywoływał bezsenność. Lecz i ten objaw najpóźniej po upływie 48 godzin ustępował zupełnie. Czasem autor widział obfite poty, przyspieszenie tętna i drzenie nóg. Objawy te jednak nie trwały dłużej nad dzień jeden i nie przybierały charakteru poważniejszego. W 15 przypadkach T. widział nieznaczne podniesienie ciepłoty; w 10 przypadkach *maximum* było 38°, raz 38,6°, raz 38,9° i 39° i raz 40°.

Na drugi dzień po operacji ciepłota była prawidłowa.

W końcu autor podaje dokładny spis wszystkich 63 przez się operowanych przypadków, gdzie stosował znieczulanie za pomocą wyżej wspomnianego sposobu.

Wiek osobników operowanych wahał się pomiędzy 12 rokiem życia a 69. Mężczyzn w tem było 39, kobiet 24.

Autor nie radzi stosować tego sposobu znieczulania u dzieci i u osobników, dotkniętych histeryą. Zabieg ten bowiem sprowadzał u nich strach wielki i niepokój. Jeżeli z jakichkolwiek powodów znieczulenie nie nastąpi, autor nie uważa za przeciwwskazanie zastosowanie bezpośrednio innego środka znieczulającego pomimo zastrzyknięcia kokainy.

(Przyp. refer. W dniu 13 czerwca r. b. w oddziale kol. SZTEYNERA w szpitalu Dzieciątka Jezus miałem sposobność widzieć zastosowanie tej nowej metody znieczulania przy amputacji goleni u 60-letniego chorego, dotkniętego gruźlicą stopy. Zastrzyknięcia roztworu kokainy dokonał prof. KOSIŃSKI. Już po 5 minutach nastąpiło zupełne znieczulenie kończyny, kol. SZTEYNER przystąpił do operacji. Operacja trwała około 20 minut. Chory, mając zasłonięte oczy, zupełnie nie zdawał sobie sprawy z rękoczynu, na nim dokonanego. Już po zeszytciu skóry na kikucie i w chwili nakładania opatrunku, zapytywał otaczających go lekarzy, czy nogę ma odjętą. Żadnych objawów niepokojących podczas operacji ani po jej ukończeniu nie zauważono. Nie było ani wymiotów, ani bólu głowy, ani potów. Chory w godzinę po operacji zjadł cały obiad szpitalny, ciepłota dotąd nie podniesiona. Chory dotychczas, dnia 20. VI. ma się zupełnie dobrze).

M. S.

67. A. CZERNY. **Niektóre mało znane zaburzenia, wynikające z wadliwego odżywiania u dzieci.** Poczynając od drugiego roku życia, dziecko, jak i dorosły, potrzebuje pożywienia mieszanego, które jedynie tylko może zapewnić mu zupełne zdrowie. Otóż dosyć często zdarza się, że rodzice odstępują od tego podstawowego prawidła, karmiąc dziecko, jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniej przeważnie tym lub innym pokarmem.

Autor miał sposobność spozstrzegać rozmaite zaburzenia chorobowe, wywołane przez nadużycie mleka, mięsa lub jaj.

Mleko, podawane w ilości litra lub więcej dziennie, wywołuje często u dzieci powyżej dwóch lat, uporczywe zaparcie stolca, któremu towarzyszą niekiedy krwawnice i szczeliny odbytu, i które się opiera wszelkim środkom czyszczącym, ale ustępuje odrazu z chwilą usunięcia lub znacznego zmniejszenia ilości mleka.

Widzi się również dzieci, które, pijąc dużo mleka, stają się wybitnie małowkrwistymi, i małowkrwistość ta ustępuje szybko pod wpływem mieszanego, obfitego w ciała roślinne pożywienia.

Nadmierne użycie mięsa usposabia dzieci do chorób skórnych, głównie do swędzącej pryszczycy i do powracających zapaleń mieszków łojowych; bywa ono często przyczyną niespokojnego, przerywanego marzenia snu; wywołuje ono prócz tego, oddawanie bardzo obfitego w osad i kwas moczowy moczu,

a u małych dziewczynek uporczywe zapalenia sromu i pochwy, które giną tylko pod wpływem mieszanego pożywienia, w którym jarzyny i potrawy mączne przeważają.

Nadmierne spożywanie jaj wywołuje często u dzieci przewlekłą lub powracającą biegunkę ze śluzowymi stolcami. Te zaburzenia trawienia ustępują również przy odpowiednim mieszanym pożywieniu.

Lecz nie tylko nadużycie pewnych pokarmów sprowadza u dzieci rozmaite objawy chorobowe. Przekarmianie samo przez się może również, po za obrębem przejściowych zaburzeń trawienia i usposobienia do nieprawidłowości w budowie cielesnej, wywołać szczególny stan chorobowy, który, zdaje się, nie był jeszcze opisany, i który autor miał sposobność spostrzegać pośród bogatych rodzin.

Idzie tu o dzieci w wieku od dwóch do trzech lat, więcej lub mniej tłuste, ze szczególnem żółtem zabarwieniem skóry, które przestrasza rodziców. Przy badaniu takich dzieci łatwo stwierdzić, że zabarwienie ich skóry nie jest wcale pochodzenia żółtaczkowego. W samej rzeczy, wypróżnienia mają prawidłową barwę, mocz nie zawiera barwników żółciowych, i wątroba nie przedstawia nic nieprawidłowego. Śledziona bywa niekiedy powiększona pomimo braku poprzedzającej zimnicy. Żółte zabarwienie twarzy występuje powoli; doszedłszy do swego *maximum*, pozostaje bez zmiany i trwa dopóty, póki odpowiedni rodzaj pożywienia nie usunie go szybko.

(*La semaine médicale*. Nr. 5. 1906).

St. Rostan.

68. W. J. BUCHANAN. **Leczenie ostrej czerwonki (dyzanterii) siarczanem sodu.** Według doświadczenia autora, który miał sposobność leczyć bardzo wielką liczbę chorych na czerwonkę (autor jest lekarzem wojskowym w Indyach), najlepszym sposobem leczenia ostrej postaci tej choroby jest metodyczne stosowanie siarczanu sodu, jako środka wypróżniającego (Rp. *Natr. sulfuric.* 30,0; *Aq. Foeniculi* 90,0. MDS. 3—4 łyżki dziennie).

Leczenie to zmienia dodatnio stolce, które tracą swą krwawą i szlamowatą cechę i barwią się żółcią na jasno-żółto. W tym okresie można zaprzestać użycia siarczanu sodu, powracając do niego, skoro tylko krew i śluz zjawiają się znowu w wypróżnieniach, co się często zdarza po jedno lub dwudniowym spokoju.

Siarczan sodu jest mniej skuteczny w czerwonce przewlekłej, w której autor daje go tylko jedną lub dwie dawki w początku leczenia lub w przypadku obostrzeń, gdy krew i śluz pojawiają się znowu w wypróżnieniach. Przez resztę czasu autor ucieka się do przeciwnilnych środków kiszkowych.

(*La semaine médicale*. Nr. 7. 1900).

St. Rostan.

69. G. F. STILL. **Przestrach dzienny u dzieci.** Mniej częsty, niż przestrach nocny, przestrach dzienny nie jest jednak zjawiskiem wyjątkowym, ponieważ autor miał niedawno sposobność spostrzegania go u dwóch chłopców, w wieku 6 i 3 lat i u 4-letniej dziewczynki. Były to dzieci usposobienia nerwowego, lecz, oprócz napadów przestachu, nie przedstawiały żadnych znamion neuropatycznych.

W trzech tych przypadkach przestachy napadowe miały jednakowe cechy. Podczas zabawy lub spokoju, ale w czasie zupełnego czuwania, dziecko zaczynało raptownie wydawać okrzyki przestachu, jak gdyby ujrzało lub usłyszało coś przerażającego, i nic nie mogło go uspokoić, dopóki napad nie skończył się dobrowolnie, co następowało po kilku minutach. W czasie napadu dziecko poznawało zawsze otaczające je osoby. Częstość napadów dziennych wahała się między dwoma na miesiąc a dwudziestoma dziennie.

Widzimy, że napady te różnią się od przestraczu nocnego tem tylko, że zjawiają się w stanie czuwania, gdy tak zwane przestraczy nocne występują podczas snu. Wynika stąd, że napad przestraczu, występujący w nocy u dziecka przebudzonego, powinien być pomieszczony w dziale przestraczów tak zwanych dziennych, i również będziemy mówili o przestraczu nocnym, jeżeli napad wystąpi w ciągu dnia u dziecka śpiącego.

Jednakowoż te dwie odmiany strachów są tylko równoznacznymi przejawami jednego i tego samego stanu chorobowego. Tak np. chorzy autora miewali z początku napady przestraczów podczas snu, a następnie tylko w dzień i w stanie czuwania.

Leczenie obydwóch odmian tych przestraczów jest również jednakowe. W jednym i drugim wypadku korzystnie działa brom i przetwory wilczej jagody. Jednakże autor mógł się przekonać, że w obydwóch przypadkach działanie tych środków jest więcej objawowe, niż lecznicze, i że otrzymuje się lepsze i trwalsze skutki, lecząc zaburzenia trawienia, zwykłą przyczynę napadów przestraczu, które, według autora, są najczęściej objawem odruchowym pochodzenia żołądkowo-kiszkowego. W dwóch przypadkach autora napady przestraczu dziennego zależały od jednoczesnych zaburzeń trawienia, spowodowanych nadużyciem słodczy i mącznych potraw. Po zastosowaniu odpowiedniego pożywienia i zażywaniu środków zasadowych, napady ustąpiły w zupełności. Ten sam wynik nastąpił u trzeciego dziecka po wydaleniu licznych glist.

(*La semaine médicale*. N. 6. 1900).

St. Rostan.

70. A. KRAMER. **Leczenie duru brzusznego bez użycia środków przeciwgorączkowych.** Uważając gorączkę za zbawienny odczyn ustroju, zwalczający i niszczący życiowość i jadowitość drobnoustrojów chorobotwórczych, autor w 102 przypadkach duru brzusznego próbował leczenia czysto przeciwnilnego i wypróżniającego, nie uciekając się ani do kąpieli, ani do leków przeciwgorączkowych.

Pierwszego dnia autor dawał 0,30 kalomelu w trzech dawkach i łyżeczkę od kawy siarczanu magnezu dla opróżnienia kiszek. Przez trzy dni następne chorzy przyjmowali codzień 0,06 kalomelu bez lub z siarczanem magnezu, zależnie od częstości stolców, następnie, przez 3 do 5 dni tylko po 0,02 do 0,03 kalomelu. Potem zaprzestawano użycia kalomelu w przypadkach silnej biegunki lub zapalenia jamy ustnej odstawiano kalomel wcześniej i stosowano środki przeciwnilne-kiszkowe: dodawano albo naftalinę w dawkach 0,30—0,50 lub podazotan bizmutu, jeżeli była biegunka, lub 0,40—0,60 salolu, gdy stolce były papkowate, rzadkie.

Przeciw bólom głowy stosowano pęcherz z lodem na głowę; oprócz tego, raz lub dwa razy dziennie obmywano wysokiem miejsca najbardziej podatne do odleżyn (pośladki, łokcie, kuper, plecy).

W ciągu pierwszych dwóch tygodni karmiono chorych bulionem, odwarem owsianym lub jęczmiennym, jajami lub mlekiem. Równocześnie dawano dobre wino (5 lub 6 kieliszków dziennie i nawet więcej, jeżeli tętno słabło), lub też napój Todd'a.

Wyniki tego leczenia były bardzo zachęcające; w większości przypadków spadek ciepłoty następował między 17 a 19 dniem choroby i na 102 chorych zmarło tylko 6. Między przyczynami śmierci znajdują się zapalenie otrzewny wskutek przedziurawienia i krwotok kiszkowy.

(*La semaine médicale*. Nr. 7. 1900).

St. Rostan.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 maja r. 1900.

TREŚĆ: 1) L. BREGMAN — przedstawienie: a) 9-letniego chłopca z nowotworem mózdzku, b) chorego z porażeniem lewej połowy ciała po zaccadzeniu. 2) Z. DOBROWOLSKI — przedstawienie: a) dziewczynki z nowotworem jamy nosogardzielowej, b) chłopca po ostrym ropniu przegrody nosa. 3) Wł. KRĄKOWSKI — przedstawienie preparatów, rysunków i chorych po operacyi perityphlitis.

1) Kol. BREGMAN przedstawił 9-letniego chłopca, u którego rozpoznaje nowotwór mózdzku. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, rozwijał się dobrze. Od roku miewa napady bólów głowy bez ścisłego umiejscowienia z wymiotami. Napady takich bólów w ostatnich czasach bywały coraz częściej. Od niejakiego czasu zaczął źle chodzić, jak pijany. Przed 4 miesiącami nagle utracił wzrok. Od tego też czasu bóle głowy i wymioty ustąpiły, a głowa zaczęła stale powiększać się. Badanie chorego wykazuje: obwód czaszki $56\frac{1}{2}$ ctm., szew strzałkowy wyraźnie rozszedł się. Przy opukiwaniu czaszki chłopiec odczuwa niewielki ból. *Opi-sthotonus* zmiennego natężenia. Silna kontraktura w zgięciu kończyn dolnych, wyraźny stan spastyczny w górnych. Pareza kończyny prawej górnej oraz drżenie ataktyczne tej kończyny. Prawą kończyną dolną nie porusza wcale, lewą nieco. Zanik pozapalny nerwów wzrokowych. Oddziaływanie źrenic na światło leniwe. Niedowład prawego nerwu twarzowego wyraźny w gałazce dolnej, niepełny w górnej. Odruchy ze ścięgna ACHILLES'a wzmożone; *clonus pedis*. Odruchów kolanowych wywołać nie można. Podeszwowe wzmożone. *Torpor cerebri*.

Opierając się na danych anamnestycznych i danych badania klinicznego, kol. BREGMAN sądzi, że ma do czynienia z nowotworem mózdzku, i umiejscawia go w prawej półkuli.

Następnie kol. BREGMAN przedstawił 38-letniego mężczyznę z porażeniem lewej połowy ciała po zaccadzeniu. Chory uległ zaccadzeniu przed 3 miesiącami, odzyskawszy przytomność, chory nie był w stanie poruszać lewą ręką i lewą nogą. Po 3 tygodniach zaczął chodzić. Po niejakim zaś czasie i ręka zaczęła się poprawiać.

Obecnie porażenie odpowiada zwykłej postaci *hemiplegiae capsularis* w stanie poprawy. Kol. BREGMAN przypuszcza rozmiękczenie w torebce wewnętrznej wskutek zakrzepu w gałazce *art. fossae Sylvii*. *Actinomycosis colli*, na którą chory cierpi od kilku tygodni i z powodu której został zapisany początkowo do oddziału kol. ODERFELDA, niema z porażeniem żadnego związku.

2) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił 7-letnią dziewczynkę, która od roku odczuwała utrudniony oddech przez nos, zatkanie nosa, osłabienie słuchu i bóle głowy. Przy badaniu znaleziono obie jamy nosowe wypełnione polipami, znaczne wypuklenie podniebienia miękkiego do jamy ust, obrzęk języczka, a po za nim zwieszający się do jamy gardzieli guz, blade-różowego koloru, pokryty śluzem i zgrubiałym nabłonkiem; guz ten zrazowej budowy całkowicie wypełniał i rozszerzał jamę nosogardzielową. Guz częściowo wchodził do obu jam nosa przez nozdrze tylne. Kol. DOBROWOLSKI w połowie lutego r. b. usunął pod chloroformem przy zwieszanej głowie polipy i guz całkowicie. Krwawienie było umiarkowane. Chora po dwóch tygodniach opuściła szpital jako zdrowa.

Dziewczynkę tę znowu przywieziono przed kilku dniami do szpitala z objawami zatkania lewej jamy nosa i nieznacznej duszności. Ojciec dziewczynki nadmienił, że w miesiąc po operacyi wystąpiły u chorej bardzo silne bóle w lewej skroni, zjawił się zez rozbieżny i wypchnięcie gałki ocznej lewej. Wobec tego kol. DOBROWOLSKI sądzi, że ma tu do czynienia z włókniakami pozaszczękowymi,

wyrastającymi z lewej jamy skrzydło-podniebiennej, które po usunięciu dolnych części nowotworu rozrosły się ku górze do jamy lewego oczodołu, przechodząc i do jamy skroniowej lewej, jam nosa i jamy nosogardzielowej. Możliwym jest, że nowotwór ten jest mięsakiem lub gruczolakiem niszczącym, co rozstrzygnąć może badanie mikroskopowe.

Następnie kol. DOBROWOLSKI przedstawił 12-letniego chłopca, który przed dwoma tygodniami spadł z huśtawki i uderzył się nosem o twardy przedmiot. Po silnem krwawieniu wystąpiło zatkanie nosa. Na drugi dzień po wypadku chłopiec miał dreszcze, zaczął gorączkować, bredził. Badając chorego trzeciego dnia, kol. DOBROWOLSKI znalazł silne opuchnięcie i zatkanie nosa, ciepłotę 40°, tętno 60—80, rozszerzenie źrenic. Przegroda nosa była wydęta z obu stron w kształcie poduszki. Prelegent zrobił wówczas szerokie nacięcia w guzie przegrody, poczem wyszło około 75 ctm. sz. krwi z ropą i kawałek lemierza (*vomeris*). Chory od czasu operacyi stale poprawiał się i obecnie czuje się zdrow. W przypadku tym kol. DOBROWOLSKI rozpoznaje ostry ropień przegrody nosa, pęknięcie lemierza oraz ścian komórek sitowych wraz z podrażnieniem opon mózgowych.

3) Kol. KRAJEWSKI przedstawił szereg preparatów, rysunków i chorych po operacyi *perityphlitis*.

Zaznaczywszy wielką żywotność sprawy leczenia zapaleń, powstających około wyrostka robaczkowego, a mały stosunkowo udział naszej prasy i naszych Towarzystw lekarskich w opracowaniu tego tematu, kol. KRAJEWSKI sądzi, że na zasadzie przeprowadzonej w łonie Towarzystwa Warszawskiego wszechstronnej dyskusyi nad tą sprawą, możnaby dojść do wyrobienia sobie pewnych stałych zasad w leczeniu tego cierpienia. Takie bowiem ustalenie zasad postępowania lekarskiego byłoby praktycznie bardzo ważne, gdyż doprowadziłoby do ujednostajnienia zapatrywań i zmniejszyłoby chwiejność, cechującą po dziś dzień zachowanie się niejednego lekarza wobec tej ciężkiej niemocy. Obecnie bowiem panują najróżnorodniejsze poglądy na zachowanie się lekarza w przypadkach tego rodzaju: od radykalizmu SONNENBURG'a i LENANDER'a aż do konserwatyizmu RENVERS'a, SAULI'ego i ROTTES'a.

Chcąc się przekonać, czy u ludności warszawskiej niema jakich różnic etnograficznych w anatomii wyrostka, kol. KRAJEWSKI uprosił asystenta swego, kol. WERTHEIMA, o dokonanie szeregu badań na trupach obojga płci, kol. KRAJEWSKI przytacza tylko dane następujące. Średnia długość wyrostków, u nas napotykanym, jest większa od średniej długości, notowanej gdzieindziej. U nas średnia długość wynosi u mężczyzn 9,8 ctm., u kobiet 9,5 ctm. Średnia odległość punktu MAC-BURNEY'a od wierzchołka wyrostka wynosi 6,4 ctm., od podstawy wyrostka 5,5 ctm., od końca przedniej taśmy kiszki ślepej 5,1 ctm.

Kol. KRAJEWSKI spostrzegał ogółem 230 przypadków zapaleń okołowyrostkowych. Z liczby tej 105 zakończyło się wyzdrowieniem bez operacyi, w 125 przypadkach dokonana była operacya. Z tej liczby 14 razy wykonano operacyę przy ogólnem zapaleniu otrzewny, przy czem wyzdrowiała tylko 1 kobieta. 52 razy operowano w czasie ostrego napadu — 7 śmiertelnych zejść; 21 razy w okresie chronicznym — 4 przypadki śmiertelne; w 38 przypadkach operowano w okresie wolnym w postaciach recydujących—wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Przed zakomunikowaniem swych uwag o leczeniu zapaleń okołowyrostkowych, kol. KRAJEWSKI przedstawia 13 chorych, wyleczonych drogą operacyi, i 1 chorego, kwalifikującego się do operacyi z powodu *perityphlitis recidivantis*, a następnie 35 rysunków usuniętych wyrostków i 15 preparatów, zachowanych

w formalinie. Przedstawionych chorych dzieli kol. KRAJEWSKI na następujące grupy:

- I. Chorzy operowani w ostrym napadzie względnie wcześniej (2 chorych).
- II. Chorzy operowani w ostrym napadzie względnie późno (2 chorych).
- III. Chorzy operowani z powodu zapalenia okołowyrostkowego z przebiegiem chronicznym w okresie bezgorączkowym (3 chorych).
- IV. Chorzy, operowani w okresie rekonwalescencji po pierwszym napadzie i w okresie wolnym w przypadkach nawrotowego zapalenia okołowyrostkowego (8 chorych).

Z tej demonstracji chorych kol. KRAJEWSKI wyprowadza wnioski następujące:

1) Operacja, wykonana względnie wcześniej w przebiegu ostrego napadu zapalenia okołowyrostkowego, ratuje niewątpliwie życie chorego; ma jednak 2 ważne strony ujemne:

a) Odnalezienie wyrostka nie zawsze jest możliwe, a w każdym razie jest połączone z poważnym niebezpieczeństwem zakażenia jamy brzusznej. Zachodzi więc potrzeba drugiej — radykalnej operacji, b) Ilekroć drenujemy jamę ropnia, tyle razy po zagojeniu wytwarza się mniejsza lub większa przepuklina brzuszna i zmusza chorego do stałego noszenia pasa.

2) Operacja, wykonana w ostrym napadzie względnie późno, posiada też same strony ujemne. Rzadko w takich razach wystarcza jeden zabieg.

3) Operacja w przypadkach przewlekłych z dużym naciekiem jest zawsze ciężka tak ze względu na technikę operacyjną, jak i na przebieg po operacji.

4) Operacja w przypadkach recydujących, jak również w tych przypadkach, w których po jednorazowym ostrym zapaleniu przez czas bardzo długi pozostaje mały, bolesny przy ucisku guzik i zaburzenia w wypróżnieniach, jest zupełnie niewinna. Chorzy zdrowieją szybko i wolni są od przepuklin brzusznych.

Zmiany patologiczne, odbywające się w wyrostku, są najczęstszą przyczyną cierpienia. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie punktem wyjścia cierpienia bywają sprawy w kiszce ślepej, (owrzodzenia, urazy), a nawet sprawy ropne poza-kątnicze, zewnątrz otrzewny.

Usunięte przy operacjach wyrostki, ze względu na zachodzące w nich zmiany patologiczne, dzieli kol. KRAJEWSKI na dwie wielkie grupy.

I. Wyrostki nie przedziurawione. Tutaj odróżnia prelegent następujące odmiany: a) wyrostki sztywne, b) wyrostki znacznie rozciągnięte śluzo-ropną zawartością, c) wyrostki przegięte w najrozmaitszej odległości od ujścia do кишки i unieruchomione w tej pozycji przez zrosty otrzewnowe, d) wyrostki z wybitnymi zmianami tylko na wolnym końcu, e) wyrostki z ciemno-szarawymi plamami na powierzchni i zgrubiałą zielono-szarą kreską, w której żyły są wypełnione rozpadającymi się skrzepami.

II. Wyrostki przedziurawione. Przedziurawienie nastąpić może albo wskutek zgorzeli ściany wyrostka pod wpływem ucisku kamienia kałowego, albo jako następstwo owrzodzenia błony śluzowej wyrostka i zbytniego przepelnienia jego jamy ropną zawartością, albo też na miejscu przegięcia wyrostka. Następstwa przedziurawienia były różnorodne: a) *peritonitis generalis*, b) *peritonitis circumscripta*, c) przed przedziurawieniem powstaje zrost zagrożonego przedziurawieniem odcinka wyrostka z siecią lub sąsiednią pętlicą kiszkową. Przedziurawienie wywołuje ropienie pomiędzy zrosniętymi częściami, które niekiedy doprowadza do przedziurawienia organu przyrośniętego do wyrostka (kiszki, pęcherza, jajowodu i t. d.). W tych razach wyrostek wraz z przyrośniętym do niego narządem mo-

żna niekiedy wymacywać jako guz i swobodnie przemieszczać z miejsca na miejsce w jamie brzusznej; d) na miejscu, w którym grozi pęknięcie, wytwarza się torbiel, która bezpośrednio komunikuje ze światłem wyrostka. W takich razach wyrostek wraz z torbielą przedstawia się też pod postacią guza i swobodnie rusza się w jamie brzusznej.

W końcu kol. KRAJEWSKI przedstawia kilka wyrostków, stanowiących niezwykłe *curiosa*.

Zestawiając zmiany, odnajdywane w usuniętych wyrostkach, z przebiegiem klinicznym tych przypadków, kol. KRAJEWSKI dochodzi do przeświadczenia, że wbrew twierdzeniu SONNENBURG'a i jego zwolenników, na podstawie zmian w wyrostkach nie można oprzeć jakiegokolwiek podziału klinicznego, mającego istotną praktyczną doniosłość.

Aug. Eogucki.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 24).

Posiedzenie wieczorne.

1) D-r IMMELMAN (Berlin) przedstawił zdjęcia RÖNTGEN'a przy nowotworach kości, gruźliczem ich cierpieniu, przymiocie i bąblowcu, zarówno jak fotografie płuc gruźliczych i wiele innych.

2) D-r JOACHIMSTHAL (Berlin) wykazuje przy pomocy odpowiednich zdjęć znaczenie promieni RÖNTGEN'a dla badania wrodzonych wadliwości ustroju ludzkiego, jak wrodzone wysokie ustawienie łopatki, wewnątrzmaciczne uszkodzenia płodu, niedorozwój długich kości, upośledzenia rozwojowe nóg i rąk, wrodzone skrzywienia kręgosłupa.

3) Tenże sam mówi o rozpoznawczej wartości odkrycia RÖNTGEN'a i przedstawia liczne fotografie, wykazujące omawianą wartość prześwietlenia. Godne uwagi są tu fotografie chorych z różnemi przetokami (własność KÜMMELE'a), których miejsce wyjścia zostało odkryte tylko za pomocą prześwietlenia: do przetoki uprzednio wstrzyknięto zawiesinę jodoformową, która rzuca silny cień. W jednym np. przypadku tylko tą drogą przekonano się, że przetoka w okolicy biodrowokątniczej prowadziła do nerki. Na innych zdjęciach, przedstawionych przez JOACHIMSTHAL'a, widać rzadkie złamania kości, kule w mózgowiu, przymiotowe cierpienia narządu kostnego, zniekształcenie palców u nóg zależne od nieodpowiedniego obuwia i t. p.

4) D-r LAUENSTEIN (Hamburg) — przedstawia zebrany zdjęcia RÖNTGEN'a i preparaty w przypadku samoistnego złamania uda z powodu nowotworu.

5) D-r SUDECK (Hamburg) — przedstawia zdjęcia RÖNTGEN'a przy zaniku kości.

6) D-r POELCHEN (Zeitz) pokazuje zdjęcia RÖNTGEN'a w przypadku uchyłku przelyku, wyleczonym na drodze operacyjnej.

7) D-r HOLLAENDER (Berlin) omawia wyniki leczenia wilka i naczyńmięsaków za pomocą gorącego powietrza i przedstawia zdjęcia przy rozlanem naczyńmięsaku twarzy przed rozpoczęciem leczenia i po jego ukończeniu: czerwono-siny podczas krzyku powiększający się guz, po dwukrotnem zastosowaniu

omawianej metody zmienił się na równą, białą, ruchomą bliznę. W przypadkach wilka mówca otrzymał tą drogą wyleczenie, trwające od lat 3.

(Wszystkie zdjęcia na wieczornem posiedzeniu były uprzystępnione dla ogółu za pomocą skiaskopu).

Drugi dzień posiedzeń.

Prof. ISRAEL (Berlin). Zabiegi chirurgiczne w kamicy nerkowej i moczowodowej.

Mówca podaje na wstępie krótki i treściwy rys rozwoju chirurgii nerkowej od czasów HIPPOKRATES'a: usuwanie kamieni z nerek i moczowodów, szew przeciętej nerki podług LE DENTU i własną metodę pozaotrzewnowego usuwania kamieni z moczowodów, a mianowicie z ich ujściowego końca. Przyczyny opieszałego rozwoju chirurgii nerkowej w dawnych czasach należy szukać w obawie przed cięciem grubej warstwy mięśni brzusznych, pokrywającej dostęp do nerki, przed krwotokiem podczas zabiegu, a przede wszystkim nawet w nowszych czasach hamującym czynnikiem była i jest tu niepewność rozpoznania. Dziś nawet różniczkowanie kamicy nerkowej od innych cierpień nerek nie zawsze jest możliwe, gdyż powszechne mniemanie o łatwości rozpoznania kamicy na zasadzie typowego napadu kolki nerkowej oparte jest na niedostatecznym doświadczeniu. Jeśli wyłączymy te nieliczne przypadki, w których jesteśmy w stanie stwierdzić kamień za pomocą promieni RÖNTGEN'a lub wymacywania, to wogóle kamicy nerkowej mamy prawo rozpoznawać na zasadzie typowych objawów tylko z dość znacznym stopniem prawdopodobieństwa. Skutkiem tej niepewności rozpoznania zdarza się, że wielu chirurgów po udostępnieniu sobie nerki nie znajduje oczekiwanych kamieni; fakt ten jednak nie powinien nas powstrzymywać od rękoczynów chirurgicznych w rzekomej kamicy nerkowej, gdyż w przeważającej liczbie przypadków zamiast kamieni znajdujemy w nerce takie zmiany, o których istnieniu *in vivo* może nas przekonać tylko cięcie chirurgiczne, i których leczenie możliwe jest tylko za pomocą zabiegu operacyjnego. Tylko tą drogą jesteśmy w stanie stwierdzić i opanować gruzlicze ogniska w pierwszych okresach ich rozwoju, małe ropnie nerkowe, nieznacznych rozmiarów nowotwory i niewybitne sprawy sklerotyczne. Nawet wtedy, kiedy gołe oko nie dostrzega żadnych zmian w nerce, nieudane pozornie cięcie przez miąższ nerkowy sprowadza często niespodziewanie dobre wyniki; rozwiązania tej *quasi* zagadki należy szukać w fakcie, że w znacznej większości omawianych przypadków krwawienia i napady kolki nerkowej zależą od spraw zapalnych przewlekłych, stwierdzonych za pomocą badań drobnowidzowych.

Mówca, nawiązując nie swego odczytu, omawia wskazania dla rękoczynów chirurgicznych w kamicy nerkowej, a mianowicie przy pierwotnym kamieniu nerki, i stara się rozwiązać następujące 3 pytania: 1) kiedy należy wykonywać rękoczyn chirurgiczny dla wskazań życiowych, 2) kiedy winniśmy uciec się do krwawego zabiegu niezależnie od braku wskazania życiowego, 3) kiedy krwawy zabieg jest przeciwwskazany.

Bezwarunkowem wskazaniem, według mówcy, do wykonania rękoczynu chirurgicznego jest bezmocz na tle kamicy niezależnie od tego, czy powstał on wskutek zamknięcia światła jednego moczowodu i zwrotnej nieczynności drugiej nerki, czy też od zamknięcia przez kamień światła obu moczowodów, czy nakoniec zamknięciu światła jednego moczowodu towarzyszy poprzednia nieczynność, czy też zupełny brak drugiej nerki. Wszak jeśli nawet kilkodniowy bezmocz ustępuje po samoistnem odejściu kamienia, chory często ginie wskutek

mocznicy; nie powinniśmy dalej zapominać, że samoistnego odejścia kamienia można oczekiwać w takich przypadkach tylko wtedy, kiedy napady kolki nerkowej się powtarzają. Zważywszy dalej, że nerka, narażona przez pewien czas na brak odpływu swej wydzieliny, ulega zwyrodnieniu (w części nabłonkowej), i że zmiany te nawet po ustaleniu się odpływu (odejściu kamienia) uniemożliwiają *restitutio ad integrum* czynnościowej jej strony, winniśmy w przypadkach bezmoczności na tle kamicy nerkowej nie zwlekać z wykonaniem rękoczynu chirurgicznego.

Drugie nie mniej ważne wskazanie do natychmiastowego wykonania zabiegu krwawego stanowi ostre zakażenie ropne nerki, uposażonej w kamień, bez względu na to, czy ma on siedlisko w miedniczce czy w moczowodzie. Poważne to cierpienie przebiega z ropniczą gorączką, dreszczami i objawami ogólnymi (wymioty, suchość języka i t. d.), w chorej nerce tworzą się w znacznej liczbie drobne prosówkowato umiejscowione ropnie, i po niedługim czasie chory jest zagrożony miąższowem toksycznym zapaleniem drugiej nerki. Jedynie wskazane w takich razach jest rozległe cięcie nerki wzdłuż jej grzbietu (cięcie sekcyjne) i usunięcie kamienia z jego legowiska; następcze sączkowanie nerki sprzyja wydalaniu tworów chorobowych.

Jeżeli w wyżej wymienionych przypadkach musimy uciekać się do zabiegu chirurgicznego dla uratowania życia chorego, to również powinniśmy to czynić w przypadkach zwykłego zamknięcia światła moczowodu lub miedniczki dla uratowania całości nerki, która w przeciwnym razie ulega, jak wyżej wspomniano, zmianom wstecznym — zanikowi wskutek ucisku; wskazanie stanowi tu powinno powiększenie się narządu. Krwiomocz w niewątpliwej kamicy nerkowej najrzadziej stanowi wskazanie do *nephrolithotomia*; przeciwnie dzieje się, jeśli przypuszczamy istnienie gruźlicy lub złośliwego nowotworu. Wszędzie więc, gdzie występuje krwiomocz, i gdzie nie mamy jasnego pojęcia o istocie cierpienia, winniśmy wykonać próbne cięcie nerki dla przekonania się, czy nie mamy do czynienia ze sprawą złośliwej natury: wczesne ustalenie rodzaju cierpienia stanowi o życiu chorego.

Dalej w przypadkach niewątpliwego istnienia krwawień nerkowych, przy nieznacznym nawet objawach i braku niebezpieczeństwa dla nerki i życia chorego, jesteśmy również upoważnieni na zasadzie doświadczenia do wykonania cięcia nerki, gdyż niebezpieczeństwo, związane z tym rękoczynem jest znacznie mniejsze, niż jedno z powikłań kamicy nerkowej, np. bezmocz, *pyonephrosis*, posocznicze zapalenie miedniczki nerkowej i t. p. Śmiertelność omawianego rękoczynu wynosi 2—4%, a więc mniej niż najlepiej przebiegających kruszeń kamienia. Skoro jednak nie jesteśmy w stanie zapewnić chorego, że należeć będzie do 97% wyleczonych, a nie do 3% zmarłych, a z drugiej strony nie możemy twierdzić na pewno, że wystąpią u niego zgubne wyniki zatrzymania kamienia, powszechnie widzimy, że chorzy tacy na rękoczyn chirurgiczny się nie zgadzają. W jakim więc czasie winniśmy uważać zabieg chirurgiczny jako jedyną drogę do wyzdrowienia? Wtedy, jeśli mamy do czynienia z kamieniami nerkowymi zakażonymi w ostrym lub przewlekłym okresie cierpienia, gdyż chorym takim grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo wystąpienia ostrego zakaźnego zapalenia miedniczki nerkowej z następczymi wieloogniskowymi ropniami i ogólnym zakażeniem. Chorzy tacy w ostrym okresie cierpienia dają się łatwo przekonać, widząc bezskuteczność silnych napadów względnie do odejścia kamieni; również nie wahają się długo chorzy, którzy wskutek nader często powtarzających się napadów prawie bez przerwy źle się czują, a niekiedy dochodzą do stanów cięż-

kiej hipochondryi. W takich przypadkach rozpoznanie istoty cierpienia wymaga często znacznego stopnia przenikliwości ze strony lekarza.

Nakoniec, ostatnie wskazanie do wykonania zabiegu chirurgicznego stanowi, według mówcy, obecność kamienia, który łatwo można wyczuć w moczowodzie ze strony odbytnicy lub pochwy, gdyż w takich przypadkach zwykle sprawa się kończy zatrzymaniem moczu i zakażeniem nerki.

Trwałość wyników po *nephrolithotomia* nie jest uwzględniona dotychczas w żadnym zestawieniu liczbowym; w t. zw. kwaśnych kamieniach, podług ISRAEL'a, nawroty cierpienia są rzadkie. Zresztą możliwość nawrotu nie powinna nas powstrzymywać od wykonania zabiegu chirurgicznego, tembardziej że po usunięciu kamienia daleko łatwiej jest zapobiedz tworzeniu się nowego za pomocą odpowiednich leków i diety; w najgorszym razie wykonywamy powtórne cięcie nerki, które również jak pierwsze jest pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa.

Niekiedy zmuszeni jesteśmy powstrzymać się od wykonania zabiegu chirurgicznego, pomimo, że chory żąda bezwzględnie naszego czynnego postępowania. Dotyczy to przypadków, gdzie mamy do czynienia z częstym wydalaniem drobnych pozbawionych wklęsłości kamyków przy odpowiednim natężeniu napadów kolki nerkowej; w przerwach pomiędzy napadami mocz jest przezroczysty, jałowy, bez osadu. W takich przypadkach zabieg chirurgiczny nie uwolni chorego od skłonności do wytwarzania wciąż nowych kamyków, przyniesie mu korzyść raczej zmiana trybu życia.

Istnieją dwie drogi do usunięcia kamienia: przez miedniczkę nerkową lub też przez miąższ. Cięcie przez miąższ nerkowy jest właściwsze, niż przez miedniczkę, przy tem ostatniem łatwiej jest pozostawić *in loco* ukryte kamienie, gdyż sondowanie i obmacywanie za pomocą palców głęboko zalegających konkrementów odbija się w niekorzystny sposób na odżywianiu brzegów cięcia, a co za tem idzie na ich rychłozroście. Nader często usunięcie kamieni z kielichów nerkowych przez cięcie miedniczki jest połączone ze znacznymi trudnościami, gdyż niepodobna wydobyć ich pod kierunkiem oka, a usunięcie za pomocą wprowadzonego obok palca narzędzia należy do zabiegów niebezpiecznych ze względu na nieznaczne rozmiary rany. Miażdżenie zaś kamieni połączone jest z podwójnem niebezpieczeństwem: 1) ostre brzegi odłamków mogą zranić brzegi rany, 2) niektóre z nich mogą łatwo pozostać na miejscu.

Szew po cięciu miedniczki nerkowej wymaga znacznie dokładniejszego wykonania, niż po cięciu przez miąższ. Nieznaczny zanik miąższu powstający na miejscu cięcia jest zdaniem ISRAEL'a nader nikły wobec innych zalet tego sposobu. T. zw. *acupuncture* udostępnionej nerki, dla przekonania się o istnieniu kamienia, jest według mówcy zgoła zbyteczna. Następujące warunki składają się, jak twierdzi ISRAEL, na osiągnięcie dobrego wyniku po omawianym zabiegu: po pierwsze, dokładne wyłuszczenie nerki z powłoki tłuszczowej aż do naczyń i moczowodu, przyczem należy unikać jednoczesnego zderzenia powłoki włóknistej (w kamicy nerkowej powłoka ta jest nader często przyrośnięta do miąższu); po drugie, wyodrębnienie moczowodu od innych tworów wnęki nerkowej (rurka gumowa powinna zaciskać jedynie naczynia nerkowe), gdyż tylko w ten sposób będziemy w stanie zbadać jego drożność.

Cięcie przechodzić powinno przez długość wypukłego brzegu na 2—3 mm. w tył od kierunku cięcia sekcyjnego: utworzone w ten sposób dwa odcinki nerki unaczynione są przez dwie różne gałęzie, nie łączące się ze sobą. Przy obmacywaniu powierzchni nerki należy zwrócić szczególniejszą uwagę na końce nerki, które często są ukryte z powodu wygięcia narządu w formie podkowy. Przy każ-

dym zabiegu z powodu kamicy nerkowej należy zbadać drożność moczowodu i uwolnić zrosty pomiędzy nim i miedniczką, gdyż przeszkoda w odpływie moczu źle się odbija na zrastaniu się brzegów rany. Znalazłszy drożność moczowodu—nakładamy na powierzchnię cięcia kilka głębokich szwów katgutowych (pomocnik podczas szycia uciska palcami nerkę, co zastępuje rurkę gumową, uprzednio zdjętą z naczyń). Szew nerkowy ISRAEL uważa za wskazany przy jałowej lub tylko z lekka zakażonej nerce, gdzie mocz pozostaje kwaśnym, a zatrzymanie jego wcale nie miało miejsca lub było bardzo nieznaczne.

W przypadkach długotrwałego zatrzymania moczu, ropienia w nerce, amoniakalnego rozkładu moczu, prosówkowatych ognisk zapalnych lub ropni nerki jedynie wskazane jest sączkowanie nerki przy otwartej ranie; w przeciwnym razie narażamy się na zgorzel objętej przez szew części nerki. Tak swobodnego sączkowania niepodobna zastosować przy cięciu przez miedniczkę nerkową. Niekiedy przy rozległej kamicy przepoławiamy nerkę i przyszywamy jej brzegi do ściany brzusznej, aby zupełnie uprzystępnąć sobie dla ewentualnego miejscowego leczenia całe wnętrze narządu, i tylko w ten sposób chronimy chorego od nawrotu cierpienia.

(C. d. n.).

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNŲ“

London, w czerwcu 1900 r.

Szpitalnictwo w Londynie nosi zupełnie inny charakter, niż na kontynencie. I w tym zakresie panuje angielski self-help; każdy szpital stanowi odrębną instytucję, która się rządzi samodzielnie. Utrzymują się szpitale z legatów, a głównie z datków dobrowolnych, na które, trzeba przyznać ku chwale społeczeństwa angielskiego, ludność biedna nie czeka. Niema wypadku, by szpital, znajdujący się w potrzebie, nie uzyskał drogą składek potrzebnej sumy na wprowadzenie ulepszeń. Przy wejściu czytamy zawsze — utrzymywany ze źródeł prywatnych, przyczem pr. śba o składki. System ten odbija się na urządzeniu szpitali, starają się one zasłużyć na dobrą opinię ogółu, który je utrzymuje, i ulepszają możliwie dolę chorych i urządzenie wewnętrzne szpitali. Osoby zwiedzające są nader chętnie przyjmowane, gdyż przyczynia się to do wyrobienia opinii szpitalowi i przysporzenia mu funduszków. Administracya szpitalna wskutek takiego autonomicznego urządzenia jest daleko łatwiejsza i bardziej postępową, w jej interesie leży wprowadzanie ulepszeń, a przytem odpada cała machina biurokracyjna, krępująca rozwój szpitali na kontynencie.

Szpitale noszą zupełnie-inny charakter, nie są to koszary, lecz często nader gustowne gmachy. Wewnątrz bez wyjątku urządzone są z komfortem, widać staranie o zatarcie wrażenia szpitala, ani więc meble, pomijając łóżka, nie przypominają szpitala, ani widne, duże sale, ani ubiór dozorczyń.

Szczególniej pod tym względem odznacza się St. Thomas Hospital (przy Westminster-Bridge). Gmach ten może być stanowczo upiększeniem miasta. Składa się z lekkich pawilonów, połączonych w całość krytymi przejściami, jest to szpital ogólny dla dorosłych i dzieci, mieści się w nim około 600 łóżek. Zarazem jest to szkoła medyczna, więc posiada wszelkie urządzenia kliniczne.

Przy łóżku każdego chorego jest lampka elektryczna i specjalna szafka (w kształcie fotela), służąca za umywalnię i do załatwiania potrzeb chorych. W oddzielnych salach nie mieści się więcej nad 28 łóżek, każde łóżko umiesz-

czone jest pomiędzy dwoma oknami, daje to pojęcie o wielkości i oświetleniu sali. Nad łóżkiem każdego chorego mieści się przyrząd dość oryginalny, mianowicie zwiesza się sznur zaopatrzony w rączkę do trzymania się, umocowany powyżej głowy chorego do ściany na ruchomym bloku. Za sznur taki chory chwyta chcąc się unieść, przewrócić na drugi bok lub usiąść, i nawet najwięcej osłabieni chorzy potrzebują już tylko podtrzymania dozorezyń. Chorzy mniej osłabieni korzystają z tego urządzenia, jako z improwizowanej gimnastyki, wogóle widać, że chorzy posługują się z przyjemnością tym przyrządem. Dozorczyynie są to osoby świeckie, inteligentne, których pomoc jest nieoceniona dla lekarza. Szpital ten posiada wszelkie oddziały. Na uwagę zasługuje urządzenie ambulatoryum, jest to ogromna sala na dole (sale szpitalne mieszczą się na pierwszym i drugim piętrze) wygodnie urządzona, z której prowadzą drzwi do obszernych i widnych gabinetów lekarskich.

St. Thomas Hospital zasługuje najwięcej na zwiedzenie ze wszystkich szpitali dla dorosłych, po za tem zwiedzić warto St. George Hospital (Hydepark-corner), Charing Cross's Hospital, St. Bartholomew's Hospital (szkoła medyczna) i inne. Istnieje oddzielny szpital dla rakowatych, bogate kolegium chirurgiczne, instytut w rodzaju instytutu PASTEUR'a (Jenner Institut-Chelsea) i instytut polikliniczny dla lekarzy.

Przejdźmy do szpitali dla dzieci i stosunków pediatrycznych tutejszych. W Londynie niema ani kliniki pediatrycznej, ani katedry pedyatryi. Nie wychodzą też żadne pismo specjalne pediatryczne, prace odpowiednie wychodzą albo w pismach ogólnych, jak The Lancet, British Medical Journal i inn., lub w pediatrycznych, wydawanych w Ameryce (Archives of Pediatrics, Pediatrics i in.). Nauczanie chorób dzieci prowadzone jest prywatnie przez lekarzy w szpitalach dla dzieci, z których jeden „Hospital for Sick Children“ na Great-Ormond Street otwiera swoje podwoje na pół oficjalnie dla studentów wyższych semestrów nne tylko dla lekarzy. Oddziały dla dzieci istnieją i w niektórych szpitalach dla dorosłych, jak St. Thomas, gdzie są dopuszczani studenci na poliklinikę chorób dzieci, w semestrze zaś zimowym prowadzi d-r COLMAN wykłady z zakresu chorób dzieci. Największy szpital dla dzieci, przeszło 200 łózek, jest wspomniany Hospital for Sick Children, najbliższy centrum miasta, inne dwa leżą na przeciwległych krańcach — East London Children Hospital (Shadwell) w dzielnicy doków na zachodzie, Victoria Hospital for Sick Children (Chelsea-Queen Road) na wschodzie. Evelina Hospital (South warkbridgeroad) w dzielnicy niezbyt odległej od środka. Szpitale te mieszczą po przeszło 100 łózek i posiadają ogromną klientelę polikliniczną (out patients). Oprócz tych 4 istnieją jeszcze 3 czy 4 mniejsze po 20—50 łózek.

Charakterystyczną cechą tutejszych szpitali dla dzieci stanowi nadzwyczajna dbałość o uprzyjemnianie pobytu w szpitalu, upiększanie ścian sal obrazami lub freskami, dostarczanie dzieciom zabawek i, co najgłówniejsze, dobre żywienie dzieci. Jeżeli już szpitale dla dorosłych różnią się znacznie od szpitali w innych miastach (zaledwie nowourządzone kliniki w Moskwie mogłyby chyba wytrzymać porównanie), to w szpitalach dla dzieci urządzenie wewnętrzne jest wprost zbyt dobre, nawet łóżka są bardzo ozdobne i gustowne, dla niemowląt nieraz wyszukane. Szczególniejsze wrażenie sprawia pod tym względem East London Children Hospital, znajdujący się w środowisku nędzy londyńskiej, w dzielnicy doków, przechodzi się przez ulice i zaułki brudne z ludnością prawie w łachmanach i odrazu po przestąpieniu progu szpitala, jakby się w inny świat wstąpiło zaczarowany, gdzie niema nędzy. Takiego wrażenia doznają bezwątpienia te bie-

dne dzieci, to też szpital nawet dla najmniejszych nie jest tu postrachem. Obsługa jest liczna i opieka doskonała, macierzyńska. Sale polikliniczne urządzone są we wszystkich szpitalach dla dzieci w nader miły i wygodny sposób, również upiękzone obrazami, zabawkami, pomyślano nawet o bufecie dla dzieci i galerijce krytej przy wejściu dla wózków dzieciennych.

W większych szpitalach dla dzieci oddziały dla odry i dyfteryi są w oddzielnych pawilonach (w innych w oddzielnem skrzydle gmachu (Evelina Hospital). Tracheotomia nie została tu jeszcze tak wyrugowana przez intubację, a przynajmniej zepchnięta na wypadek ostateczny, jak w Niemczech i po części we Francji. Jedynie w niektórych szpitalach dla dzieci, jak Evelina Hospital for Children, praktykowana jest wyłącznie intubacja.

Doskonale zorganizowane są porady polikliniczne, szczególnie w East London Children Hospital. Każda matka otrzymuje książeczkę, gdzie się wpisuje uwagi lekarskie, wagę, wskazówki karmienia i leczenia, oprócz tego otrzymuje drukowany przepis dokładny karmienia niemowląt. Przepisy te co do karmienia sztucznego różnią się o tyle, że nie zalecają mleka sterylizowanego, gotować zalecają jedynie w lecie lub przy panującej dyfteryi, szkarlatynie, lub chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego. Mleko sterylizowane nie jest zalecane z obawy choroby BARLOW'a, uważają tu jednocześnie, że zmieniają się własność odżywcze przy sterylizacji. Dają mleko rozcieńczone wodą jęczmienną lub wapienną (załączone dokładne przepisy przygotowywania). W Evelina Hospital karmią niemowlęta mlekiem sterylizowanym.

Ze znanych pediatrów tutejszych wymienić należy BARLOW'a w Hospital for Sick Children i Eustace SMITH'a w East London Children Hospital, są to dwa nazwiska znane i na kontynencie. Wogóle nauczanie pediatrii stoi tu znacznie niżej, niż w uniwersytetach niemieckich i francuskich.

Lekarze używają tu powszechnie termometru FARENHEIT'a i specjalnych stetoskopów z rurkami na dwoje uszu (biaural), nie mających nic wspólnego z fonendoskopem. Są to stetoskopy bardzo wygodne i dokładne w przenoszeniu szmerów, a szczególnie nadające się w praktyce dziecięcej. Są tu tak powszechnie używane i znane, że nawet na obrazie SMALL'a (Good Samaritan) na wystawie w Royal Academy lekarz, auskultujący chore dziecko, wyobrażony jest ze wspomnianym stetoskopem.

Józef Brudziński.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. maj r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 58 (m. 25, k. 33); przybyło w maju 113 (m. 57, k. 56); wypisało się 86 (m. 45, k. 41); zmarło 12 (m. 5, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 73 (m. 32, k. 41).

Ogólna liczba chorych była niezbyt duża, chociaż znacznie większa, niż w kwietniu, a to z powodu częstego występowania ospy, róży, odry i tyfusu brzuszego, ale w rozmiarach umiarkowanych, z przebiegiem natomiast dosyć ciężkim.

Najliczniejszą rubrykę w dalszym ciągu stanowiła oспа, której mieliśmy przypadków 18 (m. 9, k. 9), z przebiegiem dosyć ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się niepomyślnie u chorych nieszczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Dzielna 83, Złota 28, Smocza 30 (2 przypadki), Rybaki 16, Tamka 35, Bia-

łostocka 37, (Instytut św. Kazimierza (2 przypadki), Wolska 45, wieś Wola (5 przypadków) i Łojewo.

Więcej również niż w kwietniu zanotowano róży, przypadków 18 (m. 5, k. 13), pomyślnie zakończonych. Chorzy pochodzili z ulic: Łucka 26, Burakowska 10, Bagatela 6, Chłodna 36, Nowolipki 81, Ś-to Krzyżka 28, Mylna 14, Stare Miasto 19, Grzybowska 18, Żelazna 28, Wronia 51, Jerozolimska 71, Elektoralna 51, Marszałkowska 45, Nowy Świat 43, Browarna 19, wieś Grochów i Jerzewo.

Następną rubrykę, znacznie większą, niż w ubiegłym miesiącu, zajęła odra, której mieliśmy przypadków 9, przeważnie u dorosłych, z przebiegiem dosyć ciężkim, powikłanym, dwa z nich zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Leszno 36, Dobra 37, Chmielna 28 (2 przypadki), Złota 27, Wojenna 9, Nowowiejska 24, wieś Utrata i Iwangród.

W jednej prawie mierze trzymał się tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 7 (m. 3, k. 4), z których jeden był niepomyślny. Chorzy pochodzili z ulic: Zimna 3, Smocza 43, Szwedzka 9, Strzelecka 1, Św. Jerska 20, wieś Wola i Brudno.

Więcej przybyło tyfusu brzusz nego, przypadków 7 (m. 5, k. 2) z przebiegiem niezbyt ciężkim, z ulic: Twarda 3, Wolska 47, Koźła 9, Górna 11, Plac Krasińskich 8, wieś Czyste (2 przypadki).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 8 przypadków grypy; 6 przypadków zapalenia gardła, po 3 — płonicy (Czerniakowska 9, Plac Warecki 3, Chłodna 32), biegunki krwawej i karbunkułu (m. Szczuczyn, wieś Groty i Wola); oraz po jednym przypadku: błonicy gardła (Wola), zapalenia płuc włóknikowego, ropnicy i krupu.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 26 (m. 15, k. 11).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 21 (m. 15, k. 6), dla braku zaś miejsca 1.

Badań pośmiertnych wykonano 4 (m. 2, k. 2).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 22 (m. 9, k. 12).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2130 (m. 1005, k. 1125).

Śmiertelność miesięczna wynosi 7,01%.

J. Szwejcer.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 19 czerwca r. b. nastąpiło poświęcenie nowego pawilonu szpitalnego w szpitalu Praskim. Nowy pawilon przedstawia budynek piętrowy, w którym znajdują się 4 sale ogólne po 20 łóżek każda oraz 4 pokoje izolowane dla ciężko chorych, jako też 6 pokojów oddzielnych dla chorych zamożniejszych. Przy każdej z dużych sal znajduje się podręczna kuchenka (bufet), bielizniarnia, łazienka i klozet oraz jeden widny obszerny pokój dla dziennego przebywania chorych, mogących chodzić. Jako nowość zupełną w naszych stosun-

kach szpitalnych, zauważyliśmy wannę stałą. W nowym pawilonie na parterze utworzono pracownię roentgenowską. Parter pawilonu przeznaczono dla chorych chirurgicznych. Pierwsze piętro dla chorych wewnętrznych; na temże piętrze znajdują się dwie sale operacyjne, pokój do wyjąławiania narzędzi. Nie zapomniano też o pracowni do badań chemicznych i mikroskopowych. Cały budynek posiada centralne ogrzewanie i wentylację. Koszt budowy nowego pawilonu wyniósł 115,000 rb.

— Komitet Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej, która się odbędzie w lipcu r. b. podczas trwania IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie, prosi pp. autorów i wydawców dzieł, broszur, rozpraw i t. p. z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, wydanych w czasie od r. 1891 do 1900 włącznie, aby prace te, objęte I działem programu Wystawy zechcieli już nadsyłać pod adresem Komitetu Wystawy. Zkatalogowanie bowiem, ułożenie w odpowiednie grupy tego piśmiennictwa potrzebuje spokojnego traktowania, co przed samem otwarciem Wystawy, gdy zaczną się gromadzić okazy przemysłu w olbrzymiej, jak jest uzasadniona nadzieja, ilości, doznawałoby znacznej przeszkody. Wypełniania kart zgłoszenia się do Wystawy, autorowie i wydawcy załatwiać nie potrzebują, komitet bowiem ręczy za zwrot nadesłanych dzieł, jak tylko adres dokładny posyłającego będzie mu znany.

Publiczne posiedzenia IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich miały się pierwotnie odbywać w amfiteatralnej sali gimnazjum nowodworskiego. Obecnie udało się Komitetowi gospodarczemu Zjazdu dostać na ten cel salę teatru miejskiego. W ten sposób uzyskał Komitet Wystawy przyrodniczo-lekarskiej imienia Almae Matris Jagellonicznej olbrzymią salę dla celów Wystawy, wobec czego, rozporządzając większą przestrzenią, może przyjąć jeszcze więcej przedmiotów na Wystawę, i dla tego podaje do publicznej wiadomości, że termin zgłaszania się dla wystawców przedłużony został do dnia 10 lipca.

Biuro Wystawy otwarte codziennie od 11—1 w południe w gmachu Wystawy (gimnazjum nowodworskie).

Wszystkie pisma polskie prosimy o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.

Dr Michał Śliwiński

Dyrektor Wystawy.

— Wyszedł z druku zeszyt 3 i 4 seryi XII „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej“ i zawiera pracę A. GILBERT'a i P. CARNOT'a p. t. „Organoterapia“. Przekładu z francuskiego oryginału dokonał Stanisław BŁAŻEJEWICZ (Temir w obwodzie Uralskim).

— Program uroczystości podczas XIII zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Paryżu dla członków tegoż zjazdu: 1) 2 sierpnia wieczorem przyjęcie u prezesa Izby w imieniu rządu i rzeczypospolitej, 2) 3 sierpnia wieczorem przyjęcie u przewodniczącego zjazdu, 3) 5 sierpnia wieczorem przyjęcie członków zjazdu u pana prezydenta rzeczypospolitej w pałacu elizejskim, 4) 8 sierpnia wieczorem przyjęcie w ogrodzie luksemburskim członków zjazdu przez biuro i komitet organizacyjny zjazdu.

— Koledzy, życzący sobie wziąć udział w X międzynarodowym zjeździe higienicznym, odbyć się mającym w d. od 10 do 17 sierpnia r. b. w Paryżu, mogą otrzymać blankiety oraz program i regulamin zjazdu u kolegi POLAKA w Warszawie.

— **Zmarli.** W Białej podlaskiej zmarł d-r Czesław WROCZYŃSKI, w 44 roku życia. Zmarły, wielce ceniony i poważany przez ludność miejscową, padł ofiarą powołania, zaraziwszy się tyfusem. Ogłosił szereg prac z kazuistyki lekarskiej, a także o antypirynie, antyfebrynie, bromku etylu. Pogrzb ś. p. WROCZYŃSKIEGO był wyrazem powszechnego żalu całej okolicy.