

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: Z kliniki chirurgicznej Uniwersyteckiej prof. KOSIŃSKIEGO w Warszawie. Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem. Podał Wł. MATLAKOWSKI asystent tejże kliniki. — Z kliniki lekarskiej prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Kilka słów o pneumatometrii, czyli monometrii płuc pod względem fizyologicznym i rozpoznawczym. Podał dr. RYCHLIKI. (c. d.) — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenie z d. 26 Czerwca r. b. — Krotkie sprawozdanie z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O ślepotcie nikotynowej. Wpływ ucisku jajnika na przykurcze maciczne. Szkodliwość chromianu potażu w pokarmach. — Krotkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Nowy sposób budowania wychodków, przy którym kał na miejscu spalony zostaje — Przegląd biblijograficzny. D-ra Jana STEINER'A. Rys nauki o chorobach dzieci. Przekład polski. Ocenił dr. A. KWAŚNICKI. — Ogłoszenia.

## Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ UNIWERSYTECKIEJ

Prof. KOSIŃSKIEGO w Warszawie.

### Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem.

Podał Władysław Matlakowski asystent tejże kliniki.

31 Grudnia 1873 roku, w rocznikach chirurgicznych zapisano nową operację, która daleko sławę operatora rozniosła. BILLROTH po raz pierwszy wyciął całkowicie krtan, chory operacją wytrzymał i zdrow szpital opuścił. Operację tę poprzedziły doświadczenia CZERNE'GO, który wycinając psom krtani, doszedł do przekonania że usunięcie tego przyrządu kończy się u nich wyzdrowieniem. Od tej pierwszej operacji upłynęło niecałe 4 lata, w tym czasie wykonano 9 wycięć całkowitych <sup>1)</sup> i dwa częściowe <sup>2)</sup>. Gdy dzieje tej operacji są tak świeże, sama ona tak ciekawa, sądzimy, że opis 10-ej tego rodzaju operacji będzie właściwym tem bardziej, iż ku niemałej sławie naszego uniwersytetu dokonaną została w tutejszej klinice.

<sup>1)</sup> Szczegóły historyczne czerpię z notat, których mi łaskawie udzielił prof. KOSIŃSKI.

9 całkowitych operacji wykonali w następującym porządku chronologicznym: 1<sup>o</sup> BILLROTH (1873); 2<sup>o</sup> HEINE (w Pradze 1874); 3<sup>o</sup> MAAS (we Wrocławiu 1874); 4<sup>o</sup> SCHMIDT MORITZ (we Frankfurcie 1874); 5<sup>o</sup> BOTTINI (w Nowarze 1875); 6<sup>o</sup> LANGENBECK (w Berlinie); 7<sup>o</sup> MAAS; 8<sup>o</sup> BILLROTH; 9<sup>o</sup> SCHÖNBORN (w Królewcu). Z tych dwie ostatnie nie były opublikowanemi.

<sup>2)</sup> Częściowe wycięcie (*Resectio laringis*) wykonali HEINE (w Pradze) i SKLIFASOWSKI (w Petersburgu).

Dnia 20 Lutego 1877 roku, przybyła do kliniki pani Kwiatkowska Tekla, 36 lat wieku licząca. Choroba zaczęła się dwa lata temu. W owym czasie chora z powodu nieznośnego gorąca, panującego w kajucie parostatku wyszła na pokład, gdzie wkrótce poczuła ból gardła i dostała chrypki. Wzmagając się stopniowo, choroba doprowadziła w końcu chorą do stanu zatrważającego. Duszność i bezdźwięk głosu (*aphonia*) były głównymi objawami cierpienia, które w końcu zmusiło chorą do tego, że w kwietniu 1876 r. wstąpiła do szpitala w Warszawie. Przy badaniu krtani z zewnątrz nie przedstawiała żadnych zmian, przy mocnem nacisnięciu na więz tarczko-obrączkowy (*lig. conoides*) była nieco bolesną. Badanie wziernikiem krtaniowym było niemożliwe, gdyż niezmiernie męczyło chorą, a nagłośnia opuszczona, nie pozwalała widzieć wnętrza krtani. Wobec objawów wysokiego zwężenia głosni, wzmagającej się duszności, prof. KOSIŃSKI zaraz na drugi dzień wykonał przecięcie tchawicy i chora wkrótce z cewką w tchawicy i swobodnym oddechem wyjechała. Operacja ta istotnie znakomicie polepszyła stan chorej. Już jednakże w Lipcu 1876, zaczęła ona napowrót chorować, na szyi otwierały się „wrzody”, a w końcu ukazał się i sam nowotwór na krtani.

Stan chorej po przybyciu do kliniki był następujący:

Budowa ciała średnia. Ustrój w najwyższym stopniu wyniszczony. Skóra bardzo blada. Zapas tłuszczowy znikł zupełnie, mięśnie sprowadzone do *minimum*. Stan bezgorączkowy. Wewnętrzne przyrządy klatki piersiowej i jamy brzusznej, z wyjątkiem małej rozedmy pęcherzyków płucnych, nie przedstawiają żadnych wybitnych zmian chorobnych.

Na szyi znajduje się otwór, w tchawicy dla cewki tracheotomicznej, brzeg jego równy, nie porosły bujną ziarniną; ku dołowi pierścien chrzastki tchawicy stale przyrosły do skóry. Zaraz nad tym otworem znajduje się grzybowata narośl, o powierzchni równej, wielkości pięciokopiejkowej monety. Powierzchnia narośli zupełnie równa; jakby skrojona, sucha, koloru mięsa, z wyglądu do gruczołu podobna, przedstawia bowiem grubą ziarnistość. Grzyb nie wiele nad poziom skóry się wznosi; brzegi wywnięte osobliwie też z prawej strony; po uniesieniu brzegu można się przekonać, że podstawa gruba wychodzi z głębszych tkanek i jest mniejszą w obwodzie niż sama narośl. Z powierzchni guza wycisnąć można wągrowate czopki. Słowem narośl przedstawia typowe cechy rakowca.

Lecz i bez tego kontury szyi były zmienione: zdaje się jak gdyby szyja w środku obrzmiała, mięśnie mostko-obojeżyko-sutkowe rozsunęte, a cała okolica krtaniowa powiększona. Mimo to, że skóra jest bardzo cienką, wcale nie można domagać się przez nią samej krtani. Nie mówiąc o *Pomum Adami*, którego miejsce zajmuje guz wyżej opisany, osadzony nieruchomo na krtani, nie można wyczuć ani wcięcia górnego (*Incisura sup.*), ani górnego brzegu chrzastki tarczowej, ani wałeczkowatej powierzchni chrzastki obrączkowej. Również nie można wyczuć kości grdykowej (*os. hyoideum*) z wyjątkiem rogu większego (*cornu majus*), słowem miejsce krtani zajmuje guz odgraniczony zupełnie od przyrządów otaczających,

trzymający się ściśle łożyska krtani, podobnie jak ona ruchomy i z naroślą grzybowatą w bezpośrednim znajdujący się związku. Cały guz, o ile wymacać go można, jest większy aniżeli krtani, więcej wystaje ku przodowi i bardziej sięga na boki. Narośl niejednakowo przedstawia się po obu stronach po prawej brzeg ostro odgraniczany, wałeczkowaty; po lewej zaś niższy, nie tak podkopany.

Z tej też strony nowotwór ściśle zrasta się ze skórą, w której wymacać się daje nacieczenie rakowe. Sama skóra z tej strony nieprzesuwalna, cienka, ślisa i zmieniona nawet i ta jej część, która pokrywa część wewnętrzną m. mostko-obojęczyko-sutkowego. Od dołu narośl odgraniczona wyraźnie wałeczkowatym brzegiem, podobnie jak od góry. Pomiędzy naroślą, a otworem do tchawicy dla cewki tracheotomicznej, znajduje się wązki paseczek zdrowej skóry. W dolnej części guza znajduje się zagłębienie, a na dnie jego otwór przetoki, prowadzącej do jamy krtani. Po usunięciu cewki, przez otwór nie widać nowotworu, a badanie zgłębnikiem trudne, bo wywołuje gwałtowny kaszel.

Gruczoły chłonne karotyczne i dalsze szyjowe nie zajęte, przynajmniej w wyraźnym stopniu, chociaż jeden z nich po prawej stronie, zdaje się jakby nieco twardszy.

Badając palcem przez jamę ustną, wyczuwa się nagłośnię gładką, nieco zgrubiałą i zmniejszoną; krtani cała ku tyłowi przesunięta i nie daje się ku przodowi odsunąć. To nam tłumaczy wysokie utrudnienie w polykaniu; od kilku tygodni chora żyje tylko pokarmami płynnymi, twardych kęsów zupełnie połyskać nie może.

Powietrze zupełnie przez krtani nie przechodzi; po wyjęciu cewki i po zatknięciu szczelnie palcem otworu w tchawicy, chora wcale oddychać nie może i dostaje zaraz duszności.

Z tego wszystkiego wypływało jedno tylko wskazanie mianowicie wycięcie całkowite krtani. W innych warunkach możeby nie zgodziła się chora i jej brat na operację, której ważności nie miał wcale przed niemi operator. Jednakowoż zupełna niemożliwość polykania pokarmów pożywniejszych, skazująca ją na nieochybną śmierć głodową, częste, za byle jakim powodem krwawienia z guza, były tak straszliwie uciążliwymi objawami, że chora na operację się zgodziła. Z powodu panującej endemicznie róży, operację odłożono z początku na przyjaźniejszą porę, szybki atoli wzrost narośli i rosnące pogorszenie stanu chorej zmusiły nie zważać na tę okoliczność i przystąpić do operacji jak najrychlej, co też rzeczywiście nastąpiło dnia 15 Marca 1877 r.

W dniu operacji założono chorej cewkę tracheotomiczną przyrządu TRENDLENBURG'A z nawleczonym na nią woreczkiem kauczukowym. Nieodbyło się to bez trudności, ponieważ nowa cewka była grubsza od tej, do której chora już była przywykła. Chora dostawała silnych napadów kaszlu tak, że operator zmuszonym się widział naciągnąć woreczek kauczukowy na zwyczajną cewkę chorej, stosownie go przywiązawszy; poczem wprowadzono ją do tchawicy. Chora miała ten przyrząd kilka godzin,

przyczem woreczek był nadęty, tak że do (pewnego stopnia już się do tamponady przyzwyczaiła.

Przystępując do operacji, operator miał gotowy plan postępowania. 1<sup>o</sup> Wiedział, że potrzeba usunąć całą krtani i był do tego przygotowany, gdy tymczasem w pierwszym przypadku BILLROTH przystąpił do roztworzenia krtani i do częściowego usunięcia raka i dopiero następnie po rozpozczęciu już operacji, przekonawszy się, że tą drogą nie się nie wygrywa, obudził chorego, zaproponował mu całkowite wycięcie, a otrzymawszy odeń zezwolenie nanowo go zachloroformował i całą krtani wyciął. 2<sup>o</sup> Że przy wyluszczeniu na trupie przecinając więz tarczogrdykowy (*lig. thyreo-hyoideum*) przecina się w głębi przytwierdzenie nagłośni, która po usunięciu krtani przy języku pozostaje. 3<sup>o</sup> Że grubość warstwy zawartej między skórą odstepu grdyko-tarczowego i błoną śluzową, pokrywającą tylną powierzchnię podstawy nagłośni (*epiglottis*) jest znacznie grubsza, niż by się to wydawać mogło, na co i HYRTL zwraca uwagę. 4<sup>o</sup> Prof. KOSIŃSKI postanowił, o ile tylko się da, trzymać się chrzęstnego szkieletu krtani, który sam tylko może przedstawiać stały i niezawodny punkt orientowania się wśród tyłu i tak ważnych ustrojów. 5<sup>o</sup> Operator chciał usunąć krtani z wyrodniałą i grzyb na niej siedzący razem *in toto*, oszczędzając w ten sposób preparat anatomo-patologiczny, ale też znakomicie utrudniając sobie samą operację.

15 Marca nakoniec przystąpiono do operacji. Chorej założono wewnętrzną cewkę tracheotomiczną, z nawleczonym na nią woreczkiem kauczukowym i zachloroformowano za pomocą TRENDELENBURG'owskiego lejka, połączonego cewą z cewką tracheotomiczną. Woreczek kauczukowy po zachloroformowaniu nadęto. (Zatamponowanie tchawicy). Chora leży na zwyczajnym stole operacyjnym, głowa umieszczona nisko na cienkiej poduszce sieczkowej, aby otworzyć lepszy dostęp do szyi.

Przekonawszy się, że woreczek dobrze tamponuje tchawicę, poprowadzono, zaczawszy od linii środkowej mianowicie od skóry okolicy nadgrdykowej, dwa cięcia, rozbieżne na prawo i na lewo, otaczające nowotwór przyczem szczedzono skórę ile tylko było można. Ponieważ nacieczenie rakowe przeistoczyło całą błonę grdyko-tarczową (*Mem. hyothyreoidea*) jako też części miękkie, pokrywające z przodu i z boków krtani samą: jak mięśnie mostko-grdykowe i mostko-tarczowe, jako też tarczogrdykowe, przeto, pozostawiając tę masę rakowatą przy krtani, trzeba było z całą ostrożnością oddzielać chore od zdrowego, w części za pomocą skalpela, w części zaś za pomocą skrobaczki (*raspatorium*). U góry w odstepie grdyko-tarczowym prof. KOSIŃSKI trzymał się w części środkowej dolnego brzegu kości grdykowej, głębiej jednak, jako też po bokach oddzielanie guza było bardzo trudne, bo nie można było znaleźć górnego brzegu chrząstki tarczowej, gdyż ten znikł w ogólnej massie nowotworu. Po bokach krtani, posługując się nożem, a więcej jeszcze skrobaczką, oddzielano nowotwór od części zdrowych, co stanowiło bardzo mozolny akt operacji. Dopiero gdy aż w samej głębi, udało się za pomocą skrobacz-

ki osiągnąć tylnych brzegów chrząstki tarczowej, operacyja poszła łatwiej i śpieszniej. Odseparowawszy je od części miękkich, prof. KOSIŃSKI posunął się ku górze, oddzielił różki górne (*cornua superiora*), a w końcu powrócił do błony tarczowo-grdykowej. Błona ta i części miękkie, odpowiadające odstępowi jednoimiennemu, były usunięte za pomocą ostrej łyżeczki VOLKMANN'A, tak były kruche i przerodzone, wreszcie operator wniknął do jamy gardzieli i oddzielił zupełnie krtań od góry. Odchyliwszy, ile się dało krtań za pomocą haczyka ku przodowi, a następnie trzymając się jak najściślej chrząstek, oddzielił błonę śluzową i części miękkie pokrywające tylną powierzchnię chrząstek nalewkowych (*cart. arytaenoideae*) i szeroką „sygnetowatą” jak mawiał nieboszczyk prof. HIRSZFELD, powierzchnię chrząstki obrączkowej, aż do dolnego brzegu tej ostatniej.

W tym punkcie operacji, krtań była oddzielona od góry, po bokach i od tyłu, pozostawało tylko połączenie z tchawicą i to tylko w części, bo od przodu był już otwór potracheotomiczny; trzeba było tylko oddzielić krtań od tyłu. Trzymając się dolnego brzegu chrząstki obrączkowej, odcięto *membranam cricotrachealem* od tyłu i po bokach, na czem zakończyła się właściwa operacyja.

Następnie ostrym haczykiem ujęto wierzchołek nagłośni, a sprowadziwszy ją ku dołowi, całkowicie ją wycięto. Część łuku podniebienne-gardzielowego musiała także być odcięta z powodu nacieczenia rakowatego.

Operacyja, z powodu zatartych granic krtani, nacieczenia mięśni a ztąd mozolnego i zmuźnego odseparowywania, przeciągnęła się długo gdyż trwała 1½ godziny.

(Dok. nast.)

## Z K L I N I K I L E K A R S K I E J

Prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

### VI.

Kilka słów o pneumatometrii czyli manometrii płuc pod względem fizjologicznym i rozpoznawczym.

Podał dr. Władysław Rychlicki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 27).

Wykonawszy kilkaset doświadczeń z pneumatometrem, mogliśmy sobie wyrobić sąd własny o trudnościach badania, a sąd ten nie jest wcale pochlebnym. Każdemu lekarzowi wiadomo, jak często napotyka się osoby zdrowe, lub chore, które nie umieją głęboko oddechać i których mimo najrozmaitszych sposobów, prób i wyjaśnień, przy największym zapasie cierpliwości ze strony lekarza, przecież w żaden sposób do głębokiego oddechania przyuczyć nie można. Bardzo często spostrzega się, że osoby zresztą bardzo pojętne, zamiast wykonać swobodnie głęboki wdech i wprowadzić w ruch najpierw mięśnie oddechowe właściwe, a potem mięśnie oddechowe dodatkowe, oddechają od razu przy współdziałaniu wszystkich mięśni oddechowych i skutkiem tego nie mogą się zdobyć na wdech należytej

głębokości. Często zauważać można, że w pewnym okresie wdechu zwięzają niektóre osoby głośnię i tamują w ten sposób swobodny dostęp powietrza do płuc i swobodne rozszerzanie się klatki piersiowej, lub że przy głębszym wdechu kurczą silnie mięśnie brzuszne i wprowadzając tłocznię brzuszną w stan czynny tamują w ten sposób swobodne działanie przepony. Niekiedy mimo najlepszej chęci ze strony badanego wdech przybiera cechę kurczową, bądź to w skutek zanadto szybkiego kureczenia przepony, bądź też skutkiem równoczesnego wprowadzenia w stan czynny tak mięśni wdechowych jako też wydechowych. Podobne trudności napotyka się niekiedy przy wydechu, a każdy z lekarzy przypomni sobie niejedyn przykład, że w żaden sposób nie mógł przyuczyć chorego do wykonywania jednostajnego i swobodnego wydechu. Najczęściej spostrzega się kurecz dobrowolny głośni lub kurecz mięśni wdechowych przy równoczesnem nasilaniu się mięśni wydechowych, jako przyczynę niemożności lub niesprawności w wykonywaniu głębokich wydechów. Są nadto ludzie którzy nie potrafią głęboko wydechać bez kaszłania, chrząkania, lub stękania równoczesnego. Pomijając w tej chwili te osoby, napotykałiśmy przy badaniu pneumometrycznem dosyć często ludzi, tak zdrowych, jakoteż chorych, którzy, lubo musieli oddechać głęboko, przecież nie dali się przeuczyć należyte do oddechania za pomocą pneumatometru. Przy badaniu za pomocą trestki nosowej stwierdzilismy nietylko trudności, o jakich wspomina WALDENBURG, ale nadto—o czem nie wspomina żaden z autorów—spotykaliśmy dosyć często ludzi inteligentnych bez nieżyty nosa lub gardła, którzy, wdechając lub wydechając nosem, wykazywali niesłychanie małe wartości pneumometryczne, a co ważniejsza, wartości całkiem odmienne, aniżeli przy oddechaniu za pomocą trestki ustnej lub maski. I tak np. pewien uczeń medycyny, okazujący przy należytem oddechaniu trestką ustną wartości: wdechu — 20, wydechu + 30, okazywał przy oddechaniu trestką nosową wdech — 15, wydech + 12, coby wykazywać powinno według WALDENBURGA na niedomogę czyli niedostateczność (*insufficiencia*) wydechową. W innych przypadkach wdech za pomocą nosa był niestosunkowo mały względnie do wydechu, co znów mogło udawać niedostateczność wdechową, której jednakże ani za pomocą trestki ustnej ani za pomocą maski nie wykazano. Czasem przytrafia się, że osoby, nadające się bardzo dobrze do badania za pomocą trestki ustnej, nie potrafiły w żaden sposób oddechać głęboko nosem, jak to także zauważył EICHHORST, lub wyjątkowo okazywały wartości pneumometryczne znacznie większe, niż przy innych sposobach badania (np. w jednym przypadku przy oddechaniu ustami otrzymaliśmy wartości + 40, — 36, przy oddechaniu nosem + 60, — 48 mm.), przy czem różnica między siłą wdechu i wydechu była niekiedy odmienną. Zresztą często zakładanie trestki do nosa — jakto niekiedy wymaga ścisłość i dokładność badania — jest dla wielu chorych nieprzyjemnem, a nawet bolesnem.

Badając za pomocą trestki ustnej przekonaliśmy się, że bardzo często nie można wyuczyć badanych tak, by nie współdziałali mięśniami ja-

my ust. Mimo wszelkich prób i zabiegów wiele osób wdechając ssało z manometru, a wydechając wydymało powietrze z jamy ustnej, tak dalece, że wartości odczytane na pneumatometrze nie były właściwą miarą siły wdechowej lub wydechowej. Dziwną więc wydaje się rzeczą, że WALDENBURG między 2000 osób, które badał za pomocą pneumatometru, znaleźć miał tylko małą ilość, czyli jak się sam wyraża „tylko pojedyncze osobniki” (*nur vereinzelte Individuen*), z którymi do końca dojść nie mógł, a EICHHORST pośród 150 osób napotkał tylko jedną, która nie mogła się nauczyć oddechać według wymagań pneumatometrii. Można by sądzić, że tylko w naszym kraju, osobiwie w warstwach nieoświeconych, znajduje się tak znaczna liczba osób nie umiejących oddychać, gdyby nie okoliczność, że do takich samych wyników doszli LASSAR w Würzburgu i FISCHL w Pradze, którzy również narzekają na niepojętność i nieudolność wielkiej liczby badanych.

Pomimo wszelkiej wprawy i uwagi nigdy zresztą nie można wykluczyć ruchów ssących lub wydymających jamy ustnej, osobiwie przy oddechaniu przez usta. Tej ujemnej strony pneumatometrii nie mógł zataić WALDENBURG, lubo jej małe przypisuje znaczenie praktyczne, twierdząc, że błąd, jaki się popełnia, jest nieznacznym i zawsze jednakim a więc nie wchodzi w rachubę przy narzędziu używanym do celów praktycznych. Wprawdzie dokładność każdego badania fizycznego jest tylko względną, ile że przedewszystkiem zależy od dokładności narzędzia użytego, jednakże między sposobami badania fizycznego przeważnie te dają wypadki pewne, gdzie chory zachowuje się biernie, te zaś przeciwnie dają wypadki względne, gdzie chory współdziała z badającym. Nie mając miary ocenienia, o ile badany za pomocą pneumatometru wykonywa czyste ruchy oddechowe, a o ile działa mięśniami jamy ustnej, wszystkie przypadki badania już z tego samego powodu uważać musimy jako w z g l ę d n e. Względność ta — o ile przekonać się mogliśmy — wynosi co najmniej 5—10 mm. albowiem u jednej i tej samej osoby, badanej w tej samej porze dnia w stanie zupełnego zdrowia otrzymuje się raz wartości mniejsze, drugi raz większe o powyższą cyfrę. Już z tego samego powodu różnice od prawidłowego zachowania się sił oddechowych — które wkrótce bliżej ocenić nam wypadnie — wtedy tylko pozwolą na wyprowadzenie wniosków rozpoznawczych, jeżeli przechodzić będą granicę fizjologicznej względności.

Badając za pomocą maski WALDENBURG'A, przyszliśmy do przekonania, że wartości pneumatometryczne są najmniejsze, a co ważniejsza, że nie zawsze dadzą się porównać z wartościami otrzymanymi w inny sposób. Dla objaśnienia przytoczymy tylko jeden z licznych przykładów: u kandydata medycyny R. za pomocą maski wynosiła siła wdechowa — 25, siła wydechowa + 40 mm., a więc różnica między siłą wdechową a wydechową wynosiła 15 mm. Przy użyciu trestki ustnej odczytano dla wdechu — 40, dla wydechu + 70, a więc różnica wynosiła 30 mm. Dlatego też wyprowadzając ogólne wnioski pneumatometryczne porównywać wolno

tylko cyfry otrzymane przy jednakowym sposobie badania, którejto ostrożności zdaje się nie zachowywał WALDENBURG. Ażeby mózdz badać w każdym przypadku za pomocą maski, potrzeba mieć znaczny dobór masek większych i mniejszych, by szczelnie zamknąć jamę ust i nosa. Nie rozporządzając takim doбором masek woleliśmy używać tego sposobu tylko dla porównania z innemi, stale zaś używaliśmy jedynie tylko trestki ustnej i tylko z wyników w ten sposób badanych wyciągać będziemy późniejsze wnioski ogólne. Przekonaliśmy się także, że maska nie zapobiega w zupełności wysaniu i wypieraniu powietrza z jamy ustnej.

Celem tych uwag jest wykazać, że tylko manometryja płuc uskuteczniiona przez połączenie manometru bezpośrednio z tehawicą (jak się to wykonać da na zwierzętach, lub na ludziach z sztucznym otworem w tehawicy po tracheotomii) zasługuje na nazwę badania bezwzględnie ścisłego, i że wszystkie inne sposoby, jako w wysokim stopniu zależne od wprawy i pojętności badanego, dają koniecznie wypadki względne. Z tego nie wynika jednak bynajmniej, by z powodu względności wyników, trudności w badaniu, a nawet i niemożności wykonania odrzucać zupełnie pneumatometryją w badaniu fizyologicznem, a tembardziej w badaniu klinicznem, które niekiedy posługuje się badaniem jeszcze mniej pewnem aniżeli pneumatometryją, badaniem, którego wyniki wcale nie dadzą się wyrazić liczbami.

Zanim przejdziemy do ocenienia prawideł fizyologicznych, musimy jeszcze zastanowić się nad szczegółem, który należy także do sposobu badania. Wysokość, do której podnosi się, lub opada słupek rtęci, zależy także od chyżości, z jaką badany wykonywa wdech, lub wydech. Przy silnym a szybkim wdechu podnosi się słupek rtęci bardzo szybko i wysoko, ale natychmiast prawie opada, ponieważ na tej wysokości nie da się utrzymać zwykłemi siłami wdechowymi; przeciwnie przy silnym a powolnym wdechu słupek rtęci podnosi się powoli i nie dochodzi do tej wysokości, jak przy nagłym, daje się jednakże utrzymać kilka sekund na tej wysokości lub przynajmniej waha się tylko w szczupłych granicach. To samo dzieje się przy wydechu, a mianowicie, wydechając silnie a szybko z całym nateżeniem, wypycha się słupek rtęci do znaczniejszej wysokości bez możności utrzymania go na takowej, wydechając z tem samem nateżeniem, ale powoli, otrzymuje się wartość pneumatometryczną mniejszą lecz stałą, która utrzymuje się na jednakowej wysokości kilka sekund, lub przynajmniej waha się w granicach kilku lub kilkunastu milimetrów.

Pierwszy sposób oznacza nam jednorazowe największe nasilenie wdechowe i wydechowe, drugi jest wyrazem największego nasilenia wdechowego lub wydechowego przy powolnem wprowadzaniu w stan czynny całego zasobu sił wdechowych lub wydechowych. Dla krótkości nazwijmy pierwszy sposób mierzaniem największości (*maximum*) chwilowego nasilenia czyli mierzaniem przy oddechaniu forsownem, drugie mierzaniem największości stałego nasilenia wdechowego i wydechowego czyli mierzaniem przy oddechaniu powolnem.



Zdania autorów są dotychczas podzielone, czy mierzyć siłę oddechową jednym czy drugim sposobem. W pierwszej swej rozprawie polecał WALDENBURG mierzenie stałego nasilenia oddechowego przy powolnem oddechaniu, a za nim używali tego sposobu LASSAR i EICHHORST, przemawiając jak najmocniej jedynie tylko za takowym, jako dającym wyniki stałe. Dla większej dokładności notował LASSAR nawet przy powolnem oddechaniu nie najwyższe wzniesienie słupka rtęci, lecz wysokość, na jakiej badany był w stanie takowy utrzymać, EICHHORST zaś dodał do przyrządu WALDENBURGA kurek, którym zamykał cewkę gutaperkową, skoro tylko badany do największej wysokości podniósł lub obniżył słupek rtęci przy powolnem i spokojnem oddechaniu. W obszernem dziele swem zmienił WALDENBURG zdanie na korzyść pierwszego sposobu t. j. mierzenia największości oddechowej przy forsownem oddechaniu, twierząc że takowe daje wypadki stałe, niezależne od czasu i szybkości oddechania i dlatego prawie wyłącznie używa tylko tego sposobu. BIEDERT przeciwnie przemawia za oddechaniem spokojnem.

W naszych doświadczeniach trzymaliśmy się pierwotnego sposobu WALDENBURGA, przekonawszy się, że przy powolnem oddechaniu wysokość słupka rtęci daje się łatwiej odczytać, że łatwiej daje się uniknąć napinania mięśni twarzowych i że takowy mniej nuży badanych, a szczególnie osoby chore. Wartości w ten sposób otrzymane są jednak znacznie mniejsze, aniżeli wartości przy oddychaniu forsownem.

Ponieważ badając jakimkolwiek sposobem, zależy nam tylko na poznaniu największości oddechowej, przeto uwzględniamy tylko najwyższe wzniesienie się słupka rtęci w kilku tuż po sobie powtarzanych doświadczeniach i jako miarę siły oddychowej, przyjmujemy liczbę największą z kilku doświadczeń. Jeżeli np. przy kilku próbach otrzymujemy u danego osobnika następujące liczby

$$1) +40, -30$$

$$2) +45, -28$$

$$3) +40, -34$$

to jako wartości pneumatometryczne, uważamy dla wdychu—35, dla wydychu +45. Całkiem niestosownie postępuje LASSAR, wyprowadzając przeciętną cyfr otrzymanych przy pojedynczych doświadczeniach, ile że takowa nie jest bynajmniej miarą siły oddechowej.

Chcąc na sobie samym doświadczać pneumatometru, trzeba koniecznie posługiwać się drugą osobą do odczytywania podziałek skali, przekonaliśmy się bowiem nieraz, że patrząc samemu na skalę mimowoli zwraca się uwagę na sposób oddechania i nie otrzymuje się wypadków zgodnych.

(d. c. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

T O W A R Z Y S T W O   L E K A R S K I E   W A R S Z A W S K I E .

Posiedzenie zwyyczajne z d. 26 Czerwca 1877 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu zeszłego posiedzenia, KONDRATOWICZ odczytał sprawozdanie z rozprawy, d-ra MARTY lekarza szpitala *Val de-Grace* w Paryżu; pod napisem: *Des accidents gravido-cardiaques*, przesłanej przez autora Towarzystwu naszemu w celu uzyskania godności członka korespondenta. W rozprawie tej autor stara się rozjaśnić naprzód pytanie o ile ciąża wpływa na powstawanie chorób serca i następnie przedstawia nam dokładny opis stosunków i objawów chorobowych wywoływanych przez ciążę u kobiety na wadę sercową już poprzednio cierpiącej. Kładzie on głównie nacisk na zmiany w krwi podczas ciąży, zasadzające się na zmniejszeniu ilości krążków i białka, a zwiększeniu ilości włóknika, zmniejszeniu tlenu, a zwiększeniu kwasu węglanego i ztąd wywodzi przeliczne z ciążą związane choroby, mianowicie dróg oddechowych i przyrządów krążenia. Rzeczywiście rozprawa ta z wielką napisaną sztuką przedstawia się świetnie, zdaje się być jednakże więcej na rozumowanie, jak na spostrzeżenie oparta. Pomimo tego Towarzystwo oceniając korzystne jej strony, przyjmuje je z chęcią jako poparcie kandydatury i odsyła głosowanie do liczniejszego zebrania się członków. Druga praca pana MARTY Towarzystwu także przysłana *De l'endocardite blennorrhagique* zdaje się również godna być uwagi i zapewne który z członków Towarzystwa zechce się zająć jej rozbiorem.

W dalszym ciągu zabrał głos prof. BRODOWSKI i opowiedział o niezwywo narodzonym dziecku, którego zwłoki przysłane zostały przez kolegę KOPCIA do pracowni anatomo-patologicznej. Noworodek ten płci żeńskiej, wątłej ciała budowy, przedstawia na międzykroczu pomiędzy kością krzyżową i otworem stolcowym guz wielkości pięści. 5 cali długi, t r z y cale szeroki i c z t e r y wysoki, podskórny, mniejszą połową na zewnątrz sterujący, a większą głęboko do miednicy przenikający; skóra na nim jest cienka, ciemno sinej barwy, kość ogonowa mocno na zewnątrz odchyłona masą nowotworową, jelito odhodowe oraz cewka moczowa są tak mocno pozaciskane iż w nie zgłębnik z trudnością przenika. Z rozkroju poznajemy, że nowotwór składa się z dwóch części: z p o d s c i e l i s k a i z wielkiej ilości t o r b i e l i różnej wielkości. Podścielisko złożone jest z miazdzy bardzo do masy szarej mózgowej podobnej, z drobnych komórek złożonej, lecz w owej massie znajdują się twory bardzo rozmaitego wejrzenia, jakoto komórki wydłużone wrzecionowate, włókna mięsne gładkie i prążkowane, komórki chrzęstne, kostne i pigmentowane. Torbiele poczynające od drobnowidzowej wielkości dosięgają wielkości wiśni są wysłane najrozmaitszego rodzaju nabłonkiem, zawartość zaś ich była lepka i ciągnąca się, w niektórych posoką krwawą zabarwione. W jednym z takich dużych torbieli ku jego wnętrzu sterował wyskok podścieliska i odziany był błoną zupełnie swym układem do błony naczyniowej mózgu podobną. Nowotwory takie u noworodków na międzykroczu nie należą wcale do rzadkości i znane są pod nazwą t e r a t o m a t ó w, na mocy domysłu, jakoby to były szczątki zmarniałego bliźniaczego płodu, wszczepionego na drugim, który się dobrze rozwinął.

Wyobrażano sobie, że tu pierwiastkowo istniał zakrój na tę potworność, w której dwa osobniki są ze sobą kuprami połączone (*pigopagus*), jak to niedawno widzieliśmy u dwóch siostr, węgierskich tancerek, które na

scenach występowały. Otóż jeżeli przyjmemy, że jedno z takich bliźniąt zmarniało w pierwszych chwilach życia płodowego, to szczątek jego pozostałby mógł jako guz, do naszego podobny (*pigopagus parasiticus subcutaneus*). Przypuszczenie jednak takie co do pochodzenia tego nowotworu bronić się nie dozwala, z powodu że same tylko histologiczne składniki w jednym nagromadzone zwitku i to bez żadnych śladów dalszej organizacji, nie może być jeszcze uważane za osobny organiczny zaczątek. Sądono również, że guzy takie mogą być wrodzonymi zwyrodnieniami dolnej części rdzenia pacierzowego, lecz przemawia znów przeciwko temu zupełny brak z nim połączenia. Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie następujące.

Wedle poszukiwań prof. LUSCHKA przy kości ogonowej ma się znajdować gruczol zrazikowatej budowy, który on miał odkryć. Otóż zaraz na mocy tego odkrycia zaczęto twierdzić że nowotwór o którym mowa, jest li tylko płodowem owego gruczolu zwyrodnieniem. Przypuszczenie to jednak wkrótce straciło na wadze, gdy Juliusz ARNOLD oświadczył że ów mniemany gruczol jest tylko zwitkiem gałązek tętnicy krzyżowej średniej, oraz żył do niej należących, a zraziki w nim przez LUSCHKĘ znalezione są prostemi tylko krwi wynaczeniami. Pomimo tego za LUSCHKĄ odezwali się SARTORI i EBERS twierdząc, że gruczol ogonowy rzeczywiście istnieje, że w trzecim miesiącu ciąży już silnie jest rozwinięty, że należy do tej samej kategorii gruczolów, do której należą przyniercza i że dopiero po porodzie w późniejszym życiu zanika. BRODOWSKI nie podziela wszystkich tych poglądów, zwłaszcza że samo istnienie gruczolu LUSCHKI nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzonem i sądzi że raczej odnosićby wypadało nowotwór o którym mowa do zakłócenia w rozwoju dolnego końca samej, struny grzbietowej (*chordae dorsalis*) i że cała ta sprawa dotąd bardzo jeszcze nie jasna odnosząca wyraźnie do samego płodu zaczątku wymaga dokładniejszego zgłębiania. W dalszym ciągu swego przemówienia, BRODOWSKI robi wzmiankę, że wyrób który ma pod ręką w innym jeszcze względzie bardzo jest ważnym, a mianowicie pod względem powstawania wody płodowej (*amnios*). Wiadomo, że dawniej zauważano za jej źródło macicę, sądząc, że się z niej odcedza i do wnętrza błon płodowych przenika. Później dopiero zważywszy, że wody te zawierają w sobie znaczne ilości mocznika i że istnieją np. u ptaków, gdzie przecież macicy nie ma, przyszło się do przekonania, że wody te są wytworem samego płodu i że w ich powstawaniu jego nerki wielki biorą udział. Otóż rozczłonkowanie włók noworodka, o którym mówimy, jest oczywistym tego dowodem. Pęcherz jego moczowy znajdujemy zgrubiałą, włókna w nim mięsne są mocno rozwinięte. Moczowody porozszerzane i nerki bardzo rozdęte (*hydro-nephrosis*), a wszystko to w obec bardzo zaciśniętego przewodu moczowego, który z jednej strony musiał powstrzymywać odchodzenie moczu, a z drugiej do zwalzenia oporu wymagał po pęcherzu silnego kurczenia się. Rozdęcie przestworów moczowych oraz niezwykły rozwój mięśni pęcherzowych tym tylko daje się sposobem usprawiedliwić.

Przydujący prof. HOYER przyznaje, iż rzeczywiście najwłaściwiej jest guzy krokowe u noworodków odnosić do zakłóceń rozwojowych struny grzbietowej, w pierwszym zaczątku płodowego rozwoju i przywodzi na pamięć tę okoliczność, iż rzeczona strona nie od razu cała się segmentuje lecz postępowo od głowy ku dołowi, tak iż kręgi szyjowe i grzbietowe bywają dobrze już poodznaczane, a dolna część, z której ma się kość krzyżowa i miednica wkrótce wytworzyć, przedstawiają zupełny jeszcze chaos. Otóż, jeżeli w owym właśnie okresie przyjdzie do jakiegoś zamieszania w uplastycznieniu, to może powstać coś nieprawidłowego w postaci

niekształtnej wyrosli i zawierającego najrozmaitsze histologiczne składniki, które nie mogły się złożyć w prawidłowe ciała przyrzady. Tłomaczenie to jak na teraz przynajmniej zdaje się rzeczywiście lepiej wyjaśnić stan rzeczy jak zwyrodnienie gruczołu LUSCHKI, którego budowa, a nawet istnienie nie zyskało jeszcze w nauce prawa obywatelstwa.

Naostatek kol. HERING przedstawia ciekawy przypadek zwięzienia krtani, w skutek długotrwałego nieżytu nosowego. Jest to właśnie jedno z tych ważnych chorobowych przypadków, na jakie obecnie zwracają w Niemczech uwagę i które wyłącznie na pograniczu Słowiańskim mają się wydarzać. Książd M., którego Towarzystwu HERING przedstawia, od lat kilkunastu cierpi na zastarzały nieżyt w nosie, do którego przyłączyło się zrazu cierpienie gardła, a w końcu krtani, powodujące ochrypnięcie głosu i dychawicę. Błona śluzowa nosa przedstawia się bladą, jakby zanikłą, wydzielina zaś jej jest ropiasta. Przetwór tylny nosowy i wejście trąbek EUSTACHIUSZA badane za pomocą rynoskopu przedstawiają taki sam wygląd, a zatem zupełnie różny od tego, jaki w nieżytach przewlekłych napotykamy. Taka sama bladość i oschłość daje się widzieć w gardzieli i krtani, a w tej ostatniej poniżej właściwych strun głosowych pod przednim kątem ich zatknięcia się znajduje się fałda półksiężycowa ku tyłowi swą wklęsłością sterującą, która ów kąt od dołu zasłania. Taki stan chorobowy zupełnie się od zwyczajnego nieżytu odróżniający oraz takowe w jego następstwie powstające fałdy, zaczęły coraz bardziej zwracać na siebie uwagę lekarzy od czasu rozpowszechnienia ryno- i laryngoskopu, a obecnie przyszło do tego, iż zaczyna on być poczytywany za zupełnie osobną postać chorobową. Cierpienie zawsze poczyna się w nosie, a wydzielina ropiasta przechodząc do gardzieli i krtani zaraża je idąc krok za krokiem; ściekając zaś do krtani zatrzymuje się w kącie zetknięcia się strun głosowych, gdyż tam znajduje przeszkodę. Stąd też przeważnie, w tym miejscu błony śluzowej zaatakowanie powodujące jej zanik i ową półksiężycową sznurkową fałdę. Ponieważ w dalszym przebiegu choroby narażone są tchawica i oskrzela, ponieważ w miarę tego oddechanie podupada, choroba przeto sprowadza w następstwie wycieńczenie sił i śmiercią zawsze się kończy. Prof. STOERK na zjeździe lekarzy we Wrocławiu w r. 1874 przedstawił liczny szereg w tym względzie postrzeżeń, według których, cierpienie to nie ma nic wspólnego z przymiotem. HEBRA i CAPOSI zowią je *rhinolemma* i twierdzą że się poczyna na błonie śluzowej nosa odosobnionemi blademi i nieco wyniosłemi plamami, które następnie ze sobą spływają i w zanik przechodzą, co im wszelako nie przeszkadza wiele wytwarzać ropiastą zaraźliwą wydzielinę. HERING przedstawiając chorego objawia zamiar zniszczenia fałdy w krtani za pomocą operacji galwanokaustycznej, wspomina o podobnym temu przypadku, który na posiedzeniu d. 7 Września 1875 r. Towarzystwu przedstawił i zawiadania, że już piąty podobny przypadek ma w swoim leceniu. Nie pojmuje dla czego takie chorobowe postacie miały by się znajdować tylko w Galicyi, Bukowinie i Besarabii jak to STOERK zapewnia, lecz również jak on mniema że przymiotu nie podobno tu podejrywać jako powodu cierpienia. Objawia tylko podejrzenie czy ono przypadkiem nie powstaje z przeniesienia jadu rzeżączkowego do jamy nosowej i dziwi się dla czego spostrzeżenie dostychczasowe pomija jak najzupełniej możebność w nosie tego rodzaju zarażeń, kiedy przeciwnie stwierdza ją dokładnie na wszystkich innych dostępnych błonach śluzowych.

## Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**O ślepotcie nikotynowej** (*amaurosis nicotinicæ*). Wiadomem jest oddawna, iż robotnicy pracujący w fabrykach tytoniu, podlegają pewnym cierpieniom przyrządu wzrokowego. Na pierwszym miejscu pod tym względem trzeba postawić cierpienia łącznicy ocznej. O tem przekonali się wszyscy lekarze, t. z. „fabryczni.” W r. 1847 WRIGHT podając psom 13—32 grm. tabaki pomieszanej z pokarmami, zauważył przy końcu ich życia, iż dotknięci byli ślepotą. LANDER, MACKENSIE i WORDSWORTH widzieli w podobnych warunkach zanik brodawki (*papilla*), poczytując go za zmianę cechującą otrucie nikotyną. Wszyscy w ogóle autorzy nastają na to, iż ślepotta nikotynowa jest bardzo rzadką i najczęściej miewają ją ze ślepotą wysokokową. Dr. GUELLIOT z którego pracy (*Progrès méd. N. 22—1877*) pocerpnęliśmy powyższe szczegóły, opisał 6 przypadków ślepoty nikotynowej. Sposzrzegając w okolicy gdzie wielkie jest nadużycie palenia tytoniu (departamentu północne Francji), twierdzi, iż występuje ona tylko u palących, a nigdy nie widział jej u zastywiających tabakę. Prawdopodobnie ma tu wpływ różnica ilości wchłoniętej nikotyny w obu przypadkach. Ślepotta nikotynowa, wedle tego autora, zaczyna się zawsze tylko w jednym oku, a nigdy, wbrew twierdzeniom HUTCHINSON'A, nie jest odrazu obustronną. Częściej prawe oko ma być pierwsze zajęte. W początku chorzy widzą obłoczek, coraz gęściejszy, a jednocześnie z nim występuje skotom środkowy. Brak bólów oczu lub głowy. Chorzy widzą od czasu do czasu żółto (WECKER), brak zaburzeń w rozpoznawaniu barw, chociaż o nich ma mówić większość autorów; widzą gorzej wieczorem, źrenice prawie zawsze zwężone i nieruchome. Cierpienie postępuje dość szybko i może skończyć się zanikiem brodawki. Dla odróżnienia ślepoty nikotynowej od wysokokowej, służą następujące punkta: 1) Ślepotta wysokokowa zaczyna się odrazu w obu oczach, a nikotynowa z początku jest zawsze jednostronną. 2) Chociaż skotom środkowy jest w oku, to latanie obłoczków jest tylko w ślepotcie nikotynowej. 3) W ślepotcie wysokokowej bywają niekiedy bóle, co obcem jest dla ślepoty nikotynowej. 4) Chociaż zanik brodawki w obu, to w ślepotcie nikotynowej przebieg jest szybszy. Głównymi jednak różnicami obu tych ślepot, jest: 5) iż w ślepotcie wysokokowej istnieją zaburzenia w rozróżnianiu barw, co ma nie bywać nigdy w ślepotcie nikotynowej, i 6) w ślepotcie wysokokowej widzenie jest lepsze wieczorem, a przeciwnie w dzień w ślepotcie nikotynowej.

W. G.

### Wpływ ucisku jajnika na przykurczenia hysteryczne (*contracturæ hystericæ*).

Dr. BOURNCOILLE w Paryżu, w ostatnich czasach miał sposobność przekonać się o skuteczności ucisku jajnika (*compressio ovarii*) na przykurczenia różnych części ciała, jakie niekiedy pozostają po napadzie hystero-epilepsii. Powiększa to zakres działalności ucisku jajnika, którego skuteczność CHARCOT okazał, na ustanie samych napadów. B. spostrzegł dwie hysteryczki, jedną w prywatnej praktyce, drugą na oddziale prof. CHARCOT w *Salpêtrière*. Jako zwykle objawy hysterji, przedstawiały one znieczulenie połowy prawej ciała, dotyczące nerwów czucia i zmysłowych (*hemianesthesia sensitiva et sensoriellis*), nadto jak to zwykle bywa i bolesność (*hyperaesthesia*) odpowiedniego jajnika, a od czasu do czasu napady hystero-epilepsii. U pierwszej po napadzie pozostawało przykurczenie członków połowy prawej, szczęki dolnej i czkawka. U drugiej przykurczenie szczęki dolnej i języka. B. znając ich naturę, chciał przekonać się, jakiby skutek na nie miał ucisk bolesnego jajnika. Zachodziły tu wielkie trudności z powodu silnego skurczu mięśni brzucha, po kilku jednak minutach naciskania, zdołał on zagłębić rękę do tego stopnia, iż wyczuwał bicie tętnicy biodrowej. Powoli wszystkie objawy przykurczu ustępowały kolejno, nie zostawiając po sobie żadnego śladu. To naprowadza na pytanie, czy użycie ucisku na jajnik bolesny w przykurczach świeżych nie mogłoby zapobiedz utrwaleniu się przykurczów (*contractura permanens*) w których nietylko ucisk jajnika, lecz i wszystkie środki lekarskie pozostają zwykle bezskutecznymi, czyniąc chore kalekami na czas, którego granice niepodobna z góry oznaczyć w żadnym przypadku.

(„*Progrès méd.*” N. 20 i 25—1877). W. G.

**Szkodliwość chromianu potażu w pokarmach.** Sądy w Manchester skazały dwóch kupców na zapłacenie po 5 funt. sterl. kary za to, że do zabarwienia cukierków używali

chromianu potażu. W jednej uncyi takich cukierków, znaleziono w jednym przypadku  $\frac{1}{5}$  grana tego środka, a w drugim  $\frac{2}{5}$  grana. Zdanie lekarskie wyrzekło, że nawet w tak niewielkiej ilości, środek ten jest szkodliwy, a kara nałożona była tak niewielką, dla tego tylko, że obwinieni nie wiedzieli o szkodliwości tej przymieszki; używali oni jej dla zabarwiania na żółto. W trzecim przypadku w Liverpoolu, wykazano chromian potażu w masie, którą posmarował pewien masiarsz szynkę, w celu odstraszenia much i komarów. Oskarżony w obronie swojej twierdził, że szynka była tylko posmarowana masą dla zdrowia szkodliwą, a odpowiedniej artykuł kodeksu zakazuje ciała dla ustroju szkodliwie mięsząc z pokarmami, a o smarowaniu nie nie mówi i został od winy uwolniony. Ciekawa rzecz, czy gdyby komu przyszło do głowy dla odstraszenia much posmarować mięso lub szynkę mieszaniną arsenik zawierającą, czy w takim razie prześwietny sąd w Liverpoolu, takżeby go za niewinnego uznał? („British med. Journ.” April 7—1877). G. F.

## Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Nowy sposób budowania wychodków, przy którym kał na miejscu spalony zostaje. Kwestya budowy najpraktyczniejszych i ze stanowiska tak higienicznego, jak ogólnie społecznego, najlepszych wychodków, dotychczas, pomimo wielu światłych uwag i spostrzeżeń podawanych w tym względzie, rozstrzygniętą nie została. Jako pewnego rodzaju postęp w tej sprawie, zaznaczyć nam wypada nowy zupełnie sposób, jakim w końcu roku zeszłego w jednym z domów w Warszawie, przy alei Jerozolimskiej, wychodki zbudowane zostały. Sposób ten polega na tem, iż w miejsce zwyczajnych dołów, zbudowano kanał murowany z cegły ogniotrwałej, takiego kształtu, iż przecięcie jego przedstawia najdokładniejsze koło o 24 calach średnicy. Kanał ten przedzielony jest na dwie równe kondygnacje, za pomocą płyty żelaznej lanej, w taki sposób, iż jedna z tych kondygnacji zajmuje część górną, a druga dolną owego kanału w całej jego długości. Do górnej kondygnacji wpuszczone są rury od pojedynczych wychodków; kał zatem i mocz, gromadzą się w niej, spoczywając na owej płycie żelaznej. Ponieważ zaś ta płyta, przedstawia równię pochyłą o znacznym spadku, więc mocz ściecka natychmiast po oddaniu go do podstawionej na ten cel beczki, a kał pozostaje na płycie. Dolna kondygnacja kanału, połączona jest w jednym końcu z ogniskiem pieca tuż obok kanału wystawionego, a w drugim z kominem aż nad dach wyprowadzonym. Na ognisku owem zapala się co pewien przeciąg czasu węgiel kamienny, a płomień ztąd powstający, musi przejść przez całą długość dolnej kondygnacji kanału i ogrzewa prawie do czerwoności płytę żelazną, skutkiem czego, kał na niej złożony, pali się na popiół. Popiół wygarnia się przyrządzeniem na ten cel szpatlami, a beczkę z moczem wywozi się na pole lub do ogrodów. Wychodki takie urządzone ponysłem p. Karola FRITSHE'GO, wprowadzone zostały w użycie w Listopadzie roku zeszłego i w ciągłym bez przerwy pozostają biegu. Wypalanie odbywa się raz na miesiąc. Korzyści jakie z tego systemu wynikają, są następujące:

1) Z powodu oddzielenia części stałych od płynnych, sposobem nadzwyczaj prostym, kał znajduje się na płycie w stanie suchym i prawie żadnej woni nie wydaje. To wywiązywanie się ammonijaku, kwasu węglanego i gazu dołowego (*Grubengas*), które w tak straszliwy sposób powietrze zanieczyszczają, nie ma tu wcale miejsca.

2) Wsiąkanie do ziemi odchodów ludzkich, które przy dołach kloacznych jest nieuniknione, usunięte tu jest najzupełniej.

3) Ważna kwestya: co zrobić z odchodami ludzkimi w wielkich miastach, byłaby stanowczo rozstrzygniętą, gdyby sposób ten był w całym mieście obowiązującym.

4) Oszczędzenie kosztów wywożenia odchodów. W domu wyżej wymienionym wypróżnianie wychodków kosztowało około 60 rubli rocznie, a dzisiaj koszta węgla kamiennego wynoszą 26 kop. miesięcznie, przytem manipulacja palenia, tak jest prostą, iż stróż z największą łatwością wykonać ją potrafi.

Wszelkie zarzuty, jakie przeciwko praktyczności tego urządzenia z teoretycznego stanowiska, zrobićby można, upadają w obec faktu: iż wychodki tak zbudowane czynne są bez przerwy od Listopada roku zeszłego, i okazały się praktycznemi, tak w czasie silnych mrozów, jak i w czasie największych upałów.

Jedyny zarzut, który na uwzględnienie zasługuje, jest ten, iż przez palenie kału ludzkiego, stanowiącego doskonały nawóz, rolnictwo stratę ponosi, ale i ten zarzut nie jest słusznym. Rolnictwo nie użytkuje wcale dzisiaj odpływów np. Warszawy na swoje cele, nie więc nie straci ani nie zyska, na tem, czy my odpływy te wrzucić będziemy nadal do Wisły, czy zanieczyszczać będziemy niemi powietrze pod Raszynem, czy też palić. Przytem, gdy mowa jest o zużytkowaniu odpływów miast na irygacje, mamy zawsze na myśli wszystkie odchody z miast, a wiadomo, że kał stanowi ledwo  $0,132\frac{0}{100}$  (czyli nie całe pół od sta), a mocznik  $5,11\frac{0}{100}$  wszystkich odpadków, które z miasta wydalone być winny. Odliczywszy od tego mocznik, który i przy tym nowym sposobie z łatwością na pole lub do ogrodów w beczkach zaszpontowanych wywozić można, otrzymamy niesłychanie małą stratę dla rolnictwa, bo  $\frac{1}{2}\frac{0}{100}$  jeżeli to, jak powiedziałem, stratą nazwać można.

Wreszcie wypalanie owo da się z łatwością zmodyfikować: niech tylko ogień zapalony w piecu będzie niewielki, a przystęp powietrza do górnej kondygnacji, o ile się da, wstrzymany, to kał nie zostanie spalonym, lecz po prostu wysuszonym i w takim stanie, może być z wielką łatwością jako nawóz użyty. Wysuszenie takie wymaga większej staranności w wykonywaniu tej manipulacji, a zatem i koszta znaczniejsze za sobą sprowadza, ale jeżeli rolnicy użytkować taki wyrób będą i choć małą cenę za niego zapłacą, to koszta te dostatecznie pokryte zostaną.

W razie zaprowadzenia tego systemu, jako obowiązującego w całym mieście, potrzeba i kwestyja kanalizacji nie uległaby najmniejszej zmianie, gdyż pozbywalibyśmy się tym sposobem tylko pół odsetki tych odchodów, które za miasto wyprawdzone być winny, pozostaje  $99\frac{1}{2}\frac{0}{100}$  nieczystości, dla których budowa kanałów jest niezbędną, jeżeli nie mają one wsiąkać do ziemi i stać się przez to niewyczerpanem źródłem mnóstwa chorób zakaźnych.

G. F.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

D-ra Jana STEINER'A. Rys nauki o chorobach dzieci, dla uczących się i lekarzy. Z wydania drugiego poprawionego i pomnożonego, przelożyło na język polski grono lekarzy Uniw. Jagiel., pod kierunkiem prof. d-ra M. L. JAKUBOWSKIEGO i prof. d-ra OETTINGER'A. Kraków 1877. Str. 394 i XV. Cena 4 Złr = rs. 2 kop. 70.

Wydanie Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie.

Jest to drugie z kolei dzieło, wydane przez Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Niewiele jest podręczników, które zdołają ostać się w bibliotece ucznia i lekarza praktycznego, w obec nawału dzieł coraz świeższej daty; a do takich wybranych, należy bez zaprzeczenia podręcznik, o którym jest mowa. Przeczytawszy świeżo to dzieło w pięknym przekładzie polskim, nie możemy powstrzymać się od przyznania autorowi zalet pierwszorzędnego pisarza i wytrawnego nauczyciela: styl jest jasny, zrozumiały, przekonujący; rozmiary poszczególnych działów równe, harmonijne; sąd o rzeczy trzeźwy, logiczny. Stojąc w równej odległości między skrajnemi obozami abstrakcyi posuniętych teoretyków z jednej, a empiryków z drugiej strony, prof. STEINER korzystał tylko z zalet tych doktryn; w dziele swem usiłuje on światłem teoryi rozjaśnić objawy przy łóżku chorego spostrzegane, a nawzajem, teoryja o tyle ma wartości, o ile jest w zgodzie z doświadczeniem klinicznym. Nie omieszczał autor korzystać ze wszystkich nabytków, któremi nowoczesna fizyka i chemija obdarzyły naukę lekarską; lecz w zastosowaniu, okiem wytrawnego pedagoga, wyróżnia on pewniki od przypuszczeń, pomijając te ostatnie milczeniem. Krytyką stawiającą wszędzie naukowe dla czego? autor świetnie wywiązuje się z chaosu przypuszczeń, któremi nauka o chorobach dzieci jest przepelnioną. Lekowanie, wolne od sceptycyzmu, polega na zasadach zdrowej fizjologii i higieny.

Przekład dzieła STEINER'A ma dla nas podwójną wartość, gdyż obok zalet doskonałego podręcznika, odznacza się bardzo starannem tłumaczeniem, myśli niemieckiego autora oddane są wiernie, językiem czystym, wolnym od przesady; nie czuć tu, po niejedna-

kim wyrazownictwie, po różnorodnej składni, pracy kilku rąk, jak to zwykle bywa; domyślać się więc można, że tłumaczenie sumiennie jeszcze poprawiała ręka znawcy stylu i ducha naszego języka.

Krakowskiemu Stowarzyszeniu wydawniczemu należy się wysokie uznanie, raz, że nie goniąc za efektem, a mając na myśli cel dydaktyczny, wybrało do przekładu publikację, wprawdzie nie świeższej daty, lecz w zupełności odpowiadającą dzisiejszemu stanowi nauki, powtóre, że nie ulegając gorączczemu pośpiechu, która nie tylko już pulsami handlu, lecz i wydawnictw naukowych zawładnęła, zadaje sobie pracę nad czystością językową przekładu, co przecież może raz zwrócić uwagę innych przedsiębiorstw wydawniczych, tak niedbałych w tym względzie.

Kto tak rozpoczyna, jak Stowarzyszenie wydawnicze Krakowskie, ma przed sobą przyszłość.

Dr. A. Kwaśnicki.

## OGŁOSZENIA

W tych dniach wyszło dzieło p. n. **Na pamiątkę czterechsetletniej rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika—Rys Anatomii stosowanej**, przez PAULET'A, przekład z francuzkiego, studentów Romana KOWALEWSKIEGO i Władysława MATLAKOWSKIEGO. Warszawa. 1877 i jest do nabycia w księgarni Maurycego Orgelbranda w Warszawie. Cena rs. 1 kop. 50.

**Dr. Maurycy ŻEBROWSKI** ordynować będzie przez czas pory kąpielowej w Szczawnicy, a podczas leczenia winogronowego i miesięcy zimowych w Meranie.

**Stetoskop o cewce sprężnikowej**, wykonany podług wzoru podanego przez d-ra FRITSHE'GO (patrz MEDYCYNĘ Nr. 46 z r. z.) jest do nabycia u Gustawa MANNA, Nowy Świat, Nr. 59, za cenę rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 50.

## KĄPIELE SIARCZANE

Z monosulphuratum sodii podług farmakopei Paryżkiej.

*Bain de Baréges artificiel*, cena kąpeli kop. 75.

*Balneum sulphuratum liquidum* z trójsiarku, kąpiel kop. 40.

„ „ „ z pięciosiarku kąpiel kop. 40.

*Balneum sulphuratum Plenki* z pięciosiarku i kwasu solnego kop. 50.

Wyrabia **Apteka Karpińskiego** przy ulicy Elektoralfiej w Warszawie; za staranność i akuratność poręczam.

**W. Karpiński**, magister farmacyi.

Otrzymawszy **Ajenturę Główną**, środka opatrunkowego znanego z nadzwyczajnej skuteczności i opisanego przez W-go d-ra KURCJUSZA w N-rze 21 r. b. **GAZETY LEKARSKIEJ**, pod nazwą **okłady gąbkowe** (*spongia epithem*), mam honor podać do wiadomości WWPP. Doktorów, że gdy środek ten wprowadzony po raz pierwszy do kraju, przezemnie coraz bardziej się rozpowszechnia, przeto jestem w możności dostarczać go bądź w częściach wielkości żądanej, bądź w kształcie okładów gotowych **po cenach zredukowanych do granic możliwych**. Nadto, osobom niezamownym, rekomendowanym przez WWPP. Doktorów, zapewnia się jeszcze z mej strony ustępstwa. Sprzedaż w zakładzie mym **Fizyczno-mechanicznym w Warszawie, ulica Miodowa, Nr. 497A.**

**JAKÓB PIK**

Dostawca Cesarskiego Warsz. Uniwersytetu, Optyk m. Warszawy.

**Z d. 1 Sierpnia r. b. Biuro Redakcyi Medycyny**, przeniesionem zostanie do domu **Nr. 57**, przy ulicy **Marszałkowskiej** w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.