

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ.** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. Kilka objawów towarzyszących uwężonej przepuklinie pachwinowej. Podał Dr. Br. Wołski, asystent kliniki. Klinika terapeutyczna Ces. Uniw. Warsz. Przetoka żołądka. Opisał S. Meyerson. Kronika Zagraniczna. Zamiana położenia twarzowego na położenie potylicowe za pomocą rękoczynu zewnętrznego. Przez Dra Schatza. Podał Dr. St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. Korespondencya. Trzeci międzynarodowy kongres lekarski, (ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. Zakład przyrodolecznicy w Nowem Mieście nad Pilicą. Nowe środki lekarskie. Cholera w Warszawie. Dodatek. Pat. i ter. szczeg.: Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 4. Chor. narz. oddechania ark. 6. — Choroby nerek ark. 7. — Akuszeryi T. I ark. 47, T. II. ark. 12. — Chirurgii operac. T. II. ark. 14. — Medycyny Sądowej ark. 32.

## Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz.

### Kilka objawów towarzyszących uwężonej przepuklinie pachwinowej.

Podał Dr. Bronisław Wołski, asystent kliniki.

Ze względu, że przepukliny należą do chorób bardzo częstych, uważam za stosowne zanotowanie ciekawszych objawów, spostrzeganych w okresie pooperacyjnym uwężonej przepukliny pachwinowej. Aleksander Słóński, 53 lat wieku liczący, stolarz z Brwinowa pod Warszawą, przybył do Kliniki Chirurgicznej Prof. Girsztowta 21-go Września 1873 r., o godzinie 8-jej wieczorem, skarżąc się na guz w okolicy pachwinowej prawej, silną bolesność téjże okolicy, zaparcie stołca od dni trzech trwające, womity cuchnące kałem i ustawiczną czkawkę, trwającą już od 18 godzin.

Chory wzrostu średniego, budowy ciała dobrej, odżywiania podupadłego, przy oglądaniu okazał co następuje: w okolicy pachwinowej prawej znajduje się guz, wielkości dużej pięści, podługowaty, kształtu gruszki, idący w kierunku kanału pachwinowego, t. j. skośnie od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz; koniec jego grubszy wchodzi do worka mosznowego i zupełnie go zajmuje. Skóra na guzie barwy prawidłowej, napięta, i nieco połyskująca. Temperatura guza w porównaniu z częściami ciała otaczającymi niezmienną. Guz na całej przestrzeni gładki sprężysty, nieprzeświecający, wszędzie daje przy opukiwaniu odgłos tępy, pod naciskiem nie zmniejsza się, bardzo bolesny, zwłaszcza w części górnej (szyjce), przy poruszeniu wywołuje silny napad czkawki. Chory niespokojny, wyraz twarzy cechuje trwogę; język wilgotny, czysty, brzuch duży, odgłos w niektórych miejscach bębnowy, w innych tępy, z wyjątkiem okolicy kanału pachwinowego, wszędzie niebolesny. Chory stolca od dni trzech nie oddawał, natomiast w odstępach kilkugodzinnych zjawiają się womity, treści płynnej, koloru żółtawego, mocno cuchnące. Prócz tego, od czasu do czasu przychodzi napad czkawki (*singultus*), kilkanaście sekund trwający. Napad taki występuje za każdym poruszeniem guza. Tętno 98, pełne, twarde. Ciepłota ciała normalna ( $37^{\circ} 2\text{ C}$ ) liczba oddechów 34, skóra na całym ciele wpada w żółto-zielonawy kolor, wilgotna.

Z opowiadania chorego dowiedzieliśmy się, że w życiu swoim ciężko chorował na tyfus i dwa razy na gorączkę, której charakteru określić nie może. W 19 roku życia, chory spostrzegł w okolicy pachwinowej prawej guz, wielkości jajka kurzego, niebolesny, znikający z łatwością od ucisku, wykonywanego własnymi palcami. Guz ten występował dosyć często, lecz za każdym razem zostawał bez trudu i bólu przez chorego odprowadzanym. Przed siedmiu laty wystąpił nagle takiż guz i na stronie lewej, ale i ten, po użyciu ciepłych kąpieli został odprowadzonym i od tego czasu więcej się nie pokazał. Chory w ostatnich latach stał się nałogowym pijakiem.

Przed trzema dniami t. j. 19 września r. b. o 10-ej godzinie wieczorem, chory dzwignął jakiś ciężar i w tej chwili pokazał się guz w pachwinie prawej, którego już odprowadzić nie był w stanie. Stolce od téj pory były wstrzymane, wystąpiły zaraz nudności, a kiedy dnia następnego pokazały się womity massami cuchnącymi, wtedy chory wezwał pomocy lekarza, któremu, jak on powiada, udało się guz odprowadzić.

Po odprowadzeniu guza naznaczono choremu olejek rącznikowy (*ol. ricini*), po przyjęciu którego dostał silnych wmitów i w czasie ich trwania guz znowu się okazał. Guza tego wezwany lekarz niemógł już w żaden sposób odprowadzić, a gdy przyłączyła się jeszcze czkawka wtedy poradził mu udać się zaraz do Kliniki Chirurgicznej w Szpitalu Ś-go Ducha, co dnia następnego chory dopełnił.

Biorąc na uwagę dane anamnestyczne t. j. ukazywanie się dawniej takiegoż guza i łatwą, bo przez samego chorego wykonywaną odprowadzalność, dalej kształt, kierunek, gładkość, sprężystość, nieprzeświecalność, tępość odgłosu przy opukiwaniu i bolesność guza, nakoniec brak stolca, czkawkę i womity massami cu-

chnącemi, łatwo przyszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z uwięzieniem przepukliny pachwinowej prawej zastarzałej (*incarceratio herniae inguinalis dextrae inveteratae*).

Ponieważ przepuklina była zastarzałą, puls pełny, twardy, nie zbyt częsty, zatem wskazania do natychmiastowej jej operacji nie było. Poprzestano tylko na odpowiednim ułożeniu chorego i zaleceniu mu zimnych okładów.

Dnia następnego t. j. 22 września r. b. guz zmniejszył się nieco, a że stan ogólny pozostawał niezmiennym, zalecono mu prócz zimnych okładów podanie lawatywy z naparu ziela wileczej jagody (*Rp. Inf. hbae belladonnae e 3jj ptii § VI. D. S. lawatywa*). Zalecono belladonnę na tej zasadzie, że w kilkunastu wypadkach uwięzień przepuklin zastarzałych, w których podawano ten środek, następowało skutkiem zwolnienia naprężenia tkanek (*relaxatio*) dobrowolne odprowadzenie przepukliny w czasie snu, wywołanego działaniem naparu wileczej jagody. Pozadaniu lawatywy chory przez kilka godzin zostawał w stanie silnego pobudzenia, potem zasnął i spał snem mocnym przez 10 godzin, i następnie po przebudzeniu się jeszcze przez dwanaście godzin był prawie nieprzytomnym; przepuklina jednak samowolnie nie weszła, a nawet usiłowania odprowadzenia jej podczas działania środka odurzającego okazały się na ten raz bezskutecznymi.

Na drugi dzień, t. j. 23 Września chory niezupełnie jeszcze przytomny, źrenice jego mocno rozszerzone, mowa niewyraźna, womity trwają, czkawka częstsza, tętno 120, małe, miękkie, liczba oddechów 42 temperatura 36,° 8 C.

W obec takiego stanu nie pozostawało nic już innego, jak przystąpić do bezzwłocznej operacji (*herniotomia*), którą też i wykonał natychmiast Prof. Girsztowt. Przy operacji przekonaliśmy się, że zawartość przepukliny stanowiła pętla cała кишки cienkiej, że przyczyną wywołującą uwięzienie nie był kanał pachwinowy, ale szyjka (*collum*) worka przepuklinowego, którego ściany były twarde i bardzo zgrubiałe (*stigmata*), kiszka mocno przekrwiona, fioletowego koloru, pod strumieniem jednak zimnej wody jeszcze silnie ściągająca się. Po rozcięciu szyjki i dokładnem obmyciu, pętla кишки została odprowadzoną do jamy brzusznej, worek zaś przepuklinowy pozostał na miejscu dawnego swego pobytu, t. j. w mosznie i ranie. Na górny koniec rany nałożono zwykły szew, część zaś pozostałą rany opatrzono skubanką zwilżoną roztworem kwasu karbolenowego (1 na 96) i zalecono zimny okład. Do wewnątrz podano choremu natychmiast uncyą olejku rącznikowego (*ol. ricini 3j*), po którym nastąpiły obfite kilkakrotne wypróżnienia, połączone z gazami mocno cuchnącemi. Czkawka choremu ciągle dokuczala. W celu uwolnienia go od niej, podano roztwór wodoru chloralu (*hydras chlorali*) w dawce kojącej. W miarę przyjmowania lekarstwa czkawka w natężeniu słabła, a następnie w zupełności ustąpiła. Temperatura po operacji 37., 5, tętno 100. Przebieg choroby prawidłowy. Dopiero trzeciego dnia po operacji t. j. 25 września, chory uskarżać się zaczął na ból w worku mosznowym, który przedstawia się obrzmiałym, w dotknięciu poło-

wy prawej twardawym. We dwa dni później t. j. 27 września na najniższej części worka mosznowego, przy silnie wzrastającym obrzmieniu, wystąpiły dwie plamy mocno fioletowego koloru, wskazujące początek zgorzeli skóry. Następnego dnia część ogniska zgorzelinowego jasno już od otaczających części odgraniczona, została wycięta. Obrzmienie moszny staje się coraz większem. W niej wyczuwa się guz podługowaty, gładki, z postaci podobny do guza przed operacją, bolesny dający odgłos tępy przy opukiwaniu, nie zmniejszający się pod naciskiem, przy poruszeniu wywołujący czkawkę; ciepłota ciała podwyższona ( $38,5^{\circ}$ ), tętno przyspieszone (100), oczy chorego połyskujące, dreszczyki od czasu do czasu przychodzą; skóra sucha; język podsycający, stolec znowu od dni 3-eh wstrzymany. Rana w końcu górnym wypełniła się całkowicie ziarniną, z dolnej zaś części wycieka płyn rzadki, zielonego koloru, nieprzyjemnego zapachu.

Powodem takiego stanu, mogły być dwie przyczyny: albo wystąpienie powtórne kiszki do moszny w połączeniu z zapaleniem tkanki łącznej podskórnej worka mosznowego, albo zapalenie worka przepuklinowego. Objawy wyżej przytoczone mówiły tak dobrze za jednym, jak i za drugim przypuszczeniem. Dnia następnego t. j. 29 września przecięcie guza warstwami rozstrzygnęło wątpliwość na korzyść zapalenia worka przepuklinowego.

Po przecięciu obszernem, idącym w kierunku dawniejszego i zmierzającym do miejsca zajętego zgorzela, wyszła znaczna ilość ropy gęstej, żółtawego koloru z właściwym sobie zapachem. Ściany worka przepuklinowego mocno zgrubiałe, twarde, mało podatne. Następnym dni miejsce zajęte zgorzelą oczyściło się, rana z przecięcia powstała zupełnie czysta, temperatura ciała jednak wysoka, do  $40^{\circ}\text{C}$ . wieczorem dochodząca, z małymi zwolnieniami. Worek mosznowy jeszcze obrzmiały, bolesny, ciastowaty, za pocisnięciem go wypływa z rany znaczna ilość ropy dobrego gatunku. Badając zgłębnikiem miejsce, z którego się wydziela ropa, przekonaliśmy się, że skóra na całym worku jest podminowana, połączona z częściami głębszemi w wielu miejscach za pomocą beleczek widocznych z brzegu rany. Czkawka trwa ciągle z mniejszem lub większem natężeniem. Dla swobodniejszego odpływu ropy i u chronienia beleczek od zniszczenia przez naciskanie, zrobiono 3-go października przeciwotwory i pozaprowadzano trąbki drenowe.

Od tej chwili nastąpiło znaczne polepszenie,—rana zupełnie czysta zagajając się poczęła; czkawka ustąpiła, mowa stała się zupełnie wyraźną, chory sypiał dobrze, apetyt wracał i jedyną przykrość stanowił brak stolca, któremu zaradzaliśmy podając emulsję z olejku rącznikowego.

Stan taki trwał do 20 października, w którym choremu, będącemu w stanie bezgorączkowym, z raną zupełnie czystą, zagajającą się, zalecono dla czystości ciepłą kąpiel. Po kąpieli chory dostał silnych dreszczów, mowa stała się na powrót niewyraźną, czkawka wróciła. Wieczorem stan gorączkowy, tempera-

tura podniosła się do  $39,5^{\circ}$ , tętno 126, oddechów 32. Rana stała się suchą, bolesną i przybrała wejrzenie, jakby była pokryta białawym nalotem. Worek sznowy, prącie (*penis*) i napletek koloru blado-różowego, mocno obrzmiały.

21 października. Czerwoność różowa (*erysipelas*) wyraźniejsza, rozszerza się; rana sucha, pokryta nalotem białawym, bolesna; temperatura rano  $40,30$ , wieczorem  $40,9^{\circ}$  C. tętno 126, miękkie, małe. Celem uprzedzenia mogącej się rozwinąć zgorzeli napletka, zrobiono nacięcia (*scarificatio*) z których wyszła prawie sama surowica w znacznej ilości.

Temperatura utrzymuje się zawsze wyżej  $40^{\circ}$  C. Czkawka ciągle towarzyszy.

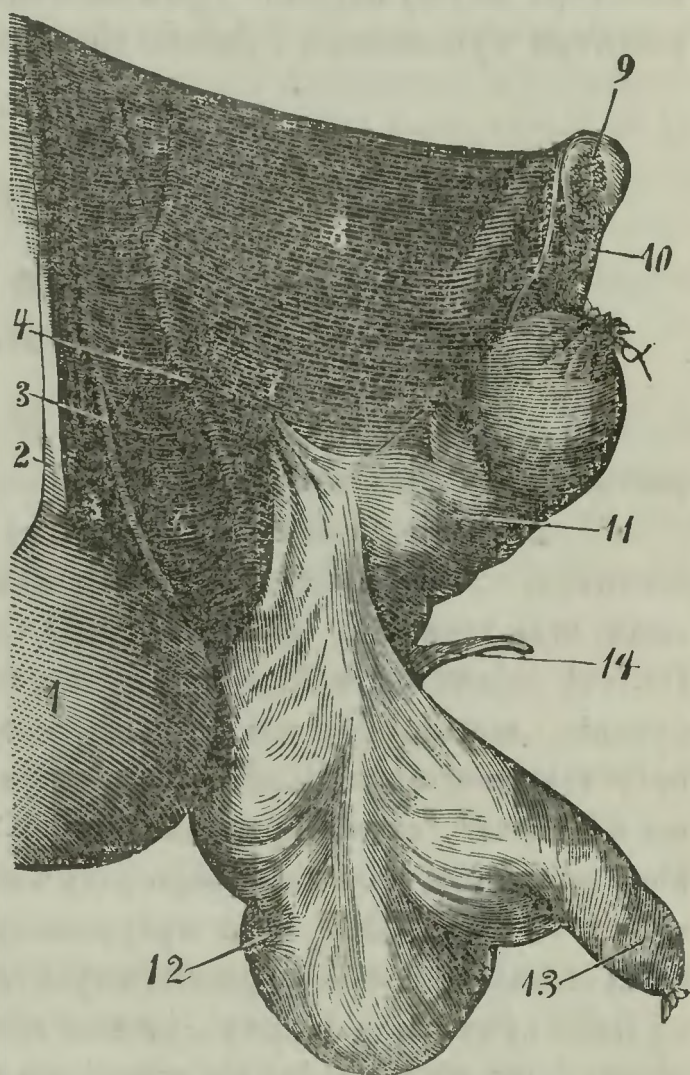
22 października. Stan ogólny takiż sam; na skórze silnie obrzmiałego napletka, pomimo uprzednich nacięć, wystąpiła zgorzel. Miejsce nią zajęte, po jasnym odgraniczeniu się, zupełnie wycięto. Róża coraz dalej na wszystkie strony rozchodzi się i dosięgła do pępka, do okolicy lędźwiowej do połowy ud (*femur*).

Na powierzchni zajęte różą zastosowano : aś lapisową (3j na 5j tłuszczu). Miejsca skóry zdrowe na granicy z różą pociągnięto kleiną (*collodium*), do wewnątrz podano kamforę, której dzienna dawka dochodziła do X gran; prócz tego przepisano siarczan chininy dwa razy dziennie w dawce X gran na raz.

Stan chorego w niczem się nie polepszał, przeciwnie upadek sił, z dnia na dzień coraz większy szybko występował i chory 31 października o godzinie 7-jej wieczorem życia dokonał przy objawach obrzeczku płuc (*oedema pulmonum*).

Po upływie 48 godzin zrobiono otwarcie zwłok.

Rozpatrując tylko okolice pachwinową prawą, przekonaliśmy się, że kanał pachwinowy prawy całkowicie zarośnięty i ścianka kiszki grubiej przyrośnięta do otworu wewnętrznego, czyli brzuszego kanału pachwinowego (*annulus internus*). Przyrośnięcie nastąpiło w ten sposób, że ścianka kiszki tylko przylega do otworu, ale nie wchodzi do niego, jak to figura obok załączona przedstawia.



Objaśnienie rysunku: 1. pęcherz moczowy; 2. wiąz wieszadłowy pęcherza; 3. wiąz boczny; 4. tętnica nabrzusznna; 5. dołek pachwinowy wewnętrzny; 6. dołek pachwinowy środkowy; 7. dołek pachwinowy zewnętrzny, 8. listek ścienny otrzewnej, 9. przecięcie kości biodrowej, 10. m. biodrowy wewnętrzny, 11. okrężnica wstępująca w miejscu przyrośnięcia do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, 12. kańtnica, 13. kiszka biodrowa, 14. wyrostek glistowaty.

Wypadek wyżej opisany zasługuje na uwagę z następujących względów:

1. Uwięzienie przepukliny miało miejsce w szyjce worka przepuklinowego, która była mocno zgrubiała.
2. Zapalenie worka przepuklinowego, które spowodowało zarośnięcie kanału pachwinowego i przyrośnięcie kiszki do wewnętrznego jego otworu; jak również z drugiej strony było ono przyczyną zgorzeli moszny.
3. Przyrośnięcie ścianki kiszki do obrączki wewnętrznej kanału pachwinowego w zupełności tłumaczy obecność czkawki.
4. Róża wędrująca (*erysipelas ambulans*) rozwinęła się skutkiem zaziębienia po użytój kąpieli. Spowodowana przez nią gorączka, była powodem stopniowego wyniszczenia i śmierci chorego.

---

## KLINIKA TERAPEUTYCZNA CES. UNIW. WARSZ.

### Przetoka żołądka.

Opisał S. Meyerson.

Wincenty Zakalski młynarz lat 39 wieku liczący, przybył do kliniki terapeutycznej 20 kwietnia 1873 roku.

Zarówno w dzieciństwie, jak i wieku dojrzałym cieszył się zupełnym zdrowiem. Przed rokiem zaczął zapadać na żołądek, przy czem zjawiał się niesmak, brak łaknienia, w skutek czego chory zaczął słabnąć na siłach i chudnąć. Do tych objawów przyłączyły się bóle w okolicy żołądka, wzmagające się periodycznie, szczególnie zaś po przyjęciu trudniej strawnych pokarmów. Bóle te były tak gwałtowne, iż chory wił się na łóżku podczas ich napadów. Przed trzema miesiącami utworzył mu się guz na przedniej ścianie brzucha, tuż pod dołkiem sercowym, w skutek czego przywołany lekarz zarządził przystawienie pijawek i ciepłe okłady. Pod wpływem tych środków guz znikł, lecz po upływie 2 dni chory nagle dostał gwałtownych wymiotów krwawych z wydaleniem obfitej ilości krwi (kilka talerzy), poczem również nastąpiły czarne wypróżnienia. Od owego czasu wymioty już się więcej nie zjawiały, lecz po upływie kilku tygodni guz w temże samem miejscu zaczął się tworzyć na nowo i nakoniec został sztucznie otwarty przez lekarza, przy użyciu ciasta gryzącego. W przeciągu jednego tygodnia wydzielala się obficie ciecz z powstałego w ten sposób otworu, po czem nastąpiło jego zasklepienie za pomocą strupa, który się na nim utworzył. W stanie podobnym chory we 2 tygodnie później przybył do Kliniki d. 20 kwietnia z guzem, znajdującym się pod dołkiem sercowym, nieco z lewej strony linii środkowej ciała. Guz ów miał przedstawiać chełbotanie, na miejscu zaś gdzie był zrobiony poprzednio otwór, znajdował się zeschnięty strup, otwór ów zatykający.

Nazajutrz t. j. 21 kwietnia okazał się stan następujący:

Chory wzrostu średniego, kościec jego należycie zbudowany, mięśnie wiotkie, znajdują się w stanie zanikowym. Skóra blada, cienka, pod nią pokładu tłuszczowego prawie nie ma. Twarz zapadła, wyraz jęj cierpiący, doły nad i pod

obojęzyczne nader głębokie, bruzdy międzyżebrowe bardzo wydatne, jednym słowem chory przedstawia wysoki stopień wyniszczenia i schudnienia. Błony śluzowe blade. Wskutek odpadnięcia strupa, który otwór guza zalepiał, wypłynęłazeń obficie ciecz biaława, przyczem guzowatość znikła, tak, iż widać jedynie o 2 cm. pod końcem wyrostka mieczykowatego otwór okrągły, o brzegach równych i cienkich 2 milimetry w średnicy wynoszący. Naokoło niego widzimy krążek sino-czerwony w promieniu kilka centym. nieznacznie z prawidłową zabarwioną skórą sąsiednią zlewający się. Z otworu tego sączy się ciecz biała, wśród której wydzielają się masy bardziej zbite, do twarogu podobne. Daleko obficie wydzielenie następuje jeśli naciskać po lewej stronie otworu, jak również gdy chory nagina się ku przodowi lub się nadyma, wprowadzając w działanie tak zwaną tłocznię brzuszną. Przy dotykaniu wyczuwa się naokoło otworu nieznaczne stwardnienie powierzchowne. Przy opukiwaniu około otworu słychać odgłos tępy; tępość ta ku dołowi i na lewo przechodzi nad pępkiem w odgłos bębenny, podczas gdy na prawo zlewa się z odgłosem wątroby. Przy badaniu otworu za pomocą zgłębnika, takowy wchodzi na 2 cm. pod skórę, na około podminowaną, sięgając zaś głębiej, wprowadzamy go na 5 cm. w kierunku ku stronie lewej, ku dołowi i wgiąb.

Granice wątroby sięgają ku górze z przodu do 5 żebra, z tyłu zaś do 8-go, ku dołowi schodzi ona do okolicy śródbrzusza prawego (*mesogastrium dextrum*), dochodząc do linii na szerokość dwóch palców nad pępkiem położonej. Okolica wątroby jest bolesną przy nacisku, przy wymacywaniu zaś przedstawia jednolitą twardość.

Poniżej wszędzie, jak również po lewej stronie, słyszy się odgłos bębenny kiszek; brzuch w tej okolicy jest dosyć miękki i mało wypełniony.

Przy opukiwaniu płuc daje się zauważyć podwyższenie granic prawego płuca i nieznaczne stępienie w części jego międzyłopatkowej. W miejscu tem słychać oddech nieoznaczony (*indeterminata*), do oskrzelowego zbliżony; reszta zaś płuca, jak również płuco lewe ma oddech pęcherzykowy mocno zaostrzony.

Serce znajduje się w granicach prawidłowych, tony jego czyste i wyraźne, choć słabe. Tętno drobne 90 razy na minutę.

Język biało obłożony, łaknienie nieznaczne; chory skarży się na ból w okolicy żołądka. (Dokończenie nastąpi).

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Zamiana położenia twarzowego na położenie potylicowe za pomocą rękoczynu zewnętrznego.

Przez Fr. Schatza (Arch. f. Gynäkolog. V. 2)

Podał w streszczeniu Dr. St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Zestawiając większą ilość porodów z położeniem twarzowym, które leczono metodą wyczekującą, przekonujemy się, że one nie dają wprawdzie rokowania bezwzględnie niepomyślnego, ale jednakże nigdy tak pomyślnych rezultatów, jak położenie czaszkowe. Podług

W i n c k e l ' a (Pathologie der Geburt 1869) umiera przy położeniach twarzowych dwa razy więcej dzieci (16%) i matek (6%), aniżeli przy położeniach potylicowych. Tego rodzaju dane wprawiają nas w wątpliwanie czy też dotychczasowe leczenie położenia twarzowego jest odpowiednie, czyby czasem nie można położenia twarzowego zamienić za pomocą łagodnego środka na pomyślniejsze pod każdym względem położenie potylicowe. Tak samo przecież postępujemy sobie przy położeniach miednicowych, które tak w końcu ciąży, jak i na początku porodu zamieniamy na położenie czaszkowe, dające lepsze rokowanie, i to, już za pomocą zewnętrznego rękoczynu już też rękoczynu podwójnego.

Zmianę położenia twarzowego na potylicowe, wykonywano dotąd bardzo rzadko; w większej bowiem części wypadków, kiedy przy położeniu czaszkowym poród trwał już dość długo, a kleszczy nie można było użyć, wolano od razu wykonać obrót na nóżki lub przedziurawienie. Metody zaś, jakich dotąd używano ku zmienieniu położenia twarzowego na potylicowe są następujące: a) Najpierw chcąc głowę obrócić naokoło swej osi poprzecznej, starano się twarz usunąć ku górze. W tym celu wprowadzano do pochwy przynajmniej połowę ręki i ułożywszy dwa palce po bokach nosa, wypychano główkę najprzód ku górze i zewnątrz (linia twarzowa stoi naturalnie poprzecznie), a potem ku górze. Kiedy zaś główkę obrócono tak daleko, iż palce cisnąc na oznaczone miejsce, nie mogły już główki posunąć wyżej, natenczas przykładano je pomiędzy guzy czołowe i szew wieńcowy i uciskano dalej; w tym samym celu zakładano też palce za brzegi kości czołowych, jeśli takowe wystawały po nad kości ciemieniowe. b) Po drugie, ściągano tyłogłowie ku dołowi, i to w ten sposób, iż wprowadziwszy całą rękę do macicy, chwytano tyłogłowie i sprowadzano je do miednicy. c) Po trzecie, łączono razem obie metody powyższe; wprowadzone więc palce uciskały twarz ku górze, podczas kiedy się ręką wolną spychało tyłogłowie przez powłoki brzuszne ku dołowi; albo też wprowadzoną ręką wypychało się najpierw twarz ku górze, a potem zachwywszy za tyłogłowie sprowadzano je do miednicy.

Trzy te metody, używane dotąd, miały jednakże nie jedne niedogności, z kął poszło, że je tak rzadko zastosowywano. Najpierw za pomocą metod powyższych nie można położenia twarzowego zamienić na potylicowe wtedy, kiedy jeszcze stoi pęcherz płodowy. W razie bowiem takim nie mogą palce twarzy dobrze zachwyć, albo mimo największej ostrożności rozdziera się pęcherz. Nadto nie można zamiany tej wykonać wpierw, aż szyjka maciczna nie przepuści dwóch palcy; do pochwy zaś trzeba przy tem wprowadzić przynajmniej pół ręki a nawet całą rękę do jamy macicznej, co nie tylko pociąga za sobą różne niebezpieczeństwa, ale nadto nie daje nam pewności pomyślnego skutku. Prócz tego wprowadzone palce nie znajdują (nawet po pęknięciu pęcherza) żadnego pewnego punktu oparcia, ani kiedy spoczywają obok nosa lub na czole, ani też kiedy przez powłoki brzuszne zachwytyją tyłogłowie. W ten sposób więc musi operator do skutecznienia nawet niezupełnego obrotu główki większej użyć siły, a każdy silniejszy ucisk powiększa także oddziaływanie rodzącej, przez co operacja staje się trudniejszą. Jeżeli się zaś operacja udała, to prawie zawsze dopiero po kilkakrotnych próbach, co musiało nadzwyczaj podrażnić części miękkie matki. Dalej przy skręcaniu główki mógł łatwo płód podlegać takiemu podrażnieniu, iż powstały przedczesne ruchy oddechowe, których skutki niepomyślne są znane. Wreszcie metody dotychczas używane są mechanicznie bardzo nieodpowiednie.

Dla łatwiejszego zrozumienia nowo zalecanej metody, nadmieniam autor poprzednio jeszcze następujące punkty, uznane ogólnie jako prawdziwe:

1) Jeśli dziura wielka potylicy i stos kręgowy płodu znajdują się w długiej osi płodowej, natenczas oś ta jest dłuższą, aniżeli kiedy owa dziura i stos kręgowy nie leżą w niej lecz przed nią lub poza nią. Innemi słowy znaczy to, że płód znajdujący się w wyraźnym położeniu potylicowym lub twarzowym jest w swój osi podłużnej krótszy, aniżeli kiedy się znajduje w położeniach, stojących pomiędzy temi obu ostatecznymi położeniami, np. w położeniu czołowym lub wierzchołkowym.

2) Ponieważ zaś przez sprowadzenie w miejsce twarzy tyłogłowia do wchodu miednicy, płód musi przechodzić owe międzystopnie, przeto podłużna oś płodu musi przytem podlegać przemijającemu przedłużeniu.

3) Każda okoliczność, która wstrzymuje lub utrudnia przedłużenie długiej osi płodowej, wstrzymuje także lub utrudnia w równym stopniu zamianę położenia twarzowego na potylicowe. Mianowicie zaś utrudnia się operacją jeśli wykonując takową, skrócimy oś podłużną płodu.



4) Przy metodach dotąd używanych nie tylko nie ułatwiano przedłużenia podłużnej osi płodu, ale ją nawet utrudniano, a co więcej, skracano oś podłużną, i to z powodów następujących:

a) Skutkiem bólu, jaki robimy rodzącej po wprowadzeniu połowy lub całej ręki, sprawiamy, że takowa zaczyna się nałymać, przez co dno macicy zbliża się do wchodu miednicy, a jeżeli to nie następuje, to się przynajmniej utrudnia powiększenie odległości dna macicy od wchodu, albo też zwiększenie to całkiem wstrzymuje. Chloroform usuwa wprawdzie tę niedogodność, jednakże nie zawsze można go użyć, sprawia on nie małe powikłania u wielu osób.

b) Posuwając twarz ku górze, posuwamy nie tylko twarz samą, lecz w ogóle całą główkę. Tej niedogodności staramy się wprawdzie zaradzić przez spychanie potylicy ku dołowi przez powłoki brzuszne, ale dla grubości tychże, nie można tego nigdy wykonać z równą dokładnością, tak iż pomimo tego główka stoi podczas operacyi zawsze wyżej, aniżeli poprzednio. Nadto musi główka stać wyżej skutkiem wprowadzenia ręki do jamy macicy i pozostania jej tamże w ciągu operacyi. Przez unoszenie zaś główki ku górze podczas operowania podłużna oś płodu skracą się, ponieważ pośladki nie posuwają się w równym stopniu ku górze. Gdyby nawet okoliczność ostatnia miała nastąpić t. j. oś podłużna miała uleść skręceniu, natenczas musiałoby przynajmniej dalsze posuwanie pośladków w celu zwiększenia osi podłużnej płodu, jakie jest potrzebne przy zamianie położenia twarzowego na potylicowe, doznać daleko większego oporu ze strony dna macicy, już i tak rozszerzonego. W ten więc sposób operacyjne metody, dotąd praktykowane, utrudniają znacznie osiągnięcie pomysłnego rezultatu, albo je czynią zupełnie niemożliwym.

Dla zamiany położenia twarzowego na potylicowe jest potrzebnem nie tylko skrócenie główki, za czem się dotąd jedynie ubiegano, ale także wyprostowanie samej osi podłużnej płodu. Jedno i drugie wykonywamy równocześnie sposobem prostym, niesprowadzającym żadnego niebezpieczeństwa, i to następującym:

Głowy płodu nie tykamy wcale, i to tém mniej, że do takowej dochodzimy z wielką trudnością, i nieraz mimo przebicia pęcherza płodowego nie możemy jej zachwycić zupełnie. Natomiast wyszukujemy przez powłoki brzuszne ku przodowi zwrócony bark płodu, co akuszerowi jako tako wprawdemu w badaniu zewnętrznem nie sprawia żadnych trudności, jeżeli tylko powłoki brzuszne nie są zbyt tłuste lub napięte. Zachwyciwszy tedy za bark i pierś płodu posuwamy takowe podczas przestanku w bólach najpierw ku górze i temu bokowi, ku któremu leży grzbiet płodu; skoro zaś pierś i bark sprowadziliśmy do osi podłużnej płodu nie popychamy już ku górze, lecz tylko ku tej stronie, ku której jest zwrócony grzbiet płodu. Aby zaś przez ucisk tego rodzaju razem z pierśią i barkiem całe ciało płodu, a więc cała macica nie była wypychana ku odpowiedniemu bokowi, należy ręką drugą przytrzymywać w jej pierwotnem stanowisku górną część macicy a z nią i pośladki płodu, albo też jeszcze lepiej takowe posuwać ku stronie, ku której dotąd leżała pierś płodu, dajmy na to, stronie lewej. To przytrzymywanie jednakże pośladków, albo ich posuwanie ku odpowiedniej stronie, nie powinno się nigdy odbywać tak, iżby się ono działaniu pierwszej ręki na pierś i bark choć tylko częściowo sprzeciwiać miało, albo takowe unieważniać. Później jeszcze powinno by się ręką drugą nie uciskać już ku górze i nieco ku stronie lewej albo też prosto na lewo lecz nawet ku stronie lewej i ku dołowi, albo zupełnie ku dołowi, aby się bark i pierś oddaliły jak najwięcej od podłużnej osi płodu ku stronie prawej. Ostatniego poruszenia dokonują jednakże nieomal zawsze macica sama w dostatecznej mierze w ten sposób, iż dno jej wypycha pośladki poprzecznie posunięte ku górze napowrót ku dołowi.

Gdyby główka po bocznym (tutaj prawym) brzegu miednicy i tu znajdujących się częściach miękkich nie miała znaleźć dostatecznego oporu i przy uciskaniu barku oraz pierśi ku tej stronie chciała się także usuwać ku tejże stronie, natenczas ręka asystenta lub akuszerki uzupełnia boczną ścianę miednicy ku górze i zapobiega w ten sposób łatwo usuwaniu się główki. Okoliczność ta zachodzi rzadko i tylko wtenczas, kiedy główka stoi nadzwyczaj wysoko.

Zalety zaś, jakie posiada tego rodzaju zamiana położenia twarzowego na potylicowe, są następujące:

1) Operacya sama nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa i przy zręcznem operowaniu sprawia ból tylko nieznaczny, a gdyby się nawet operacya wcale nie udała, natenczas szkoda jakaś mogłaby tylko wtedy powstać, gdyby się próby wykonywało szorstko i niezręcznie. Jeżeliby się zaś skręcenie główki udało tylko częściowo, tak iżby powstało położenie czołowe, natenczas nie potrzeba się obawiać gorszego przebiegu porodu, jak przy położeniach twarzowych; takie bowiem sztucznie wywołane położenia czołowe powracają znowu wkrótce do położen twarzowych. Położenia te nie należą też do owych położen czołowych, które nie przedstawiają prostych krótkotrwałych przejść z położen czaszkowych do twarzowych; lecz jako takie pozostają uporeczywie podczas całego albo prawie całego okresu wydalania; etyologia tychże jest zupełnie odmienna.

2) Metody tej można użyć, skoro się tylko rozpozna położenie twarzowe, a więc wyjątkowo także już na końcu ciąży, albo zaraz w pierwszym czasie porodowym aż do ukończenia okresu przygotowawczego; wśród pomyślnych okoliczności, kiedy pęcherz płodowy jeszcze nie pękł i t. d. możnaby ją także i później wykonać. W ogóle jednakże uda się tem pewniej operacya, im wcześniej się ją wykona. W okresie zaś wydalania najlepiej nie podejmować wcale tej operacyi, mianowicie kiedy główka w położeniu twarzowym jest już mocno zepchniętą do miednicy. Okoliczność ta nie czyni bynajmniej ujemny nowo zalecanej metodzie, ponieważ i inne operacye tylko wtenczas mają wartość, kiedy je podejmujemy w czasie stosownym.

3) Próbuując metody tej, nie wykluczamy bynajmniej zastosowania jakiegokolwiek innego leczenia. Jeżeli się operacya nie uda, natenczas rokowanie i leczenie pozostają te same, ponieważ nawet pęcherz płodowy pozostał nietknięty; jeśli się zaś pomyślnie ukończy, natenczas rokowanie staje się lepszem, a leczenie co najmniej prostszem.

4) Za pomocą metody tej dojdziemy nieraz do pomyślnego końca w wypadkach gdzie inne operacye tego dokazać nie mogą.

W końcu nadmieniam autor jeszcze następujące uwagi, dla tych, którzyby chcieli robić doświadczenia z powyżej opisaną metodą :

1) Kto się chce podjąć tej operacyi, musi przedewszystkiem być jak najdokładniej obeznany z badaniem zewnętrznem, tak iż wyszukanie pojedynczych części płodu, jako to przodującego barku, pośladków i t. d. nie tylko nie sprawia mu żadnych trudności, ale nadto takowe zachwycić będzie umiał łatwo. Nadto musi badać z pewną lekkością, a mianowicie się wystrzegać takiego uciskania i drażnienia powłok brzusznych i macicy, iżby się takowe zaczęły kurczyć silnie, zanim się osiągnęło celu swojego przynajmniej w większej części.

2) Z początku należy operacyę tę wykonywać w wypadkach lżejszych, to jest w takich, gdzie woda płodowa jeszcze nie odpłynęła, główka stoi jeszcze ruchoma po nad wchodem miednicy, i powłoki brzuszne nie są za grube i zbyt napięte. Najpierw więc należy metodę tę zastosować w okresie przygotowawczym albo przynajmniej na końcu tego okresu, u mnogorodzących nie otyłych i kiedy pęcherz płodowy jest jeszcze nienaruszony. Możeby było dobrem pierwsze próby wykonać wśród odurzenia rodzącej, ponieważ chodzi o to bardzo, aby się właśnie pierwsze usiłowania udały pomyślnie i zostały wykonane należyście.

3) Dalej możnaby wpaść na tę myśl, że kiedy położenia twarzowe dają się zamienić na potylicowe, operacya ta musi być daleko łatwiejszą przy położeniach czołowych. Dotyczy to jednakże tylko tych położen czołowych, które mają równą etiologię z położeniami twarzowymi i które powstają w ten sposób, że główka przechodząc z położenia czaszkowego do twarzowego musi także stanąć chwilowo w położeniu czołowym. Inaczej ma się rzecz z temi położeniami czołowymi, które nazywamy *kat'exochen*, a które znane są ze swego długiego przebiegu i z uporeczywości, z jaką się opierają wszelkim próbom poprawienia tego rodzaju ustawienia płodu; etyologia tych położen, o której może na innem miejscu nadarzy się sposobność pomówić, jest zupełnie odmienna od etiologii położen twarzowych. Tego rodzaju położenia czołowe, przy których, gdy je spostrzeżemy, główka zazwyczaj stoi już większą częścią w pochwie, nie można leczyć w sposób wyżej opisany, ponieważ nie osiągnęlibyśmy żadnego skutku. W wypadkach takich należałoby raczej, kiedy główka już zstąpiła nisko i do ust dziecka można dojść w przedniej połowie miednicy, takowe ściągnąć ku dołowi i w ten sposób spowodować położenie twarzowe. Jeśli zaś twarz jest zwrócona ku tyłowi, a przytem obrotu nie chce się wykonać albo takowy jest niemożliwy, wtenczas nale-

żałoby sprowadzić położenie czaszkowe, ale nigdy za pomocą tylko rękoczynu zewnętrznego, tak iż owej wyżej opisanej metody zamiany w żadnym kierunku nie można zastosować przy właściwych położeniach czołowych.

4) W niektórych położeniach twarzowych nie można w ogóle wykonać zamiany na położenie potylicywe, mimo, że główka stoi wysoko, niekiedy zupełnie po nad wehodem, i inne okoliczności sprzyjają, tak iż zmiana w ustawieniu płodu nie doznaje żadnej przeszkody, ani ze strony miednicy ani macicy, ani też powłok brzusznych. Są to te wypadki, w których położenie twarzowe powstało podczas okresu wydalenia z położenia czaszkowego w ten sposób, że sznurek pępkowy, już przed porodem względnie za krótki dla zawikłania się około szyjki płodu, ulegając regularnie podczas porodu względnemu skróceniu, pociąga za szyję płodu ku miejscu swego przyczepienia w łożysku. Tego rodzaju mechanizm może spowodować nie tylko położenie twarzowe, chociaż nader rzadko, ale nadto przy położeniach czaszkowych sprawić niemile powikłania.

5) Aby zapobiedz powrotowi sztucznie sprowadzonego położenia potylicowego do położenia twarzowego, nie potrzeba zazwyczaj nic robić; w okresie bowiem przygotowawczym, i to częściej jeszcze w jego drugiej połowie, w którym to czasie zazwyczaj operujemy, otaczają główkę dość silnie szyjka macicy i ściągacz wewnętrzny; nadto utrudnia powrót do położenia twarzowego ciało macicy, które w czasie tym już dość znacznie jest skrócone. Gdyby jednakże te obie okoliczności nie wystarczały do ustalenia nowego położenia, albo gdyby sztuczny obrót główki nastąpił nadzwyczaj łatwo, natenczas zaleca autor przebić pęcherz płodowy, aby tym sposobem utrudnić główce powrót do pierwotnego położenia. Gdyby się zaś operację miało wykonywać zaraz na początku okresu przygotowawczego, tak iżby się bardzo niechętnie przekłóło pęcherz płodowy, natenczas zaleca autor dla utrzymania nowego położenia główki, kobiecie ułożyć się na tym boku, ku któremu jest zwrócona pierś płodu.

Czy opisaną metodę operacyjną można z korzyścią zastosować nie tylko w okresie przygotowawczym, ale także w okresie wydalenia płodu, muszą dalsze doświadczenia wykazać. W każdym razie metoda ta, jak się spodziewa autor, będzie przy położeniach twarzowych mniej więcej tę samą odgrywać rolę, jaką obecnie odgrywa przy położeniach miednicowych obrót na główkę za pomocą rękoczynu zewnętrznego, albo za pomocą rękoczynu podwójnego według Braxton'a Hicks'a.

---

## KORRESPONDENCYA.

---

*Wiedeń, dnia 4 Października 1873 r.*

### **Trzeci międzynarodowy kongres lekarski.**

*(Ciąg dalszy).*

#### **Drugie Posiedzenie.**

2-go września, 4-ta godzina po południu.

Zakończenie obrad w kwestyi szczepienia ospy.

Sprawozdawcy: Prof. Dr. Hebra, Docent Dr. Kaposi i Docent Dr. H. Auspitz.

Specjalisci trzymający pióro: Dr. H. Hebra. Dr. Geber.

Przewodniczący: Prof. Jaccoud (z Paryża), Prof. Hebra (z Wiednia), Prof. Castiglione (z Rzymu).

Generalny sekretarz: Dr. J. Schnitzler.

Trzymający pióro: Dr. J. Hoffmann.

Docent Dr. Izydor Neumann (z Wiednia). Zwraca uwagę, że zwolennicy szczepienia, do których i on należy, po ukończeniu teraz właśnie rozległej i ciężkiej epidemii ospowej, szczególnie kładą nacisk na konieczność szczepienia i wtórnego szczepienia. Mówca danymi statystycznymi przekonywa jak zbawiennem jest szczepienie.

W szpitalu dla chorych na ospę, będącego pod jego dyrekcją umierało:

Z 1148 chorych 140 tj. 12%, między temi było szczepionych 1030, nieszczepionych 91, wątpliwych 27. Z 1030 szczepionych, umarło 90 t. j. 8,7%, z 91 nieszczepionych 40 t. j. 43,9%, a więc śmiertelność tych była przeszło 5 razy większa jak pierwszych.

Dzisiaj nikt już nie utrzymuje, ażeby szczepienie miało stanowić bezwzględną ochronę od zarażenia się, niemniej jednak jest pewnym, że szczepieni rzadziej i na łżejsze formy ospy zapadają, jak nieszczepieni. Że liczba szczepionych zapadających na ospę, tak znaczną jest po szpitalach, pochodzi z tego, że liczba szczepionych w ogóle o wiele znaczniejszą jest, jak nieszczepionych.

Według świeżego wykazu, podczas ostatniej epidemii berlińskiej, znajdowało się 200000 nieszczepionych, 330000 szczepionych i 270000 rewakcywowanych. Z pierwszych zachorowało 14%, z drugich 2%, z ostatnich 0,5%. Dane te przekonywają nas, że nie tylko śmiertelność, lecz także i liczba zapadających na ospę u nieszczepionych znacznie jest większą. Ci ostatni przeto dają większy powód do szerzenia się choroby niż szczepieni, co także ze stanowiska ekonomicznego jest ważnem. Gdyż skoro trwanie choroby u szczepionych znacznie jest krótszem, niż u nieszczepionych, w takim razie szpitale ponoszą większe koszty z powodu tych ostatnich.

Podczas ostatniej epidemii ospy w Londynie obliczono mniej więcej, że przewyżka kosztów wynosi 9300, która to przewyżka nie istniałaby, gdyby wszyscy byli szczepieni. Trzeba tu także doliczyć i stratę dni roboczych u nieszczepionych z powodu zapadania na cięższe formy ospy, gdyby zaś chorzy ci byli szczepieni, to strata dni roboczych nie byłaby tak znaczną.

Mówca przeto radzi członkom kongresu, aby zgodnie z propozycją komitetu wyrazili się twierdząco w kwestyi szczepienia ospy.

Dyrektor Dr. Fridinger (przełożony zakładu podrzutek i głównego instytutu dla szczepienia ospy w Wiedniu) na zasadzie dwudziestoletniego doświadczenia w kwestyi szczepienia ospy i wielolicznych stosunków z tysiącami lekarzy, uważa mówca za obowiązek wypowiedzieć parę słów w tej, tak ważnej dla wszystkich cywilizowanych państw, kwestyi;

Przedewszystkiem protestuje mówca, przeciwko sposobowi, w jaki jeden z przeciwników szczepienia wczoraj, czeigodny charakter Jennera wątpliwości podał. Gdy zwrócimy uwagę, że Parlament angielski ofiarował 30000 funt. szterl. za odkrycie szczepienia i gdy dalej zwrócimy uwagę, że lekarze berlińscy w roku 1803, a więc w czasie, w którym srebro było niezmiernie rzadkiem, na cześć Jennera medal pamiątkowy wybić kazali; to trzeba przypuścić, że Jenner musiał położyć widoczne zasługi w kwestyi zdrowia publicznego.

Aby dać dowód jak Parlament angielski przyjął odkrycie Jennera, trzeba koniecznie wiedzieć, że parlament w roku 1808 żądał, żeby dopiero po upływie przeciętnej liczby lat życia człowieka odkrycie Jennera było poddane ostatecznym badaniom. Parlament angielski dotrzymał słowo. W roku 1856 (podczas, gdy niedawno bo w roku 1840 szczepienie ospy, mocą aktu parlamentarnego zabronionem było pod karą miesięcznego aresztu) całemu ucywilizowanemu światu postawiono pytanie odnośnie do czasu trwania siły ochronnej szczepia ospy. Odpowiedź jest znana — tylko dwóch lekarzy na 539 oświadczyło się przeciwnikami Jennerowskiego szczepienia, lecz oświadczyli się za zaniechanem już szczepieniem za pomocą limfy wziętej z ospy ludzkiej. Nie można przeto zarzucić rządowi angielskiemu pośpiechu co do wyrzeczenia na korzyść Jennerowskiego szczepienia.

Mówca oświadcza się tedy za przymusowem szczepieniem, jak to ma miejsce w państwie Niemieckim już od dawna, w jednej części Węgier od roku 1857, a w Anglii od roku 1861; to samo się odnosi się i do ścisłego przeprowadzenia rewakcynacyi.

Mówca oświadcza dalej, zgodnie z przepisami przyjętymi w Anglii, za limfą humanizowaną i za szczepieniem z ramienia na ramię; gdyż przekonał się on, jak to i Müller z Berlina potwierdza, że krowianka niedobrze się przyjmuje.

Mówca dla nadania większej wartości swoim doświadczeniom, odczytuje list Dra Simona z Londynu, znanego autora niebieskiej księgi angielskiej, datowanej z dnia 17 Czerwca b. r. o szczepieniu, gdzie tenże stanowczo oświadcza się za użyciem limfy humanizowanej.

Co się tyczy sposobu zbierania i przechowywania limfy, mówca utrzymuje, że to jest przedmiotem nauki. Roztworu glicerynowego limfy mówca nie zaleca, gdyż najprzód nie brak czystej, nie mieszanej krowianki, a roztwór glicerynowy limfy, po upływie trzech miesięcy nie przyjmował się więcéj, podczas gdy czysta krowianka nie traci na mocy swój. Nareszcie w razie, gdy kropla krowianki ubogą jest w zarodki, to w takim razie dodanie dziesięciu kropli gliceryny jeszcze bardziej zmniejsza jej działalność. Dostarczenie potrzebnej ilości limfy humanizowanej powinno być zadaniem władz.

Prof. Dr. Markowici (z Bukaresztu) utrzymuje:

1) Że nie jest prawdą, jakoby szczepienie miało powiększać liczbę chronicznych dyskrazji, jak gruźlicę, żolzy i t. d., co się zaś tyczy przymiotu, to mówca sam na to się zgadza. Przyczyny szerzenia się przymiotu szczepieniem, szukać trzeba w złych higienicznych warunkach klasy roboczej i ich zajęciach.

2) Że siła ochronna osłabia się i że fałszywa limfa nie zawsze z łatwością rozpoznać się daje i z téj przyczyny koniecznym jest szczepienie.

3) Że ospa wietrzna (*varicella*) stanowi odździelną i przebiegiem różniącą się chorobę od ospy i ospianki.

Nakoniec mówca zaleca jak najbardziej możliwe przeprowadzenie szczepienia i rewakcynacyi.

Dr. Medovic (z Belgradu), występujące sporadycznie wypadki ospy w Serbii, przenoszone bywają: z Epiru, Albanii i Bułgaryi przez robotników.

Skutki szczepienia były we wszystkich tych wypadkach jak najświetniejsze, gdyż w Serbii już od dawnego czasu nie panowały ciężkie epidemie ospy.

Że zaraźliwe choroby za pomocą szczepienia przenoszone być mogą, mówca nie przeczy, dla tego to obowiązkiem jest każdego ludzkiego, ważnością swego powołania przejętego lekarza, kłaść szczególny nacisk na zdrowie osób, z których limfę się zbiera.

Mówca nareszcie oświadcza na końcu, że tak szczepienie, jak i rewakcynacya winny być przymusowe.

Chirurg Lowi (z Wiednia). Oświadcza się za krowianką, występując przeciw humanizowanej limfie.

Dr. Mazzon (z Kijowa). Objasnia stan kwestyi szczepienia w Rosyi, a szczególniej w Kijowie; robione tam obserwacye doprowadziły do rezultatu, że szczepienie żadną miarą nie stanowi bezwzględnej ochrony przeciwko ospie, lecz przebieg choroby u szczepionych jest o wiele łagodniejszy, a śmiertelność znacznie mniejszą. (d. c. n.)

---

## Wiadomości bieżące.

— Zakład przyrodo-leczniczy w Nowém-Mieście nad Pilicą. (Dokończenie). — Na kład i kapitał spółki. 1) Pałac z parkiem i laskiem, z oficyną i innymi zabudowaniami.

mi z przestrzenią dwóch włók rs. 30,000. 2) Dwa moje domy z łazienkami zupełnie urządzone, ze zdrojami i przestrzenią około włókę wynoszącą i z mieszkaniami dla chorych, we wszystko zaopatrzone rs. 30,000. 3) Przerobienie pałacu rs. 4,000. 4) Umeblowanie i zaopatrzenie we wszelkie potrzeby zakładu rs. 3,000. 5) Wybudowanie domu na mleczarnię, wody mineralne, gabinet elektryczny, gabinet do ściśnionego powietrza, gimnastykę i chodnik kryty rs. 5,000. 6) Wybudowanie przenośnych łazienek nadrzecznych rs. 1,000. 7) Urządzenie spacerów i ocembrowanie źródeł i nieprzewidziane wydatki rs. 2,000. Razem rs. 75,000.

W tej summie znajduje się moich 30,000 rs., do których gotów jestem dodać 5,000 rs. Tym więc sposobem potrzebaby kapitału 40,000 rs.

Kapitał spółki byłby oparty na jej ruchomym i nieruchomym majątku.

Spółka byłaby komandytowa, ja zarządzałbym jej interesami, jeżeliby stowarzyszeni raczyli zarząd mi powierzyć; rachunki szczegółowe zdawałoby się corocznie, pod względem zaś naukowo-administracyjnym, mogliby stowarzyszeni wyznaczać corocznie 3 osoby, których wskazówki i zyczenia administracya zakładu byłaby obowiązana spełniać.

Kapitał spółki musiałby być złożonym w dwóch ratach, jedna przy zawarciu, druga zaś w trzy miesiące później, z resztą inne szczegóły i warunki spółki za spólną naradą możnaby ułożyć.

Co do przypuszczalnego ruchu chorych i możliwych dochodów, możnaby taki ułożyć rachunek:

Zakład przyjmuje internów i eksternów; ci zaś ostatni mają tylko mieszkanie w mieście (pod opieką administracyi zakładu) inne zaś potrzeby, jak stół i leczenie zaspakajają w zakładzie. Pomimo, że zakład będzie cały rok otwarty, w rachunku jednak przybliżonym biorę tylko cztery miesiące letnie za normę czasu. Tym sposobem przypuszczając, że będą wszystkie pokoje oddzielne zajęte, zakład posiadałby 40 internów, a eksternów przypuścimy że będzie 60, interni więc przez 4 miesiące dają dni 4,800 a eksterni 7,200. Przypuszczalne zatem pozycye dochodu byłyby:

1) Z mieszkania licząc pokój po kop. 50, za 4,800 dni internów rs. 2,400. 2) Ze stołowania za 12,000 dni, licząc po kop. 30 czystego dochodu od osoby, rs. 3,600. 3) Dochód z leczenia za 12,000 dni, licząc po 30 kop. od osoby, rs. 3,600. 4) Dochód z wód mineralnych, gimnastyki i inne rs. 1,500. Razem rs. 11,100.

R o z c h o d y. 1) Inspektor zakładu rs. 450. 2) Pomocnik jego pisarz rs. 200. 3) Pięciu lokaj rs. 750. 4) Trzech stróż rs. 450. 5) Mleczarka rs. 250. 6) Garderobiana rs. 200. 7) Dwie służące rs. 200. 8) Podatki rs. 100. 9) Spacer rs. 150. 10) Opał i potrzeby w łazienkach. rs. 500. Razem rs. 3,150. Dochód rs. 11,100. Rozchód 3,150. Czysty dochód rs. 7,950. A zatem przeszło po 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Prawdopodobnie pierwszy rok okazałby dochody mniejsze, ale za to lata następne dałyby nie wątpliwie większe. Interesem zarządu tak moralnym jak i materyalnym byłoby trzymać zakład na stopie o ile można odpowiedniej względem nauki i dobra społeczeństwa. Pomiędzy innymi zakład nie może liczyć jak tylko na klasę ludzi średnią, bo dla bogatych stoi zawsze otworem dostępna i ponętna, zbyt kusząca i frymarczająca obczyzna. Z tego powodu zakład, o ile można, powinien usiłować, aby ceny utrzymania chorych nie były zbyt wygórowane. I tak przybliżenie koszt utrzymania chorego nie powinien przenosić dwóch do trzech rubli dziennie, (w projekcie ustawy taką postawiłem stopę). Przybliżenie dziennie utrzymanie chorego tak się da obliczyć:

Mieszkanie kop. 50. Stół rs. 1 kop. 25. Leczenie kop. 30. Lekarz kop. 30. Służba i światło kop. 15. Razem rs. 2 kop. 50.

W miarę droższego mieszkania summa ta dojdzie do 3 rs.

Stołowanie chorych da się urządzić przez przedsiębiorstwo bardzo ściśle i surowo kontrolowane przez zarząd.

Wypada mi jeszcze nadmienić, że komunikacyę Nowe-Miasto posiada drogą bitą z Warszawą, Radomiem, Piotrkowem, Kielcami, Krakowem, a oprócz tego w połowie szosa z koleją żelazną w Skierniewicach. Do Skierniewic mamy z tąd 7 godzin drogi, z Rawy codziennie chodzi kareta do kolei, nie więc łatwiejszego jak urządzić na sezon letni karete, codziennie chodzącą z Nowego-Miasta do Rawy. Przedstawiają się tu i inne korzystne

okolice w widokach podobnego zakładu. Istnieją przy parku pałacowym wielkie zabudowania magazynu solnego, który będzie w tym roku zniesiony, a budowle w niedalekiej przyszłości przez licytację sprzedane za bardzo przystępną cenę; otóż w tych zabudowaniach możnaby najmniej 100 oddzielnych pokoi urządzić.

Dziś, chociaż jeszcze zakład nie otwarty, a już bardzo wiele odbieram listów od chorych, którzy radziby tu leczyć się. Sądzę więc, że instytut urządzony na taką skalę, jak pobieżnie skreśliłem, a nadewszystko pod światłą oraz bezinteresowną opieką i kierunkiem lekarzy, cieszyłby się powodzeniem i słusznym uznaniem ogółu. Jak każdego leczenia, tym więcej kąpielowego duszą i główną sprężyną jest lekarz, dla tego sądziłbym, że na każdym 50 chorych, zakład powinien mieć przynajmniej jednego lekarza ordynującego.

Zakłady kąpielowe i lecznicze za granicą zawdzięczają kwitnący swój stan usilnym staraniom i czynnemu zajęciu się lekarzy; zyskuje na tem zdrowie i ekonomia społeczna. My, posiadając tak skuteczne zdrojowiska, jak Busk, Ciechocinek, Solec, nie mówiąc o zaniedbanych Goździkowie i Sławinku, narażamy naszych chorych na przykre, kosztowne i utrudzające włóczenie się po wodach i zakładach zagranicznych. Czynne wdanie się lekarzy w sprawę podniesienia zdrojowisk krajowych, zorganizowanie w tym celu spółki: zaczęłoby niezawodnie i kapitalistów do przyjęcia w niej udziału. Wspólka nowomiejska może będzie szczęśliwym zaczątkiem w tej ważnej sprawie. Zakłady lecznicze przy wodach mineralnych są zwykle otwarte dla chorych przez kilka miesięcy letnich i wyłącznie do leczenia tylko wodami urządzone. Chorzy jednak nie zawsze wyczekiwać mogą bezkarnie pory kąpielowej a z drugiej strony w jesieni, a nawet i w zimie wiele sposobów leczenia dają się przeprowadzić. Zakład więc przyrodolecznicy zaopatrzony w wiele i dokładnie urządzonych sposobów leczenia, a otwarty cały rok niewątpliwie może być bardzo pożytecznym dla kraju, dogodnym dla leczonych i leczących, wreszcie dobrze opłacającym się dla nakładców.

Dr. Bieliński.

— Nowe środki lekarskie. Apteka Leonarda Ziemińskiego, Magistra Farmacji (ulica Marszałkowska wprost Zielonego placu) zaopatrzoną została w nowe środki lekarskie, używane za granicą z powodzeniem przez znakomitych lekarzy praktyków—takie jak:

1<sup>o</sup> *Sulphovinas Sodae* (siarkowinian sody); przetwór ten odznacza się smakiem przyjemnym, chłodzącym i słodkawym bez żadnej prawie goryczy i dla tego więcej zalecany jak siarkan magnezyi, sody i cytrynian magnezyi, lub lemoniada magnezyowa—posiada własności przeczyszczające, trzy razy silniejsze i szybsze, jak wyżej wspomniane sole. Podług Profesora S é e średnia dawka dla dorosłych jest od 3 v D j do 3 v j D j j, dla dzieci zaś na które szczególnie dobrze skutkuje, od 3 j j β do 3 j v—rozpuszczone w syropie wiśniowym lub malinowym, albotóż w wodzie selcerskiej.

Działanie téj soli jak objaśnia Dr R a b u t e a u odznacza się tém, że nie sprawia konstypacji, ponieważ prędko przez mocz zostaje wydaloną, nie tworząc jak sole magnezyowe kamieni moczowych z ammono magnezyowych fosforanów składających się.—

2<sup>o</sup> *Picras ammoniae* (karbazotan ammoniaku albo pikronian ammoniaku) używany w zimnicach i nerwobólach twarzowych w formie przestankowej, jest w wielkiem użyciu szczególnie w Anglii, gdzie leczą uporezywe zimnice nabyte w Indyach; przetwór ten jest o wiele łagodniejszym, tańszym i więcej skutkującym jak siarkan chininy. Szczegóły te podał Dr. Dujardin—Beaumont w swoim sprawozdaniu Towarzystwu terapeutycznemu w Paryżu, poddawszy przetwór tenże licznym poszukiwaniom i doświadczeniom. Zauważył namto, że takowy zwalnia obieg krwi, autor bowiem sam używał ten przetwór i po wzięciu 4 pigulek, doświadczył, że częstość tętna spadła z 76 na 72, u młodego ucznia z 84 na 76 po sześciu pigułkach zaraz w poł godziny po użyciu, przyczem wcale nie czuje się zmniejszenia ciepłoty—mocz przy użyciu pigulek zabarwia się na żółto.

Pikronian ammoniaku zadaje się w pigułkach ¼ grana zarobione z jakim ekstraktem i podzielone na 12 pigulek,—użyte co dzień po 2 pigułki. Autor nie używał większych dawek w ciągu dnia nad 10 pigulek, przyczem kończy wnioskiem, że napady zimnicy ustają po użyciu 2 do 4 pigulek; zwyczajną jednak metoda leczenia jest wskazana wyżej 2 pigułki dziennie przez 4, 5 do 8 dni, lubo często po użyciu jednéj dawki przetwór ten przecina zimnicę jeżeli jest lekką w cięższej zaś zmienia napady, ich natężenie i nareszcie takową zupełnie usuwa.

Apteka wyżej wspomniana otrzymała także *Grindellae robustae* przeciw astmie nerwowój—*Folia Boldo* przeciw cierpieniom wątroby używane jako napój; Kasyne Dra Bedalla przeciw soliterowi; *Apomorphinę* angielską—środek wymiotny, który ponieważ zadaje się jako wstrzykiwanie podskórne, jest w pewnych razach takich jak przy uduszeniu się, lub przy mocno podrażnionym stanie żołądka, o wiele wyższym od innych środków wewnątrz zadawanych.

Apteka także stale utrzymuje *Amylnitrit* w epilepsyi i migrenie stosowany jako środek do wężania, oraz *Saccharuretum Cheretti* i *Tra Eucalypti Globuli* w zimnicach i *Syrupus Eucalypti* w chorobach wycieńczających i piersiowych zalecany; nadto:

Tran oczyszczony podług metody Aptekarza Möllera w *Christyanii* opisaną przezemnie w Gazecie Lekarskiej z r. 1869 w N-rze 31, 32 także *Syrupus ferri oxydati solubilis*; przytem Instytut wód mineralnych sztucznych i ze źródeł czerpanych czyli naturalnych przyjmuje obstalunki i w porze zimowój, na wszystkie wody lecznicze i opakowane dostawia do Kolei Żelaznych bez doliczania wysółki do takowych.

— Cholera w Warszawie. Czytelnikom Gaz. Lek. wiadomo, że epidemia cholery w Warszawie zaczęła się w roku bieżącym 18 (30) maja; pierwszy zapadł na cholere fiasak, podany austriacki, który przyjechał był do Warszawy Wisłą z Galicyi, zkał też cholera przyniesioną została. Odtąd epidemia wzmagala się coraz bardziej z dniem każdym, aż do lipca, w którym to miesiącu śmiertelność dochodziła do cyfry 20 osób dziennie, wypadki zaś zapadania na cholere wynosiły po 60 i więcej osób dziennie; lecz następnie, od początku sierpnia, epidemia zaczęła słabnąć i w drugiej połowie października ustala całkiem. Czytelnikom którzy śledzili wykazy o biegu cholery, wiadomo, że 17 (29) października wyzdrowiał ostatni chory, tak iż 18 (30) października nie było już w mieście ani jednego chorego na tę epidemiję; wypadki zaś zapadania na cholere ustaly na kilka dni przedtem. W roku bieżącym cholera epidemiczna panowała w mieście przez całe pięć miesięcy; w wojskach zaś załogi warszawskiej ustala ona prawie o dwa tygodnie weześniej niż pomiędzy ludnością miejską, mianowicie 2 (14) października. — Podajemy tu wiadomości urzędowe o biegu cholery w Warszawie za cały czas jej istnienia. Od chwili ukazania się cholery w Warszawie, zachorowało na tę epidemiję ogółem 4189 osób, w tej liczbie 769 dzieci; z tych wyzdrowiało 2524, w tej liczbie 350 dzieci, zmarło 1665 osób, w tej liczbie 419 dzieci. Ponieważ epidemia trwała pięć miesięcy czyli 150 dni, w przecięciu przeto zapadło w Warszawie dziennie na tę epidemiję po 28 osób, nie licząc w to wojsk załogi warszawskiej, umierało dziennie w przecięciu przeszło 11 osób ( $11\frac{1}{10}$ ) wracało zaś do zdrowia znacznie więcej niż umierało, mianowicie w przecięciu po 17 osób dziennie. Ostatnia przeto cholera epidemiczna nie była złośliwa, dzięki głównie troskliwości, staraniom i środkom przedsiębranym stale przez komitet choleryczny i przez policję wykonawczą. Co się tyczy stosunku wypadków zapadania na cholere i śmiertelności w Warszawie do ogólnej liczby ludności miejskiej, to licząc tę ostatnią, bez wojsk załogi, na 276000 mieszkańców, przekonamy się, że liczba tych, którzy zapadli na cholere, wynosiła tylko  $1\frac{1}{2}\%$  czyli 1,59, liczba zaś zmarłych tylko 0,6%. W wojskach załogi warszawskiej, od chwili ukazania się cholery zachorowało ogółem 755 osób, z tych zaś wyzdrowiało 516 i umarło 239. Z liczb tych okazuje się, że zachorowało w przecięciu dziennie po 5,4 umierało po 1,8 wracało zaś do zdrowia znacznie więcej, bo prawie po 4 osoby. Licząc wojska załogi warszawskiej na 17,591 ludzi, stosunek tych, którzy zachorowali na cholere, wynosi za cały okres panowania tej epidemii w Warszawie  $4,3\%$ , zmarłych prawie  $1,3\%$ , i tych którzy wrócili do zdrowia około  $3\%$ .

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy  
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---