

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Choroby nerwowe.

124. VERONESE Fr. **Przymiot, jako moment etyologiczny chorób nerwowych.** *Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems.* (Wiener Klinik. Heft IX).

Zdaniem autora, zarazek przymiotowy przedewszystkiem oddziaływa na ośrodkowy układ nerwowy. Już w 6—8-ym tygodniu po zarażeniu następuje zaburzenie ogólnego stanu osobnika, przyczem najbardziej wydatnemi objawami są: ból głowy i bezsenność. Jako anatomiczną podstawę owych zaburzeń, autor przypuszcza przekrwienie mózgu i osłon jego i przypuszczenie to opiera na fakcie, iż w okresie wysypki występuje przekrwienie we wszystkich prawie narządach ciała jak: w okostnej, wątrobie, nerkach, gar-

dzieli i podniebieniu, skórze i t. p. W lżejszych przypadkach ból głowy i bezsenność po kilku dniach przechodzą bez śladu; w cięższych atoli przypadkach objawy te dochodzą do najwyższego stopnia nateżenia lub też znikają, ustępując miejsca innym cięższym zaburzeniom. Do tych ostatnich należą: zawroty głowy, parestezyje i halucynacje zmysłów, przemijające porażenia n. twarzowego lub któregośkolwiek z mięśni oka, niekiedy pobudzenie maniakalne, zboczenia umysłowe i mowy;—słowem występują tu najcięższe objawy mózgowo, których podstawą fizjologiczną jest przekrwienie mózgu. Innym stałym objawem w okresie erupcyi przymiotu, dowodzącym zboczenia w krążeniu krwi w ośrodkowym układzie nerwowym, jest zachowanie się odruchów ścięgnistych i skórnych. Pobudzalność odruchów jednych i drugich przed i pod-

DLA CZEGO W NASZYCH ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH REZULTATY SĄ GORSZE NIŻ ZAGRANICĄ?

Uwagi wywołane ostatnim pobytem w Wiedniu,

skreślił **W. H. KRAJEWSKI**, miejscowy lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Ciąg dalszy (zob. Nr. 8).

I. Pomieszczenie oddziału.

Hygijeniczne urządzenie szpitala wywiera wielki wpływ na przebieg sprawy gojenia ran, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; jednak nawet w najgorzej urządzonej pod względem higieny szpitalu, można się choć do pewnego stopnia wyemancypować z pod zębego jego wpływu, zapomocą sumiennie przeprowadzonych zasad chirurgii przeciwnilnej, to też pewnik, dość przeczytać sprawozdania Nussbaum'a z monachyjskiej kliniki, dość zestawić opis kliniki krakowskiej prof. Mikulicza z rezultatami otrzymanymi na tejsze klinice, aby się o tem przekonać.

Że pod względem higieny szpitale nasze pozostawiają jeszcze bardzo wiele do

czas erupcji bywa wzmożoną, pozostaje pewien czas na tejże wysokości, a po skończonej erupcji albo powraca do normy, lub też częściej spada jeszcze niżej do zupełnego zniesienia odruchów, w ciągu następnych znowu tygodni do normalnego powraca stanu. Objawy wymienione według autora wyraźnie dowodzą znacznych zaburzeń, jakie jad przymiotowy wywołuje w układzie nerwowym. Wzmoczenie się odruchów autor tłumaczy podrażnieniem ośrodków podkorowych resp. osłabieniem hamującej czynności kory mózgowej, osłabienie zaś i zniesienie odruchów tłumaczy wyczerpaniem ośrodków podkorowych resp. podrażnieniem kory mózgowej.

Rozbierając następnie szczegółowo etjologię, autor wyznaje, iż w większej części cierpienie nerwowych i umysłowych w drugim i trzecim okresie przymiotowym prócz przymiotu przyjąć należy jeszcze inne momenty szkodliwe, mogące wywołać dane zбочenie. Do momentów tych zalicza: usposobienie dziedziczne, obrażenia głowy, opilstwo, nadwężenie umysłu i afekta, szczególnie deprymujące.

Co do częstości pojawiania się przymiotowych cierpień układu nerwowego, autor twierdzi, iż są one daleko częstsze u mężczyzn, gdyż przymiot u kobiet zdarza się wogóle rzadziej i przebiega daleko łagodniej, a głównie też z tego powodu, że mężczyźni podlegają jeszcze innym szkodliwościom, usposabiającym do zбочeń nerwowych. Co do czasu występowania zбочeń układu nerwowego w przebiegu cierpienia przymiotowego, to mając na względzie, iż podstawą zбочeń tych jest sprawa zapalna przewlekła, przyjąć można, iż pojawiają się one w przewlekłym okresie dyjatezy przymiotowej. Okres ten rozpoczyna się w 2—3-cim roku po zakażeniu i trwa do końca życia; wtedy też zбочenia układu nerwowego najczęściej występują, jakkolwiek niekiedy przy niepomysłnych zwłaszcza warunkach pojawiać się mogą już w parę miesięcy po zakażeniu.

Zaburzenia psychiczne przy przymiotowym, cierpieniu mózgu są bardzo różnorodne. Objawy zależne od obecności specyficznych nowotworów w mózgu nie róż-

życzenia, o tem wie każdy, kto się choć cokolwiek bliżej z niemi zetknął. Poprawa stanu tego wymaga jednak znacznych środków materalnych, których nie ma, trudno więc mieć nadzieję, żebyśmy w blizkiej przyszłości mogli rozporządzać oddziałami stosowniejszymi¹⁾. Dlatego też nie mam zamiaru rozbierać po szczególe wszystkich wadliwości higienicznego urządzenia naszych oddziałów chirurgicznych, byłby to głos wołającego na puszczy; chcę tu tylko zwrócić uwagę na dwa kardynalne ich braki, usunięcie których nie wymagałoby tak wielkich kosztów, a jednak wpłynęłoby znacznie na poprawienie otrzymywanych u nas rezultatów. Pierwszą wielką wadą naszych oddziałów jest brak sali separacyjnej dla pomieszczenia chorych zakaźnych; prawda, iż prawie wszędzie chirurg obiera jakąś jedną salkę, znajdującą się zwykle w najgorszych warunkach zdrowotnych ze wszystkich sal oddziału i takową przeznaczoną na pomieszczenie chorych z różną i innymi przyrannymi chorobami, wydarzającymi się w oddziale, lecz salka ta komunikuje z innymi, jest obsługiwana przez tenże sam personel oddziałowy, a prawie nigdy nie przestrzega się opatrywa-

1) Muszę zaznaczyć, iż pod tym względem w niektórych szpitalach w ostatnich czasach daje się zauważyć znaczny postęp, tak na przykład w szpitalu Dzieciątka Jezus oddziały chirurgiczne, dzięki staraniom i energii Pana Kuratora szpitala, uległy w przeszłym roku gruntownej przeróbce, poprawiono wentylację, podzielono wielkie niedogodne sale koszarowe na mniejsze, zupełnie od siebie oddzielone, a wychodzące na korytarz utworzony wzdłuż całego oddziału. Są to wszystko zmiany, którym przyklasnąć należy.

znia się wcale od zaburzeń przy nowotworach innego rodzaju. Przymiotowe cierpienie naczyń powoduje najróżnorodniejsze zaburzenia psychiczne; najczęstszymi są: omdlenia, przemijające napady wrzekomo-apoplektyczne, stany przygnębienia, przyćmienie świadomości, apatya, śpiączka, bredzenie, afazyja. Wskutek następczego złego odżywiania kory mózgowej występują: osłabienie pamięci, woli, objawy ogłupienia. Co do wpływu przymiotu mózgowego na powstawanie bezwładu ogólnego postępującego jest rzeczą dotąd nierozstrzygniętą, czy cierpienie specyficzne mózgu może bezpośrednio wywoływać wzmiankowaną chorobę. Jednakże nawet w przypadkach, w których przymiot nie spowodował specyficznego cierpienia mózgu, ma on to znaczenie, iż, zmniejszając odporność mózgu, przyczynia się pośrednio do powstawania bezwładu postępującego. Autor jest nawet zdania, iż zarazek przymiotowy, jeśli nawet pozostaje ukrytym i nie wywołuje zmian specyficznych w żadnym z narządów ciała, wpływać może na układ nerwowy i, zmniejszając jego odporność, mo-

że wywoływać zбочenia pod wpływem nieznaczących już szkodliwości.

Cierpienia układu nerwowego na podstawie przymiotu wrodzonego są dotąd mało znanymi. Toż samo odnosi się do zбочeń umysłowych powstających na tle dziedzicznego przymiotu; autor jednak przypuszcza, iż przypadki ostatniego rodzaju przytrafiają się częściej, lecz nie zwróciły dotąd uwagi psychiatrów.

Co do obrazu klinicznego, autor kładzie nacisk na to, iż przymiot mózgu nie posiada objawu patognomicznego. Oznaki przebytego zakażenia, cechy powstawania cierpienia mózgowego, ugrupowania i szczególny charakter objawów w większej części przypadków czynią rozpoznanie prawdopodobnym, a dalszy przebieg i skutki leczenia specyficznego udowadniają je w zupełności. Ważną oznaką przymiotu mózgowego stanowi brak umiejscowionych objawów ogniskowych, oraz jednoczesne występowanie zjawisk podstawowych, zewnątrz-mózgowych, korowych i podkorowych, przez co obraz choroby otrzymuje nieokreślony charakter; prócz tego niezwykła częstość koro-

nia takich chorych na ostatku, separacja więc jest iluzoryczną. Drugim niemnie ważnym brakiem naszych oddziałów jest wadliwe, zle z gruntu, urządzenie *sali operacyjnej*. Nasza sala operacyjna zwykle nie różni się niczem od sal, w których się mieszczą chorzy, chyba tylko mniejszymi rozmiarami, taż sama drewniana froterowana podłoga, też same okna; żadnego specjalnego oświetlenia zwykle w niej nie ma. Oprócz tego samo ulokowanie sali operacyjnej jest często niestosowne—znam szpitala, w których drzwi prowadzące z korytarza do sali operacyjnej, znajdują się na wprost drzwi do wychodka,—choćby ten ostatni był przepysnie urządzony, nie stanowi on jednak odpowiedniego dla sali operacyjnej sąsiedztwa. W takiej sali operacyjnej oprócz szaf z instrumentami i stołu operacyjnego znajdują się szafy z materyałami opatrunkowymi, i z bielizną chorych, na tych szafach masa rupieci pod postacią starych połamanych kawałków szyn różnorodnych, odwiecznych rynienek Bonnet'a, wszystko to pokryte grubą warstwą kurzu, której poruszenie wystarczy na zakażenie Twej sali Czytelniku przynajmniej na tydzień. Sala operacyjna u nas służy oprócz operacji do najróżnorodniejszych innych jeszcze celów i tak: w niej rozbierają się i pozostawiają swą odzież ordynatorowie i felczerzy, ona jest stałym miejscem pobytu ordynatorów, Sióstr miłosierdzia, felczerów i posługaczy, miejscem wymiany ich myśli i... wyziewów. Na sali operacyjnej odbywa się opatrywanie cięższych wypadków i badanie nowoprzybyłych chorych. Czyż dziwić się mamy, że świeże rany, zadane w takiej sali, podczas naszych operacji, nie przebiegają aseptycznie?

wo - ruchowych objawów podrażnienia, zaburzeń mowy i porażień oka, wreszcie zaburzenia inteligencji słabego stopnia—wszystkie objawy noszą cechę połowiczą, nieokreśloną;—brak charakteru cechuje przymiot mózgowy. Ułatwiają rozpoznanie: młodzieńczy wiek chorego, napad padaczkowy u dorosłego dotąd niepodlegającego podobnym napadom.

Zejście przymiotu mózgowego bywa pomyślnem przy wczesnem i energicznem leczeniu specyficznem, a przynajmniej o wiele pomyślniejszem, aniżeli przy wszelkich innego rodzaju cierpieniach mózgu, zarówno co do wyleczenia, jak i co do poprawy.

Cierpienia przymiotowe rdzenia kręgowego są jeszcze mniej dokładnie zbadane; nie stwierdzono dotąd przymiotowego cierpienia naczyń rdzenia. Nawet znaczenie przymiotu przy powstawaniu władu paciierzowego nie zostało dotąd przez wszystkich uznanem.

A. Rosenthal.

125. WESTPHAL. Przypadek cierpienia rdzenia kręgowego ze ślepotą i porażeniem ogólnem. Ueber einen Fall

von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allgemeiner Paralyse. Frühzeitige Diagnose durch Nachweis des Fehlens des Kniephänomens. (Archiv f. Psych. 1884. Bd. XV, H. 3).

Nauczytel gimnazyjum, 45 lat wieku liczący, od dzieciństwa egzaltowany, przed 4-ma laty dotknięty przymiotem, skarżył się w 1878 r. na różnorodne przykre uczucia i okazywał stan hypochondrycznej obawy. Przed 12-tu dniami chory przebył krótki napad ślepoty połowicznej oraz niemoty. Prócz zupełnego braku odruchu kolanowego nie skonstatowano innych przedmiotowych oznak cierpienia układu nerwowego. W październiku 1880 r. wystąpiło cierpienie nn. wzrokowych, które w połowie 1882 r. doszło do zupełnej ślepoty. Prócz nieznacznych zboczeń w opróżnianiu pęcherza przez cały ten czas nie wystąpiły żadne inne objawy cierpienia rdzenia. W początkach 1883 r. chory umieszczony został w Charité z powodu nagłego wybuchu pobudzenia maniakalnego z ideami wielkości. Źrenice nie oddziaływają na światło; lekkie zaburzenie mowy; ani śladu inkoordynacyi w koń-

Czyż raczej nie należy się dziwić, iż pomimo to wszystko, tak stosunkowo rzadko zdarzają się u nas wypadki posocznicy lub ropnicy?

W każdym oddziale chirurgicznym wiedeńskim znajduje się sala separacyjna zupełnie odosobniona od reszty oddziału, co więcej—oddział taki posiada swą własną specyjalną obsługę, lub też jeśli nie zawsze bywa zajęty, to dopiero wrazie potrzeby z ogólnej służby oddziałowej bywa wydzielany odpowiedni personel, z zabronieniem styczności z pozostałymi chorem i posługą, a wypełnienie tego rozkazu nadzwyczaj surowo przestrzeganiem bywa. Sala operacyjna oddziału—to sanctuarium, otwierane tylko dla operacyj, posiada zwykle wysokie weneckie okno sięgające aż do sufitu, niekiedy nawet oświetlenie z góry, posadzka jest betonowa lub asfaltowana cokolwiek spadzista do środka, gdzie się znajduje kanał zakryty kratą, służący do spływania wody i innych nieczystości. Zwykle corano specyjalny posługacz, utrzymujący porządek w sali, otwiera dwa wodociągowe krany w niej się znajdujące i zlewa całą podłogę obficie wodą, a następnie rozcynem kwasu karbolowego. W sali, oprócz szafy z instrumentami, stołu operacyjnego (jednego lub dwóch), stołu do instrumentów, kilku krzesel, blaszanej skrzyni z materyałami opatrunkowemi, przygotowywanemi z dnia na dzień i butli z rozcynami płynów antyseptycznych, nic niema. Tak niewielka ilość znajdujących się tu przedmiotów, a co ważniejsza ograniczone przebywanie personelu oddziałowego w sali operacyjnej, dozwala na należyte utrzymanie czystości zupełnie niemożliwe u nas. Możliwem to jest naturalnie tylko wtedy, gdy,

czynach; brak odruchu kolanowego. W 14 dni po przybyciu chory zmarł. Sekcja nie wykazała zmian, któreby odnieść można było do przebytego przymiotu. W nn. wzrokowych prosty równomierny zanik włókien. W rdzeniu kręgowym przy badaniu drobnowidzem stwierdzono zwyrodnienie pęczków tylnych w całej ich długości, przyczem w częściach: szyjowej, górnej i średniej grzbietowej pas zwyrodnienia ograniczał się do części przymykających do rożków tylnych, w dolnej zaś grzbietowej zajmował całe przecięcie pęczków, wreszcie w części lędźwiowej znowu większe przestrzenie pęczków tylnych ku obwodowi pozostały nietkniętymi. Stwierdzono też zanik korzeni tylnych części lędźwiowej.

W epikryzie W. zwraca uwagę na znaczenie braku odruchu kolanowego jako wczesnego i jedyne go objawu cierpienia rdzenia. Następność objawów w przypadkach tego rodzaju (cierpienie rdzenia, zanik nn. wzrokowych, obłąkanie z cechą paraliżu) nie zawsze jest taką samą jak w przytoczonym przypadku, lecz bywa różnorodną. Brak zaburzeń czucia i ru-

chu w powyższym przypadku przy zwyrodnieniu pęczków tylnych autor tłómaczy bądź początkowo nieznacznem zajęciem tychże pęczków, bądź też stopniem udziału nerwów obwodowych. Rozpoznanie wobec braku odruchu kolanowego wskazywało na zwyrodnienie zewnętrznych pasów pęczków tylnych na przejściu części grzbietowej w lędźwiową. Co do etjologii autor nie przypisuje znaczenia przebytemu cierpieniu przymiotowemu, lecz uważa za najważniejszy moment przyczynowy, w tym i podobnych przypadkach, wrodzone usposobienie ośrodkowego układu nerwowego, zarówno mózgu jak rdzenia kręgowego. *A. Rosenthal.*

126. J. DRESCHFELD (Manchester). **0** porażeniu wyskokowem. *On alcoholic Paralysis.* Brain, Juli, 1884.

Podczas gdy w zwykłych postaciach przewlekłego alkoholizmu siedliskiem cierpienia jest mózg, w t. zw. porażeniu lub paraplegii wyskokowej sprawa chorobowa dotyczy przeważnie nerwów obwodowych oraz rdzenia kręgowego. W porażeniu wyskokowem odróżniamy dwie postaci: 1) *Bezład (Ataxia) wyskokowy,*

jak to ma właśnie miejsce zagranicą, przy każdym oddziale jest osobny gabinet (choć czasem bardzo niewielki) dla lekarzy, w niektórych nawet specjalny pokój do opatrywania chorych i inny do przygotowywania i przechowywania opatrunkowych materyjałów. Ktokolwiek wchodzi do sali operacyjnej jest już poprzednio zdezynfekowany, ma czyste ręce, ubrany jest w odpowiedni ubiór specjalnie przeznaczony do operacji. Rozumie się, iż w ten sposób źródła zakażenia świeżej rany są usunięte, co naturalnie wpływa na ostateczny rezultat.

II. Personel oddziału.

W skład personelu oddziału u nas wchodzi: chirurg—zwierzchnik oddziału, asystenci, felczer, siostra miłosierdzia i nakoniec posługacz.

a) *Zwierzchnik oddziału.* Żaden z przełożonych naszych oddziałów chirurgicznych, pomimo najszczerzej chęci i gruntownej znajomości rzeczy, nie jest w stanie sam, bez odpowiedniej pomocy, podjąć włożonemu na jego barki zadaniu, a właśnie tej rozumnej pomocy, na którejby mógł polegać, brak mu zupełnie (jak to poniżej wykażę). Chirurg u nas zawiaduje zwykle oddziałem zawierającym 70 do 80 łóżek, przeciętnie przybywa dziennie z świeżych chorych, roczny ruch chorych wynosi 500—600, dodajmy do tego, iż każdy prawie ordynator prowadzi przy swym oddziale ambulatoryjum, w którym przewija się od 5-ciu do 6-ciu tysięcy chorych rocznie, a będziemy mieli obraz całego ciężaru zadania, jakie na nim spoczywa. Czy człowiek otrzymujący za tak kolosalną pracę nędzną płacę wynoszącą 330 rs. rocznie, zmuszo-

który występuje przeważnie u mężczyzn i podobnym jest zupełnie do wiądu rdzenia (Tabes), jednakże powstawanie i wzmaganie się natężenia objawów w następstwie nadużyć wysokowych oraz brak cierpień stawowych i zboczeń w oczach cechują go jako wieloogniskowe zapalenie nerwów (Neuritis multiplex). Przy dłuższym powstrzymywaniu się od użycia wysokowych objawy chorobowe w zupełności znikają. 2) *Porażenie wysokowe*, zdarza się ono daleko częściej, a głównie u kobiet. Powstawanie jego jest mniej więcej ostrem i cechują je zbożenia czucia, ruchu, naczynioruchowe i odżywcze, jakoto: nadczułość obok lub bez wzmożonej bolesności kończyn dolnych, zmiana zmysłu ciepłoty, bóle przeszywające, brak odruchu kolanowego oraz porażenia dolnych, niekiedy i górnych kończyn przy przeważnem zajęciu mm. [wyprostnych]. Prócz tego występuje zaczerwienienie i obrzęk skóry oraz odczyn zwyrodnienia nerwów i mięśni. Zbożenia czucia prowadzą następnie do znieczulenia i bezbolesności. Objawy mózgowe, jakoto: bezsenność, niepokój i bredzenia występują

w późniejszym okresie choroby i bywają częstokroć przyczyną śmierci. Rokowanie jest niepewnem. Leczenie, polegające głównie na usunięciu napojów, bywa skutecznem w początku choroby i w wypadkach niepowikłanych. W przypadku, który autor szczegółowo opisuje, skonstatowane były zmiany w nerwach obwodowych (Ischiadicus, cruralis), podczas gdy mózg i rdzeń nie przedstawiały żadnych zbożeń. *A. Rosenthal.*

127. Prof. A. EULENBURG. **Przypadek postępowej mięśniowej dystrofii** (przerost, zwyrodnienie tłuszczowe i woskowe) **kończyn dolnych.** (*Deut. Med. Woch.* Nr. 12—1885).

39-cio-letni, dobrze zbudowany robotnik uskarża się na osłabienie i prędkie męczenie się. Lewa kończyna dolna okazuje się znacznie zgrubiałą, prawa natomiast sprawia wrażenie nieznacznego zaniku. Z wywiadów dowiadujemy się, że przed 10-ciu laty chory uległ mocnemu obrażeniu w okolicy ostatnich grzbietowych kręgów, poczem zjawily się objawy zapalenia rdzenia (porażenie kończyn, znieczulenie, porażenie pęcherza i t. d.

ny oglądać się na materyjalny rezultat swej dziennej pracy po za obrębem szpitala, może podołać zadaniu, czy może poświęcić mu dostateczną ilość czasu? Powiedzmy na chwałę zwierzchników naszych oddziałów chirurgicznych, iż nie dla materyjalnych względów zajmują się choremi w oddziałach, że kierują nimi wyższe pobudki, i że pod wpływem tych moralnych bodźców poświęcają oddziałowi stosunkowo bardzo znaczną ilość drogiego swego czasu,—jest ona jednak nie wystarczającą. Chirurg oddziałowy zaledwie jest w stanie wykonać potrzebne operacje, obejrzeć nowych chorych i wyznaczyć im odpowiednią terapiję, na resztę niema czasu; opatrywanie chorych pozostaje przeważnie w rękach pomocników, t. j. głównie felczera, coż tu już mówić o kontrolowaniu czystości wody w irygatorach, dobroci materyjałów opatrunkowych, paznokci posługi i t. d.

Ponieważ ten brak kontroli istniał od początku wprowadzenia metody przeciwnilnej, nic więc dziwnego, iż nie zdołaliśmy wyrobić sobie odpowiednio uzdolnionych pomocników. Do tego dopomaga pewien stopień niezawisłości, jaką się cieszą niektórzy członkowie hierarchii oddziałowej, co ich upoważnia do lekceważenia słusznych żądań chirurga. Każdy nowy pobyt zagranicą wywołuje ze strony chirurga nowe nasilenie żądań, objawiające się pod postacią jowiszowych gromów rzucanych na narowisty personel oddziałowy, który jednak wkrótce tak nas swym uporem zmorduje, iż sami tępijemy, machamy ręką i dodając: „Dziej się wola Nieba“ patrzymy przez szpary na stare praktyki, a czasem nawet sami je z nałogu naśladowujemy.

Następnego zaś roku chorował na zapalenie wsierdza i opłucnej, do czego przyłączył się niezbyt pęcherza i zakrzep żyły udowej lewej. Od tego czasu kończyzna lewa wciąż była zgrubiałą, nogi osłabione, a oprócz tego niemoc płciowa i *incontinentia urinae* chorego nie opuszczały.

Blizsze badanie okazało, że ruchy mięśniowe kończyn dolnych wykonywają się powoli i ciężko. Mięśnie prawego uda są dość twarde, prawej nogi wiotkie, lewej zaś kończyzna dolnej miękkie, ciastowate, sprawiają wrażenie mięśni tłuszczowo zwyrodnionych. Czucie i odruchy skórne, jak i ścięgna nie zmienione; skóra blada, chłodna, wydzielanie potu na nogach zmniejszone. Objętość prawego uda w górnej części 53 cm., lewego—57, w dolnej części prawego 35, lewego 43. Objętość prawej nogi w górnej części 38 $\frac{1}{2}$, lewej 33, w dolnej części prawego 21, lewego 29. Elektryczna pobudzalność kończyn dolnych zarówno dla prądu przerywanego jak i stałego zmniejszona; odczyn zwyrodnienia nie spostrzega się. Mikroskopowe badanie wyciętych kawałków m. *gastrocne-*

mii dextri wykazuje włókna mięśniowe cieńsze, niż po stronie lewej i uległe zwyrodnieniu tłuszczowemu; tkanka śródmiąższowa i naczynia są w stanie normalnym. Włókna mięśniowe lewej kończyzny są grubsze, napężniałe; zwyrodnienie tłuszczowe i woskowe w większym stopniu, a śródmiąższowe nacieczenie tłuszczowe przedstawia charakterystyczne własności, jak przy przeroście rzekomym (*pseudohypertrophii*) mięśni.

Podobne przypadki opisane były przez Cohnheima, Bartha, Müllera i Knolla; różnią się zaś niejednakowemi zmianami w obydwóch kończynach, znacznym zwyrodnieniem tłuszczowym i skłonnością do zwyrodnienia woskowego. Dotychczas przypuszczano, że postępową dystrofię mięśni w postaci pseudohypertrofii i stłuszczenia jest pierwotnym cierpieniem mięśniowem, niezależnym od wpływu nerwów i ośrodków nerwowych, występuje zaś w wieku dziecięcym. Przypadek zaś opisany powyżej pozwala z wielkim prawdopodobieństwem przypuścić urazowe pochodzenie tego cierpienia. Różnica zaś zmian w obydwóch kończynach zależeć mo-

Niekiedy znów się zrywamy, lecz wkrótce opadają nam skrzydła i znów wracamy do dawniejszych grzechów. Uderzmy się w piersi i powiedzmy, że tu głównie naszą niewytrzymałość winić należy. Ten brak wytrwałości nie dozwolił nam dotąd wykształcić pomocników, zdolnych zdjąć z bark naszych część ciężaru przechodzącego nasze siły, czego następstwem wszystkie wykroczenia przeciw metodzie listerowskiej, dziejące się na naszych oddziałach. Nie przeczę, zjawili się już i u nas ludzie, którzy z żelazną wytrwałością zabrali się do dzieła i potrafili przeprowadzić w swych oddziałach znakomite pod tym względem reformy. Podziwiam tych ludzi, przyklaskuję im, ale zarazem śmiem twierdzić, iż są to dotąd nieliczne tylko wyjątki.

Chirurg niemiecki zwykle zawiaduje mniejszym niż nasz oddziałem (20—30 łózek), pobiera stosunkowo znaczną pensyję (1400—1800 fl.), naturalnie upoważnia go to do niejakiego lekceważenia dochodów po za obrębem szpitala, umożliwia oddanie większej ilości czasu na usługi oddziału. Co najważniejsza, chirurg niemiecki otoczył się wyćwiczonemi pomocnikami, na których liczyć może. Dla niego skończyła się ta praca, która się dla nas zaczyna, on nie potrzebuje już teraz sprawdzać w najdrobniejszych szczegółach postępów swego personelu, gdyż jest pewnym, iż osobniki go składające tak są w przeprowadzeniu metody wyćwiczone, iż spełniają odpowiednie przepisy prawie automatycznie. Chirurg niemiecki może być tak pewnym, że jego Zögling wymyje ręce zanim się dotknie chorego, jak nasz chirurg tego, iż jego felczer wetknie brudną sondę do rany świeżo przybyłego chorego chociażby ta wgląd mózgu

że od zakrzepu żyły udowej lewej, wskutek czego dłużej trwające zбочenie krążenia i zastój żylny wywołuje zmniejszone utlenienie, a w następstwie nagromadzenie niespalonego tłuszczu w lewej kończynie. Co się tyczy rokowania i leczenia podobnych przypadków, to chociaż widoki na poprawę stosunków odżywiania i ruchu są małe, jednakże przy dłuższem zastosowaniu leczenia elektrycznością (prądem stałym) i gimnastyką możność znacznej poprawy nie wyklucza się.

M. Hopfenblum.

II. Medycyna wewnętrzna.

128. A. LEDOUX-LEBARD. **Rak—choroba pasorzytna.** *Le Cancer, maladie parasitaire.* (*Archives Générales de Médecine.* Avril, 1885).

Przypuszczenia pasorzytnej przyrody raka spotykamy, wyrażane mniej lub więcej stanowczo, u rozmaitych autorów ostatnich czasów. Obecnie przypuszczenia te zyskały ważną podstawę w odkryciu pasorzytnej natury gruźlicy, która zarówno w historycznym rozwoju pojęć jak i

w niektórych rysach obrazu choroby przedstawia dość wyraźną analogiję do raka. Zapatrywanie takie szczególniej przekonywająco wygłasza Nedopil w swej pracy: „*Carcinom und Infection*“ (1883).

Autor stara się również o dostarczenie faktów, któreby mogły posłużyć do poparcia nowych poglądów i czerpie je z kliniki, etylogii, anatomii patologicznej, patologii doświadczalnej i z badań nad aktywnożyją.

Zestrony klinicznej, objawowej, analogija między rakiem i chorobami zakaźnymi, a w szczególności gruźlicą, uderza przy rozpatrywaniu rozmaitych postaci, w jakich obie te choroby się przedstawiają. Obydwie przebiegać mogą przewlekłe i ostro (postacie prosówkowe), w obydwóch ostry przebieg zdarza się częściej w wieku młodym. Jeżeli zaś zwykły, chronicznie przebiegający rak, różni się bardzo od podobnie rozwijającej się gruźlicy—to jednak podobieństwo zaznaczy się i tutaj, jeżeli porównywać będziemy rozwój spraw tych w tych samych narządach, np. raka płuc, otrzewnej z jednej strony i gruźlicę tych organów z drugiej.

drążyła. Że pewność tę chirurg niemiecki okupił wielkim wysiłkiem pracy nad pomocnikami swemi, że zawdzięcza ją swej pedanteryi, wytrwałości i temu, iż miał do czynienia z ludźmi o wyższym poziomie umysłowym, niż nasi chirurgowie, o tem, zdaje się, mówić nie potrzebuje. Dwie te cnoty: pedanterya i wytrwałość dają, jak to już wyżej powiedziałem, wielką przewagę niemieckiemu chirurgowi nad naszym.

b) *Asystenci oddziałowi.* Żaden z naszych szpitalnych oddziałów chirurgicznych nie posiada płatnych posad asystentów. Że jednak ordynatorowi asystenci tacy są niezbędnie, chociażby dla dopełnienia prawnej liczby 3 wymaganej przy stosowaniu chloroformu, więc zdobyć ich sobie koniecznie potrzeba. Do niedawna jeszcze odbywało się formalne konkury o asystentów, obecnie jest cokolwiek lepiej, przynajmniej kandydaci na asystentów zjawiają się sami z prośbą o pozwolenie odwiedzania oddziału, i liczba amatorów jest większa, co pozwala na stawianie pewnych wymagań. Zwykle jednak dotąd jeszcze asystentami oddziałowemi zostają u nas świeżo wykluceni lekarze, nie mający należytego wyobrażenia nietylko o praktycznem wypełnieniu zasad metody przeciwnilnej, lecz nawet o odpowiedniem nałożeniu trudniejszej nawiązki, pod tym względem stoją oni nieraz niżej od felczera oddziału, przewyższającego ich zdobytą (złą czy dobrą to inna kwestya) rutyną, co jest naturalnem następstwem czysto teoretycznego kierunku nauczania na naszych wydziałach medycznych. Asystenci tacy przynoszą oddziałowi, jako jedyną ofiarę, swe dobre chęci, lecz chęciami takimi, jeśli nie podlegają należytemu kierunkowi, tylko piekło wybrukowane

Dane co do etylogii autor czerpie z pracy Nedopila. W Wiedniu na milion ludności umiera rocznie z raka 250 mężczyzn i 550 kobiet. Podczas gdy większość narządów ulega z mniej więcej jednakową częstością u obu płci, widzimy, że rak twarzy, jamy ustnej i języka zdarza się u mężczyzn daleko częściej (9:1). Przewyżka raka u kobiet wypada na raka macicy i sutek. Z tego samego źródła autor podaje jeszcze następane dane: śmiertelność z raka większą jest w miastach, niż na wsi. Śmiertelność ta zdaje się zwiększać z roku na rok: w 1875 roku 198 mężcz. 250 kob.

w 1877	"	213	"	270	"
w 1878	"	225	"	307	"
w 1879	"	240	"	325	"

Dziedziczości w niektórych przypadkach nie można wykazać.

Zdaje się też, że wiek, wiek i t. p. wpływy zaznaczają się w raku podobnie jak i w gruźlicy. Uderza zwłaszcza częstość raka w narządach stykających się bezpośrednio z powietrzem i wystawionych na częste drażnienie (język u mężczyzn, macica i sutki u kobiet).

Przechodząc do anatomii patologicznej,

autor zaznacza podobieństwo między wczesnymi okresami raka (pod tą nazwą pojmuje nowotwory złośliwe wogóle) i zmianami zapalnymi w tkankach. W mięsaku podobieństwo to utrzymuje się i później; Cornil i Ranvier określają, że różnicę pomiędzy temi dwiema sprawami stanowi tylko różnica powstawania i zejścia. Nedopil bada tkankę śluzową języka, porównywał zmiany, jakie zachodzą w niej podczas zapalenia i przy raku, i dochodzi do wniosku, że różnice polegają tu tylko na stopniowaniu zmian, że przeto jeżeli zapalenie zależy od pewnej przyczyny drażniącej, i rak musi zależeć od swoistego dlań podrażnienia. Chociaż poszukiwania tej przyczyny resp. specjalnego pasorzytu, dotąd wypadły ujemnie, to nie obala to jednak całego przypuszczenia. Wszak mamy i inne choroby uznane za pasorzytowe, w których również pasorzyt odnalezionym jeszcze nie został (np. wścieklizna).

Dalej zwraca autor uwagę na to, że powstawanie raka bywa często poprzedzane przez zapalenie, albo przynajmniej przekrwienie, uraz (inflammation preca

bywa. A któż tych asystentów uczy, kiedy sam chirurg nie ma na to czasu? Jedy-nym nauczycielem jest przeczcucie i czytanie, które jeśli i doprowadzą niekiedy do pożądanego celu, to tylko kosztem mozolnej długiej pracy i całego szeregu bezwiednych pomyłek. Dodajmy do tego, że większa część tych chwilowych asystentów nie myśli właściwie o chirurgicznej karyerze, weszli oni do oddziału z zamiarem przypatrzenia się niektórym bardziej potrzebnym manipulacyjom z małej chirurgii, niezbędnym dla znośnego prowadzenia prowincjonalnego rzemiosła. Zazwyczaj też tylko oczy takich asystentów przyjmują pewien udział w pracy około chorych, znajdujących się na oddziale, i inaczej być nie może, lekarze ci bowiem, pozostają zwykle na oddziale tak krótko, że nawet gdyby byli ożywieni dobrmi chęciami przyjscia z czynną pomocą, to zaledwie pod koniec ich pobytu możnaby im powierzyć niektóre czynności bez obawy o rezultat tej ich interwencji;—tymczasem właśnie w chwili, gdy pan asystent mógł zacząć z jakimś pożytkiem pracować dla oddziału, którego dotychczas był zawadą, dostaje on jakieś miejsce na prowincyi, znika z oddziału i bywa zastąpiony nowem popychadłem, które zazwyczaj z równym pożytkiem służy oddziałowi.

Nie ma zagranicą oddziału chirurgicznego, któryby nie posiadał płatnego asystenta, a oprócz tego zwykle znajduje się przy oddziale kilku asystentów bezpłatnych. Asystent oddziału to człowiek, który się specjalnie chirurgii poświęcić zamierza, do płatnej posady doszedł on dopiero po kilkoletniej pracy bezpłatnej, podczas której

cereuse). I w tem sprawa rakowa przypomina gruźlicę, która także rozwija się chętnie w miejscach wystawionych na drażnienie, podobnie jak i przymiot.

Poszukiwania doświadczalne nad przeszczepialnością raka, od których trzeba oczekiwać stanowczego rozstrzygnięcia kwestyi—dały dotąd wyniki neutralne, w żadnym jednak razie nie przeczące przypuszczeniom pasorzytnej natury raka. Mamy prawie równe liczby doświadczeń, w których przeszczepialność raka udała się, jak i gdzie wyniki były ujemne. Autoinokulacje raka za to były spostrzegane dość często.

Wreszcie zwraca autor uwagę na aktywnomykozę, która charakterem sarkomatycznym swoich ognisk wielce przypomina raka, a jest zdecydowaną chorobą pasorzytową. I w tej sprawie przeszczepianie dało, jak dotąd, wyniki ujemne. Na podstawie tej obszernej analogii raka z chorobami pasorzytowymi (a zwłaszcza z gruźlicą i aktywnomykozą) autor wnioskuje, że podejrzenie pasorzytowej natury raka jest upodstawowaniem. O. T.

III. Chirurgija.

129. BERGER. O jednej z odmian rzekomego odprowadzania przepukliny (odprowadzenie pętli kiszkowej pod otrzewną przez otwór powstały z nacięcia worka przepuklinowego). (*Revue de Chirurgie*. Nr. 10 i 12—Octobre et Décembre, 1884).

Do rzadkich bardzo odmian rzekomego odprowadzenia uwięźniętej przepukliny należy odprowadzenie pętli kiszkowej podczas herniotomii do sztucznie, przy próbach taxis, utworzonego worka pomiędzy otrzewną, a ścianą brzuszną, zamiast do jamy brzusznej.

W literaturze mało takich wypadków znaleźć można, a z autorów, którzy obszernie przepukliny traktowali, jedni tylko pobieżnie wzmiankują o możebności takiego odprowadzenia (Boyer, Velpeau, Roser, który opisuje tylko dwa wypadki obserwowane przez Hulbe'go i Schede'go); inni zupełnie o tem nie wspominają (Dupuytren, Cloquet, Malgaigne, Gosselin). Tylko Streubel w r. 1864, opisując odprowadzenie przepuklin en masse, zastanawia

został dostatecznie wyćwiczony w sztuce stosowania metody przeciwnilnej przez swego poprzednika. Na takim asystencie polegać można, można mu śmiało powierzyć naprzykład opatrywanie chorych bez obawy spotkania się z niemilemi niespodziankami w rodzaju róży, flegmony etc., z którymi, niestety, co krok spotyka się zwierzchnik naszego oddziału.

c) *Felczer oddziału*. Dużo u nas pisano i mówiono o potrzebie zniesienia instytucji felczerów, kwestyja ta była jakiś czas *en vogue*, a następnie stało się z nią to, co się zwykle u nas dzieje z palącemi kwestyjami: wszystko umilkło, przepadło jak kamień w wodę, a złe złem pozostało, przetrwawszy zaś burzę tylko się tem silniejszym czuje. Nie myślę tu pisać filipiki przeciw felczerom i wykazywać szkodliwość tej instytucji, chcę tylko zaznaczyć, iż jeśli można jeszcze z pewnem pobłażaniem patrzeć na rozwielenie się felczera gdzieś w prowincjonalnym zakątku i usprawiedliwiać je brakiem wszelkiej innej opieki lekarskiej nad miejscowemi choremi, to już w żadnym razie działalność felczera (przynajmniej w tak obszernym zakresie jak obecnie) nie może być cierpianą na oddziałach chirurgicznych.

Doktorska mina, pusta głowa, szykowny krawat koloru nadziei, brudne ręce i żałoba za paznokciami, piórko z lapisem za jednym, a sonda za drugim uchem—oto cechy felczera oddziałowego. I taki człowiek, nie mający nietylko o antyseptyce, ale wogóle o niczem należytego pojęcia, lecz za to w prostym stosunku do swej ignorancyi, obdarzony porządną dozą zarozumiałości, jest do pewnego stopnia panem ży-

się obszerniej nad sprawą poruszoną przez Berger'a i przytacza dwa wypadki tego rodzaju, obserwowane przez Textor'a (senior) i Zeissa.

Autor streszczanej pracy zebrał w literaturze 15 wypadków rzekomego odprowadzenia, dołączył do nich jeden przez siebie obserwowany wypadek i stara się wykazać przyczyny takiego odprowadzenia i sposoby uniknięcia tej pomyłki. Z piętnastu opisanych wypadków (9 operacji przepukliny pachwinowej i 6 przepukliny biodrowej) dwa tylko razy spostrzeżono w czasie operacji pomyłkę. Jeden z tych chorych, u których dość wczesnie spostrzeżono pomyłkę, wyzdrowiał (Armand); druga chora (Berger) umarła w okresie pooperacyjnym, ale wskutek cierpienia płucnego; objawy zaciśnięcia zupełnie ustąpiły. W pozostałych trzynastu złe odprowadzenie nie zostało rozpoznane i dopiero oględziny pośmiertne wskazały przyczynę trwania objawów zaciśnięcia po operacji.

Po opisaniu szczegółów wypadków, autor przystępuje do opisanego anatomicznych stosunków i właściwości. Zwykle

znajdujemy worek przepuklinowy pusty, pętla zaś kiszkowa znajduje się w sztucznie utworzonej przestrzeni pomiędzy otrzewną ścienną, a częściami, stanowiącymi ścianę jamy brzusznej. Jama ta jest skierowaną ku dołowi biodrowemu, jeżeli mamy do czynienia z przepukliną pachwinową; lub też znajduje się za spojeniem łonowym, jeżeli przepuklina jest biodrową.

Bywa ona rozmaitej wielkości: czasami bardzo mała, tak, że zawiera tylko część ścianki кишки; czasami b. obszerna, jak w wypadku przez Hulbe'go opisanym, w którym rozciągała się ona od art. epigastr. z jednej strony, do art. epigastrica z drugiej i znajdowała się pomiędzy pęcherzem a spojeniem łonowym.

Sztuczna ta przestrzeń z jednej strony łączy się z rozciętym workiem przepuklinowym, a z drugiej komunikuje z jamą otrzewnej najczęściej przez szyję worka przepuklinowego, która też najczęściej była nierozpoznaną przyczyną uwięźnięcia pętli kiszkowej. Wyjątek pod tym ostatnim względem stanowią wypadki: Hulbe'go, gdzie przejście było wolne, a przeszkodę do odprowadzenia stanowiły

cia i śmierci chorych, znajdujących się w naszych oddziałach; on-to bowiem zmienia większość opatrunków, on decyduje czy dren usunąć, czy zostawić należy, on smaruje nieszczęsnych chorych laseczką lapisu, którą uważa za rodzaj panaceum, on wtyka systematycznie do każdej rany sondę, wyjętą z za ucha. Po ordynatorze jest to jedyna stale do oddziału przywiązana osobistość; obycie się z miejscem i otaczającymi warunkami, daje mu nieraz przewagę nad czasowymi skromnymi asystentami, przewagę dochodzącą do tego, iż świeży asystent nie śmie poprostu odebrać monopolu opatrywania chorych z rąk felczera. Felczer umie nadać sobie powagę wobec cieżkich chorych zapelniających oddział, używa zwykle zaimka: „my“, a przy słowach zakończenia: „śmy“, opowiadając czyny i zasługi przełożonego swego, a ztąd część aureoli otaczającej tego ostatniego przelewa na siebie, czem otumaniony chory, zezwala bez szemrania na dokonywanie na sobie prawie zawsze potwornie niemądrych praktyk felczera. Oto typ osobistości cierpianej dotąd w naszych oddziałach, typ wzrosły niezaprzeczenie z winy samych chirurgów, pozwalających na rozwijanie się takich osobistości pod ich okiem, usamowalniających je, ochraniających swym wysokim protektorem, przenoszącym nieraz współdziałanie tego pariasa nad rozumną pomoc wykształconego i wyćwiczonego lekarza.

Typ ten średniowieczny zachował się tylko u nas, nigdzie zagranicą nie spotkasz już Czytelniku czegoś w rodzaju naszego barbier'a, a więc i oddział zagraniczny jest uchroniony od zgubnego jego wpływu.

zrosty; wypadek Textor'a, gdzie przeszkadzało jądro (Ectopia testis); Ouvrard'a, gdzie zaciśnięcie było w otworze wewnętrznym kanału pachwinowego i wypadek Farabeuf'a, w którym pętli kiszkiowej zagradzała drogę do jamy otrzewnej zaniżła tętnica pępkowa.

Zawartość tej nowej przestrzeni stanowią w większości wypadków pętla kiszkiowa, czasami oprócz niej sieć (Aston Key i Zeiss), a w wypadku opisanym przez Lawrence'a sama tylko sieć.

Pętla kiszkiowa zachowywała się rozmaicie, albo swobodnie leżała w powyżej opisanej przestrzeni i u przejścia przez szyję worka przepuklinowego była zagięta, co w paru wypadkach (Zeiss, Farabeuf) stanowiło jedną przyczynę niedrożności więcej; albo miała zrosty świeże, czasem dawniejsze, z szyją worka, które stanowiły niepokonaną przeszkodę do prawidłowego odprowadzenia pętli. Pętla kiszkiowa dostawała się do nowej przestrzeni najczęściej przez nacięcie zrobione na worku w celu zniesienia zaciśnięcia, a powiększone przez pociąganie worka przy próbach odprowadzenia. Wyjątek stano-

wi jeden wypadek Azam'a, w którym część ściany kieszki dostała się pod otrzewną przez otwór w niej samej powstały. Przyczyny takiego rzekomego odprowadzenia szukać należy, według autora, najprzód w dawności przepukliny, wszystkie bowiem wypadki dotyczyły długo trwających, a w dwóch wypadkach (Textor, Zeiss) wrodzonych przepuklin.

Jako drugą przyczynę uważa Berger wysokie umieszczenie zaciśnięcia. Uspობabiającą zaś przyczynę stanowią, jak tego dowodzą wywiady, forsowne próby odprowadzenia, które osłabiły związek między otrzewną i ścianą brzuszną naokoło otworu wewnętrznego kanału pachwinowego, a czasami nawet przygotowały sztuczną jamę, do której potem przy operacji chirurg pętlę kiszkiową wepchnął. Że taka okoliczność może mieć miejsce dowodzą liczne wypadki reduction en masse. Największą jednak winę przypisuje Berger w tych wypadkach operującemu i wymienia trzy błędy zrobione we wszystkich tych wypadkach, błędy, które wywołały rzekome odprowadzenie. Mianowicie, popierwsze, nie-

d) *Siostra miłosierdzia*. Wielką dodatnią stroną naszych szpitali stanowi obecność w każdym oddziale nie płatnej najemnicy, lecz Siostry miłosierdzia, która za powołanie całego życia wybrała sobie niesienie pomocy chorym. Że płatna obsługa nie zastąpi opiekunek pełnych poświęcenia i miłości bliźniego, tego dowodzić nie potrzebuje. Spór podjęty we Francji w przeszłym roku jest tylko dowodem krańcowości partii radykalnej, ale dane przytaczane przez zwolenników zastąpienia Sióstr zakonnych cywilnymi najemnicami, nikogo chyba nie przekonały, a to, co widziałem w szpitalach paryżkich, stanowczo przemawia na korzyść pierwszych. Tak więc opieka Sióstr miłosierdzia nad chorem szpitalnymi jest rzeczą nieocenioną, szczególnie pod względem moralnym.

Nie mogę jednak niezaznaczyć tu jednego braku: wiele mianowicie złego pochodzi stąd, że nasze Siostry nie są dostatecznie obznajmione z pielęgowaniem chorych, jako też i z innymi powierzaniem im czynnościami lekarskimi. Wprawdzie obecnie Siostry miłosierdzia spełniają część medycznej posługi koło chorych jako to: rozdają lekarstwa, dozoruja i kontrolują wypełnianie przepisów lekarza, przygotowują i przechowują materyjały opatrunkowe i t. d. Kierują się jednak w tych wszystkich czynnościach więcej przeczuciem—intuicyją, niż pewnymi naukowymi zasadami. Czyż mamy się dziwić, że przeczucie Siostry miłosierdzia, chociaż inspirowane dobrymi chęciami, staje nieraz w sprzeczności z zasadami naukowymi, którymi my się rządzymy, a jednak sprzeczność taka jest nieraz zgubną, szczególnie w oddziałach chirurgi-

zniesienie zaciśnięcia, podrugie, w niewłaściwym miejscu zrobione, a wielokrotne nacięcie worka przepuklinowego, wywołane niemożnością odprowadzenia pętli kiszki, wskutek niezniesienia przyczyny uwięźnięcia. Nacięcia te nie ułatwiają odprowadzenia kiszki do jamy otrzewnej, a rozszerzone pociąganiem przy próbach taxis stały się drogą, przez którą jelito weszło do sztucznie utworzonej jamy.

Trzecią pomyłką jest w niewłaściwym kierunku przedsięwzięte i uparte a forsowne wpychanie zawartości przepukliny pomimo jej oporu, bez ścisłego zbadania przyczyny utrudniającej odprowadzenie. Teraz przechodzi Berger do rozpatrzenia objawów towarzyszących rzekomemu odprowadzeniu i do rad, w jaki sposób uniknąć tej pomyłki albo jak ją naprawić.

Dwa objawy w czasie operacji przepukliny powinny naprowadzić chirurga na myśl, że popełnił błąd w mowie będący; szczególnie jeżeli ma on do czynienia z przepukliną, na której robione już były uparte próby odprowadzenia.

Jeżeli mianowicie, pomimo licznych nacięć zaciskającego pierścienia pętla ki-

szkowa tylko z trudnością odprowadzić się daje i do końca musi być wpychaną, a nie ucieka, niejako, przy końcu sama do jamy otrzewnej; jeżeli przy badaniu palcem otworu, przez który wepchnęliśmy pętlę, możemy wyczuć jeszcze w jamie pętlę ową nieruchomą, to objawy te powinny nas naprowadzić na myśl, żeśmy zawartości przepukliny nie odprowadzili, a tylko wepchnęli ją w jakąś sztuczną jamę.

W takim razie autor radzi nazad pętlę wyciągnąć, ranę zewnętrzną rozszerzyć i naocznie się przekonać, gdzie jest przeszkoda, a nie polegać tylko na badaniu palcem, które może nas często omylić, jeżeli jama nowoutworzona wielkich jest rozmiarów (Hulke).

Wogóle Berger nie radzi ani robić wiele nacięć przy debridement, ani forsownie wpychać pętli, bo jeżeli jedno, najwyżej dwa nacięcia nie pomogły, to przyczyny zaciśnięcia gdzieindziej głębiej szukać należy, a przy istniejącej przeszkodzie forsowne wpychanie pętli wywoła tylko rzekome odprowadzenie. Nareszcie Berger jeszcze dodaje, że są objawy, po któ-

czynnych, jak to poniżej wykażę, opisując przygotowywanie materiałów opatrunkowych u nas praktykowane; tu jako przykład przytoczę takie zdarzenie: przyjęto do szpitala chorego z różą, Siostra miłosierdzia pomieszcza go na sali, w której leży kilku operowanych, zamiast w odrębnym pokoiku przeznaczonym specjalnie na różę; wprawdzie lekarz robiący wieczorną wizytę przeniósł chorego na właściwe miejsce, lecz parogodzinny pobyt wystarczył do wywołania kilku wypadków róży u operowanych. Takich przypadków dowodzących braku u Sióstr miłosierdzia odpowiedniego fachowego wykształcenia mógłbym przytoczyć setki.

W szpitalach niemieckich zamiast sióstr miłosierdzia funkcjonują cywilne dozorcynie. Rozumie się wpływ, jaki wywierają na chorych, nie może się porównać z wpływem wywieranym przez nasze Siostry miłosierdzia, opieka ich jest może mniej troskliwa, lecz za to przewyższają one nasze Siostry odpowiedniemi przygotowaniem do swego zawodu. Każda dozorczyń przeszła odpowiednią szkołę, w której ją wyuczono co jak robić należy, a czego się wystrzegać powinna. Długoletnia praktyka na oddziale pod kierunkiem chirurga i w zupełnej od niego zależności, wyrobiła w takiej dozorczyń niewzruszoną rutynę, tak niezbędną szczególnie w oddziałach chirurgicznych. Zresztą działalność dozorczyń ograniczoną jest do rozdawania lekarstw i pożywienia, dbania o czystość chorych, a podczas zmiany opatrunku, do podawania składowych jego części. Nigdy dozorcynie nie zajmują się same—bez kontroli,

rych poznać można rzekome odprowadzenie, jeżeli operacja zrobioną była przed paru godzinami i odróżnić takowe od innych przyczyn podtrzymujących objawy zaciśnięcia nawet po dobrze zrobionej operacji. Jeżeli bowiem mamy do czynienia z rzekomem odprowadzeniem, to chory po operacji żadnej, najmniejszej ulgi nie uczuwa, skarży się na bolesność w miejscu odpowiadającym jamie nowo utworzonej, a po otworzeniu nanowo rany operacyjnej wyczuwamy palcem pętlę kiszkową zgiętą i nieruchomą.

Aby błąd w takim razie naprawić, ranę rozszerzyć należy, pętlę wyciągnąć z niewłaściwego położenia, rozerwawszy zrosty jeżeli takowe się już potworzyły, a znalazłszy i zobaczywszy przyczynę zaciśnięcia usunąć takową. *J. Garbowski.*

IV. Oftalmologija.

130. Dr. T. W. HAFMANN. **Zatory gałęzi tętnicy pośrodkowej siatkówki z nacieczeniem krwistem.** (*Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde—Zehendera.* Styczeń, 1885).

Do 19 opisanych dotąd spostrzeżeń autorów tętnicy pośrodkowej lub gałązek takowej w siatkówce, połączonych z krwistym nacieczeniem, dołącza autor następujący wypadek. 50-letni chory zgłaszał się pierwszy raz w 1879 roku do kliniki prof. Sattlera z powodu stopniowo powiększającego się od roku osłabienia wzroku prawego oka. Badanie ówczesne dało ujemne wyniki. W sierpniu 1883 r. pojawił się powtórnie chory z powodu występującego co 4 do 6 tygodni zamglenia wzroku trwającego 10—20 minut w lewym oku, jako też często się ponawiających w ostatnich czasach mocnych bólów głowy i karku. Na prawym oku w ciągu tego czasu wzrok stopniowo powolnie upadał. S. oc. dextri $\frac{6}{18}$, oculi sinistri $\frac{6}{6}$; pole widzenia w lewym oku okazało cokolwiek zmniejszone granice zewnętrzne ze znacznym dośrodkowym zwężeniem dla barw i prawidłowym wyglądem wziernikowym dna ocznego. Na prawym oku tarcza n. wzrokowego była biaława, tętnice zwężone, naczynia zaś żyłne rozszerzone i krwią przepelnione, a pole widzenia było tak w granicach zewnętrznych,

przygotowywaniem materyjałów opatrunkowych, co najwyżej grają tylko rolę pomocniczą dodanych asystentowi, któremu tę funkcję powierzono.

e) Ostatnim szczeblem w hierarchii oddziału jest *posługacz* lub *posługaczka*. Są to po większej części ludzie z najniższej warstwy społeczeństwa, włóczęgi, próżniacy lub chorzy weterani, którzy, nie mogąc zarobić w inny sposób na życie, decydują się zostać posługaczami szpitalnymi. I czyż może być inaczej przy nędznej zapłacie, jaką posługacze otrzymują, przy ciężkiej pracy jaką spełniać muszą? Posługacze nasi nie mają najmniejszego pojęcia jak podnieść chorego, jak go w łóżku ułożyć potrzeba, sami są brudno odziani, tak, iż jedno dotknięcie ich odzieży wystarcza do zakażenia, — przewiązani zasmolonymi fartuchami, ręce tak mają zanieczyszczone, iż aby je do znośnego doprowadzić stanu, trzeba je chyba tydzień cały szorować szczotkami i moczyć w kwasie karbolowym. Jednym słowem są to stali roznosiciele infekcyi w naszych oddziałach. Pomimo to jednak zmuszeni jesteśmy powierzać im tak ważne funkcje jak: zmywanie i czyszczenie naczyń używanych przy opatrunku i operacji, wymywanie gąbek z krwi, napelnianie irygatorów wodą karbolową etc., jak się wywiązują z tych czynności zobaczymy niżej, tu tylko dodam, iż będąc jednocześnie używanymi do najniższych posług gospodarskich, najnieloczniej w świecie kombinują te dwoiste czynności, w sposób najzupełniej sprzeczny z panującymi obecnie poglądami. Oprócz tego posługacz, będąc tak skąpo wynagradzanym, stara się wynaleźć uboczne źródła dochodów, ztąd faworyzowanie chorych, którzy mu płacą pewną kwotę, ztąd kontra-

jako też dla barw znacznie ścięśnionem dochodząc od strony zewnętrznej najdalej do 20°. Poraz trzeci był chory znowu badany w styczniu 1884 r. z powodu prawie zupełnej nagłej utraty wzroku lewego oka. Objawy zamglenia wzroku często się od ostatniego badania powtarzały, chory uskarżał się na gwałtowne bóle głowy szczególnie w prawej połowie; w jesieni przechodził prawdopodobnie zapalenie płuc, a w ostatnich czasach doświadczał nocną porą napadów kurczowych w lewej łydce. Chory wychudzony, nie przedstawiał wyraźnych oznak zaburzenia syfilitycznego, pojedyncze szwy czaszkowe nieco zgrubiałe, szczególnie potyliczne, granice serca prawidłowe, tony nieco słabe, lecz czyste bez szmerów. Tętnice radialis, carotis i temporalis stwardniałe. Przy odśrodkowem patrzeniu chory rozróżnia palce tylko w odległości i metra. Badanie wziernikowe w prostym obrazie okazało: tarcza nerwu wzrokowego mocniej zaczerwieniona, pokryta wyraźną siatką drobnych naczyń, lekko wystająca z wyraźnymi granicami, od dołu i zewnątrz tylko nieco rozlanemi.

Podczas gdy naczynia żyłne dna ocznego były średnio rozszerzonymi z przebiegiem wężykowatym, tylko gałązki tętnicze idące ku górze i dołowi były widocznymi. Dopiero po dokładniejszym rozejrzeniu odnajdywało się gałązki tętnicze siatkówki rozgałęziające się nazewnątrz i wewnątrz, jako wązkie białe pasemka, z pośredkowemi czerwonymi nitkami, z których mniej wyraźne w stronie nosowej przebiegały w nieco zmętnionej siatkówce, większe zaś gałązki skroniowe gubiły się w szarawej prawie zielonawej siatkówce. Najmocniejsze zmętnienie zajmowało okolice plamy żółtej odznaczającej się w postaci czerwonego krążka, w pośrodku ciemno zabarwionego, z wyraźną jaśniejszą nieco obwódką, otoczoną znowu ciemniejszym okoleniem o cokolwiek rozlanych granicach, naokoło którego rozciągała się wyraźna drobna siatka naczyniowa. Prócz tego w całej nazewnątrz od plamy żółtej leżącej siatkówce, rozsianemi były liczne mniejsze i większe plamiste i pasemkowate wybroczyny krwiste, pomiędzy którymi rozciągała się wyraźna drobna siatka naczyń żylnych, któ-

banda masła, kielbas, tytoniu etc., z której użytkują nierozsądni chorzy za ich pośrednictwem. Gdy się coś podobnego wykryje, posługacz zostaje wydalonym; ponieważ jednak powtarza się to stale, zyskujemy więc na tem tyle tylko, iż co tydzień mamy nowego posługacza, coraz to większego nieuka, ślamazarę lub łotra.

Na oddziale wiedeńskim znajdziesz Czytelniku dwie kategorie posługaczy: jedni, niemający żadnej bezpośredniej styczności z chorymi, są używani do różnorodnych gospodarskich posług w oddziale, oni noszą węgiel i drzewo, oni zamiatają salę, sprzątają kubły i t. d.; drudzy, specjalnie przeznaczeni do obsługi chorych, są daleko lepiej płatni od pierwszych i zajmują się li-tylko choremi, pomagają przy opatrunku i operacyi; oni przenoszą chorych do sali operacyjnej i z powrotem na łóżko, jeśli potrzeba, trzymają podczas opatrunku, oni zmywają użyte przy operacyi naczynia, oczyszczają gąbki, przygotowują płyny antyseptyczne pod okiem asystentów. A wszystko to odbywa się tak zręcznie, z takim przestrzeganiem zasad teorii przeciwnilnej, iż niejeden nasz asystent mógłby im wprawy pozazdrościć. Bo też to nie są ludzie, którzyby z braku zajęcia lub środków do życia chwyтали się swego rzemiosła. Posługacze tacy ukończyli specjalne szkoły, które dały im odpowiednie przygotowanie, a zarazem prawo do zajmowania podobnych posad. To też na oddziałach, w których służą, umieją ich cenić odpowiednio, i ustrzedz od zajęć mogących szkodzić głównemu ich zadaniu, tak na przykład niktby nigdy nie śmiał rozkazać takiemu posługaczowi zapalić w piecu, nie mówiąc już o wynoszeniu kubłów z sali etc. Ubrani

rej pojedyncze gałązki często ginęły we wzmiankowanych wybrczynach krwistych. Podobnie pojedyncze wybrczyny znajdowały się powyżej i poniżej plamy żółtej, jako też przy zewnętrznych brzegach tarczy wzrokowej i w obwodowych częściach siatkówki, przylegając przeważnie do drobnych włoskowatych naczyń żylnych, wyjątkowo zaś tylko przytykając do gałązek tętnicznych. Z naczyń żylnych przebiegające ku górze odznacza się wężykowatym przebiegiem, górna zaś skroniowa żyła w miejscu złączenia się swojego z żyłą górną wydaje się wyraźnie ścięconą, rozszerzając się znowu w obwodowych gałązkach. Odpowiednio do tego wyglądu wziernikowego brakuje wewnętrznej połowy pola widzenia jako też i okolicy plamy żółtej. Prawe zaś oko przedstawiało wyraźne objawy przemiany zanikowej n. wzrokowego z mocno ograniczonym polem widzenia dosięgającym ledwie 4 stopni.

Z dalszego przebiegu przytoczymy tu tylko, że zmętnienia siatkówki prawie zupełnie się rozjaśniły, znaczna część wybrczyn uległa wessaniu, krążek zaś pla-

my żółtej po wstecznych przemianach przedstawiał się jako drobna marmurkowata plamka. Lewem okiem chory po 6-tygodniowym leczeniu rozpoznawał niepewnie palce w odległości 6 metrów, pole zaś widzenia uległo znaczniejszemu jeszcze ograniczeniu od zewnątrz i góry.

Wypadek powyższy, według autora, jest zupełnie analogicznym z wypadkiem opisanym przez Knappa, w którym zator zajmował górną zewnętrzną gałązkę tętniczą,—tu zaś siedliskiem zatoru była tętnica rozgałęziająca się w nosowej i skroniowej części siastkówki. Nagłe pojawienie się upadku wzrokowego jako też skonstatowanie ateromatycznego zwyrodnienia większych tętnic, charakterystyczne zmiany dna ocznego, i spostrzegane już przez Moora i Mauthnera, uprzednie przejściowe zamglenia wzroku pozwalają niewątpliwie wnosić o zatorowym procesie, powstałym pierwotnie w jednej z większych tętnic, za czem też przemawiają mocne bóle głowy i karku. Z 19 poprzednio wspomnianych wypadków w 4 miało miejsce zatknięcie zatorowe górnych tętnic, w pozostałych zaś ukazały się za-

zwykle w czyste płócienne kaftany i takież fartuchy, mają rękawy zakasane powyżej łokci, a ręce ich, którym się przyglądałem z zajęciem, są ideałem czystości.

Kończąc te moje uwagi nad personelem naszych oddziałów chirurgicznych, nie mogę pominąć różnic stosunku zachodzącego pomiędzy oddzielnymi osobistościami wchodzącymi w skład jego u nas i zagranicą. W Wiedniu widnieje wszędzie przewaga chirurga, rządzi on despotycznie w oddziale, wszyscy mu ulegać muszą, on jest mocen wydalić każdego członka swej falangi oddziałowej. U nas, przeciwnie, każda osobistość funkcjonująca w oddziale posiada swą autonomię, czyniącą ją do pewnego stopnia niezależną od chirurga; ileż to się czasem ten ostatni nabiedzić musi, zanim mu się naprzykład uda usunąć z oddziału krnąbrnego posługacza, jeśli tylko ten posługacz miał szczęście zasłużyć na czyjeś inne względy, cóż tu już mówić o członkach stojących na wyższych szczeblach hierarchii oddziałowej. Czasami dzieje się jeszcze gorzej, oto, pomimo wyraźnego życzenia ordynatora, posługacz zostaje na miejscu, a wtedy czy można mieć nadzieję, iż nie będzie on lekcewał rozkazów mu wydawanych. Czasem znów chirurg, przybywszy do oddziału, nie zastaje któregokolwiek z osobników wchodzących w skład jego personelu, a wzamian spotyka się z jakimś nowicyjuszem, którego znów najprostszycy rzeczy uczyć potrzeba.

Personel zlepiony tak kruchym cementem, jak to u nas ma miejsce, nie może naturalnie prawidłowo funkcjonować, czego następstwem... wielka śmiertelność naszych oddziałów. Zresztą, przypatrzmy mu się przy robocie. (d. c. n.)

jętami dolne tętnice z zajęciem lub bez bocznych gałązek. W opisanym wypadku miało miejsce zetknięcie tylko bocznych gałązek, siedlisko więc zatoru należy umiejscowić w gałązkach odchodzących od pnia tętnicy pośrodkowej powyżej oddzielenia się gałązek tętnicznych idących ku górze i dołowi.

Autor następnie zwraca uwagę na rzadko spostrzegane pojawienie się krwistego nacieczenia siatkówki w wypadkach zatoru; nie ulega jednak wątpliwości, że takowe zdarza się rzeczywiście, przez co poglądy Littena, że nacieczenia krwiste siatkówki są zależnymi tylko od zatkania pośrodkowej żyły siatkówki, okazują się mylnymi.

Pomimo znakomitych prac Virchowa, Cohnheima i w. in. sposób wytwarzania się nacieczenia krwistego dotąd jeszcze nie jest zupełnie wyjaśnionym. Poglądy Cohnheima o wstecznych prądach w krwiobiegu skutkiem zatoru, nie utrzymały się wobec prac Blessiga, Cohna, a następnie Littena, którzy otrzymali znaczne krwiste nacieczenia przez jednoczesne podwiązanie tętnicy i żyły. W następstwie tego Recklinghausen kładzie większy nacisk na oboczny przypływ i odnajdywanie przy krwawych nacieczeniach płuc włoskowatych zatyczek jako możliwą przyczynę zwiększonego oporu.

Doświadczenia Littena wykazały, że po przewiązaniu pni tętnicznych nerek i śledziony, obocznym przypływem zostaje doprowadzoną jeszcze dostateczna ilość krwi dla wywołania przekrwienia tych organów; również utwierdzoną też została możliwość powstawania krwistych nacieczeń zależnych li-tylko od obocznego dopływu krwi. Przy zatorach mózgu i siatkówki objaśnia on brak takowych tem, że pośrodkowa tętnica siatkówki stanowi typowy końcowy dopływ, skutkiem czego w miejsce nacieczenia powstaje z bezkrwistości nekroza. Nie uwzględnia on jednak połączeń tej tętnicy z tętnicami rzęsko-

wemi, wykazanemi w tarczy wzrokowej przez Lehera.

Odnosząc wyniki powyższych doświadczeń do siatkówki to przedewszystkiem należy pamiętać, że nacieczenie krwiste siatkówki pojawia się tylko w wypadkach zatoru pojedynczych gałązek tętnicy pośrodkowej. Stwierdzają to Samelsohn i Recklinghausen, a w wypadku Löwenstein'a zupełnego zatoru tętnicy pośrodkowej nacieczenie krwiste nastąpiło dopiero po wznowieniu się krwiobiegu. Następujący po zatorze zastój tłomaczy Littem, że kurczące się ściany zatkniętych naczyń wypychają krew do naczyń włoskowatych i małych żył, z niedostateczną jednak siłą do przepchania takowej do większych naczyń żylnych. Przez następny dopływ z obocznych połączeń, mianowicie w tarczy wzrokowej od tętnic rzęskowych, nagromadza się krew w naczyniach włoskowatych i małych żyłach, które, rozszerzając się, doprowadzają do zastoju. Podobne rozszerzenie drobnych naczyń, szczególnie w okolicy płamy żółtej znajdujemy też we wszystkich wypadkach zatoru tętnicy pośrodkowej siatkówki. Jeżeli zaś rzeczywiście oboczne dopływy są w stanie wywołać w siatkówce wybroczyny krwiste, to należy jeszcze wyjaśnić dlaczego nacieczenie krwiste pojawiają się tylko wyjątkowo. Daje się to tylko wytłomaczyć wzajemną zależnością dopływu i odpływu obocznego krwiobiegu. Dopływająca krew z połączeń z naczyniami rzęskowemi, nie znajduje widocznie zwykłego w innych organach oporu, przez co drobne naczynia nie ulegają rozszerzeniu. Przyczynia się do tego stosunkowo mała zawartość krwi w siatkówce, jak również wiotkość jej, przez co przejście przez naczynia włoskowate jest bardzo uproszczonem i ułatwionem. Przy zatorze pojedynczych gałązek tętnicy pośrodkowej, rzecz przybiera inną postać. Przy dokładnem rozważaniu odnośnych wypadków pomimo zajścia jednych i tych samych gałązek tętnicznych dochodzi lub

niedochodzi do krwotoków. Różnica polega na tem, że najczęściej gdzie nie było wybroczyn rozpoznac można wziernikiem siedlisko zatoru, leżące więc w bardziej obwodowych naczyniach. W powyżej opisanym zaś, jak również w wypadku Knappa, w których znajdują się obfite wybroczyny, siedlisko zatoru należy umiejscowić w głębiej leżących gałęziach. Należy więc przypuszczać, że w pierwszym razie nie następuje rozwinięcie się obocznego krwiobiegu, ponieważ zamknięciu uległe gałązki stanowią gałązki końcowe, tam zaś, gdzie dochodzi do nacieczeń krwistych, rozwijają się one w następstwie dopływu z krwiobiegu obocznego. Przy wstrzymaniu dopływu krwi przylegające naczynia włoskowate znajdują się pod większem ciśnieniem, które przechodzi na graniczące naczynia włoskowate zamkniętej gałęzi tętnicznej, wskutek czego odbywa się też powolnie i odpływ z naczyń żylnych. Wrazie zaś rozwinięcia się obocznego dopływu od tarczy nerwu wzrokowego, to krew w naczyniach znajduje się pod niewielkiem powolnie się powiększającym ciśnieniem, co doprowadza do rozszerzania się naczyń włoskowatych i drobnych żylnych, a następnie do zastój. W tych warunkach potęguje się zastój w naczyniach włoskowatych do wynacynień przez diapedesis. Wrazie zaś szybkiego wytworzenia obocznego krwiobiegu, ciśnienie może być wystarczającym do usunięcia oporu, nie następuje więc ani zastój, ani nacieczenie krwiste. Przypisując więc ważne znaczenie na wytworzenie się wybroczyn krwistych w siatkówce obocznym połączeniem naczyń, autor zwraca uwagę, że wpływ ten wówczas tylko może być wywartym, jeżeli odnośnie łączniki oboczne są większemi od naczyń włoskowatych. Wobec zaś wyjątkowego pojawiania się nacieczeń krwistych, należy przypuszczać, że połączenie za pośrednictwem większych naczyń stanowią tylko wyjątek.

Należy jeszcze uwzględnić takie wy-

padki, w których zwiększony dopływ krwi może mieć miejsce przez istnienie oddzielnych naczyń rzęskowo-siatkówkowych. Tu należą wypadki Bensona i Birnbachera, w których pomimo istnienia przypuszczalnie naczyń rzęskowo-siatkówkowych nie znaleziono wybroczyn krwistych, lecz nie nastąpiło też powrotu do stanu prawidłowego. Można by objaśnić to tem, że drobne te tętnice rozgałęziają się tylko na niewielkiej przestrzeni naokoło tarczy wzrokowej, nie pozostając w ściślejszym związku z tętnicą pośrodkową. Ztąd też należy wnioskować, że naczyniom takim nie należy przypisywać bardziej czynnego udziału w odżywianiu siatkówki i wyrównaniu zbroceń w jej odżywianiu. Autor sądzi też, że we wszystkich wypadkach zupełnego zatoru, w których krążenie krwi wcześniej się rozwinęło, aniżeli to dałoby się wytłumaczyć uorganizowaniem się zatyczki, siedlisko zamknięcia tętnicy powinno się znajdować przed oddzieleniem się od art. ophthalmica, a powrót krążenia będzie polegał na usunięciu się zatoru. Za tem przemawiają też zachowanie się objawów przedwstępnych.

Co się tyczy opisanych zmian plamy żółtej, to polegają one niewątpliwie na wybroczynach krwistych, tylko autor nie widzi potrzeby przyjęcia wybroczyny z naczyniówki. Zachowywanie się najbliższego otoczenia krążka i zagłębienia środkowego tęczowca on wpływem zmętnienia powstałego, z nagromadzenia się w plamie żółtej surowiczego podbiegu i produktów rozkładowych, ciemno-czerwona zaś plama w środkowym zagłębieniu polega na braku w tem miejscu tkanki łącznej.

Zmiany w prawem oku polegają przypuszczalnie na przewlekłym cierpieniu zapalnym nerwu wzrokowego, powstałym prawdopodobnie w następstwie zwyrodnienia naczyń. Możliwemi też są zmiany w otoczce nerwowej, natury których

jednak z zupełną pewnością określić nie można.

Hoene.

MISCELLANEA.

131 Dr. Witke opisuje **przypadek śmiertelnego otrucia chloranem potasu** ($KClO_3$) używanym w postaci **plókania**. Wobec dość znacznej liczby podobnych zdarzeń w ostatnich czasach autor zwraca uwagę na liczne nadużycia z tem jadowitem ciałem, które nietylko w publice, ale i między lekarzami mylnie uważanem jest za zupełnie nieszkodliwe i zaleca się bez wszelkich ostrożności, jako środek domowy. Należałoby zabronić sprzedawania go bez recept.

(Berl. Klin. Woch. Nr. 16).

132 Dr. Nikolai poleca **przeciw potom nowym** zewnętrzne użycie **chlorału, w postaci obmywań**. Autor używa w tym celu roztworu z 2 drachm na 2 szklanki mieszaniny wody z wódką w równym stosunku. Tym płynem (15—18° R.) wyciera się chorego zapomocą gąbki codziennie późno wieczorem. Jeżeli wycieranie nie wystarcza, to prócz niego daje się choremu świeżą koszulę, zmoczoną w omawianym płynie i następnie wysuszoną. Szczególnie dobre wyniki otrzymywano w praktyce dziecinnej (poty nie u suchotników); niekiedy 3, 4 wytarcia wystarczały do zniesienia potów, trwających od kilku tygodni.

(Wracz, Nr. 14).

133 Lomer. *O szczególnem zachowaniu się przynerczy przy hemicephalia.* (Virch. Arch. T. 98, Z. II).

Autor opierając się na spostrzeżeniach w klinice berlińskiej zwraca uwagę na fakt, że przy hemicephalia przynercza albo brakują, albo są niedostatecznie rozwinięte. Z 17 przypadków hemicephaliae w 7 nie było wcale przynerczem, w 5 były one w stanie zaniku, w pozostałych zaś przypadkach niewały razem więcej nad pół gr.

Z porównawczych badań przyszedł L. do wniosku, że przynercza u zarodka względnie dochodzą wielkich rozmiarów, że rosną one szczególnie w ostatnich miesiącach wewnątrzmacicznego rozwoju, a po urodzeniu prędko się zmniejszają. Jeżeli więc mają one w wewnątrzmacicznym życiu ważne znaczenie, to z braku ich przy hemicephalia okazuje się, że nie są one niezbędnymi nawet w tym okresie życia. Może są one potrzebne do normalnego rozwoju mózgu, a może zależą one od niego i zanikają w tym razie, jeżeli mózg się nie rozwija, za czem przemawia i ta okoliczność, że w przypadkach hydrocephaliae i spinae bifidae z normalnie rozwiniętym mózgiem przynercza znajdują się w normalnym stanie.

M. H.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 14-go z. m. obecny w charakterze gościa dr. Rydygier z Galicyi zaproponował założenie pisma archiwalnego czyli zmian „Pamiętnika Towarzystwa“ na organ archiwalny, a mianowicie miesięcznik. Nad kwestyją tą wynikła obszerna dyskusya. Dr. Jasiński, redaktor „Pamiętnika“, gorąco popierał sprawę nadmieniając, iż sam zamierzał podobną reorganizacyję „Pamiętnika“ zaproponować. D-rowie zaś: Gajkiewicz, Kondratowicz i Nussbaum powstawali przeciwko projektowi, utrzymując, iż pisma dzisiejsze są w stanie pomieścić wszelkie prace, byleby był odpowiedni materiały, którego raczej brak czuć się daje, niż nadmiar; zresztą archiwalne pisma, zdaniem oponentów, nie powinny wychodzić w ściśle oznaczonych terminach. Prof. Hoyer i prof. Szokalski przytoczyli dane odnośnie do historii „Pamiętnika“, który niedługo był przez pewien czas miesięcznikiem i dwutygodnikiem, nigdy jednak nie posiadał dostatecznej do powodzenia liczby prenumeratorów. Ważność wszakże podjętej kwestyi została powszechnie uznana, i prof. Hoyer, wraz z innymi członkami radzili poddać ją pod rozważenie komisji z łona Towarzystwa wybranej. Wniosek ten przyjęto, poczem wyznaczono komisyję, do której weszli członkowie obecnego komitetu redakcyjnego „Pamiętnika“ oraz członkowie zarządu Towarzystwa.

— Kongres medycyny wewnętrznej w Wiesbaden, 8—11 kwietnia 1885 r.

Czwarty ten z rzędu zjazd uświetnionym został przez obecność najwybitniejszych przedstawicieli medycyny wewnętrznej w Niemczech. Przybyło też wielu lekarzy z Hollandyi, Austrii i Szwajcaryi. Posiedzenia odbywają się w kursalu miejscowym. Na czas zjazdu urządzono też kilka wystaw specjalnych, a mianowicie: elektro-terapeutyczną, dalej wystawę peptonów mięsnych, przetworów chemicznych lekarskich i inne. Posiedzenie otwartem zostało przez przewodniczącego, p. v. Gerhardt, poświęconem wspomnieniem Frerichsa, którego koniec wysłuchano stojąc. Dalej wybrano wice-prezydentów: Mosler (Greifswald), Kirte (Berlin), Fraentzel (Berlin) i sekretarzy: Senator (Berlin), E. Pfeiffer (Wiesbaden).

Na porządku dziennym na pierwszym miejscu była kwestyja *leczenia otyłości*. P. Ebstein, referent, przedstawił obecny stan kwestyi i skreślił jej leczenie w następujący sposób:

1) Kuracyja Bantinga skutecznie leczy otyłość. Wymagane jednak przy niej bardzo obfite pożywienie mięsne, jak również zbyt znaczne ograniczenie pokarmów bezazotowych, nietylko nie może być dobrane znośnem, ale nawet szkodliwym. Przytem kurą-

cyja ta może być stosowaną tylko czasowo — nie odpowiada więc wszystkim warunkom wymaganym od racjonalnego odłuszczenia.

2) Metody polegające na ograniczeniu napojów (Dancel, Oertel) są racjonalne, ale trudne do przeprowadzenia.

3) Metoda Ebstena nie wyklucza ciał białkowych i tłuszczów i zwraca się przeważnie przeciw węglowodom, Odjęcie tłuszczów zwiększa nadmierne pragnienie. Podawane zaś w metodzie E. ilości są mniejsze, niż wymagane w zwykłych warunkach.

4) Forsowne ruchy mięśniowe, połączone z mocnym poceniem się, obok racjonalnej diety — są wskazane w tym okresie otyłości, gdzie i serce zaczyna przyjmować udział w zaburzeniu ogólnego odżywiania. Należy je tylko stosować nader ostrożnie, zwracając baczną uwagę na wszystkie narządy, siły chorego i sprawność, a szczególnie na stan ścian naczyń. Jeżeli ruchy mięśniowe znajdują przeciwwskazania, to należy zastąpić je przez odciąganie wody przez skórę zapomocą ogrzewania skóry gorącym powietrzem (kąpiele rzymsko-irlandzkie).

5) Środki lekarskie i wody mineralne są wogóle zbyt ciężkie, często nawet szkodliwe.

P. Henneberg, jako drugi referat, przytacza obszerną statystykę z dziedziny doświadczalnej nad omawianą kwestyją, mianowicie doświadczenia nad tuczeniem zwierząt opasowych. Dane te nie zgadzają się o tyle z p. Ebsteinem, że gospodarze wiejscy jednogłośnie utrzymują, jakoby nadmierne picie wody przeszkadzało tuczeniu.

W dyskusji p. Zuntz (Berlin) zauważył, że nie widzi powodu, dlaczego E. daje tłuszcze, zmniejszając ilość węglowodów. Jak jedne tak drugie wytwarzają tłuszcz, a idzie wszakże tylko o zmniejszenie jego wyrobu. Węglowod są nawet odpowiedniejsze, gdyż ochraniają połączenia białkowe ustroju. Co się tyczy zmniejszania dowozu płynów, to należy tu ściśle odróżnić stany, w których serce i nerki funkcjonują prawidłowo, i nie. Co do wód mineralnych, to wprowadzenie do wewnątrz roztworów solnych zwiększa wydzielanie kw. węglowego i przyjmowanie tlenu (0,10—15%), a przeto i wzmaga palenie się tłuszczów, tak więc wody mineralne mogą tu być pożyteczne.

P. Unna sądzi, że należy ściśle odróżnić tłuszcz mięśni, skóry, wnętrzości. Odkładanie się zarówno jak i znikanie tych różnych rodzajów odbywa się różnymi drogami, i nie można przeciw nim działać jedną metodą.

P. Baelz (z Tokio) mówi, że w Japonii pomiędzy klasą robotniczą, żywiącą się prawie wyłącznie roślinnymi pokarmami, otyłość wcale się nie spotyka. Japończycy piją przytem mało wody i nie używają prawie wcale wysoku.

P. Jürgensen zwraca uwagę na konieczność indywidualizowania w każdym przypadku.

P. Lustgarten demonstruje *laseczniki przymiłotowe*. Skonstatował on ich obecność w 16 przypadkach; w szankrach miękkich badanie wypadło zawsze ujemnie. Twory te zbliżają się, ze względu na morfologię i na barwienie się, najbardziej do laseczników trądu i gruźlicy. Przedstawiają się one jako proste lub pogieęte i poskręcane pateczki wielkości $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ mikromilim. Na końcach znajdują się małe zgrubienia, laseczniki te zawierają spory w postaci jasnych owalnych plamek po 3—4 w jednej laseczce. Laseczniki leżą zawsze wewnątrz komórek pojedynczo lub po dwa i więcej razem.

P. Pfeiffer demonstruje *hodowle i preparaty laseczników cholerycznych*.

P. Boström demonstruje *preparaty i hodowle z aktynomycyzy*.

P. Unna opisuje przypadek *uleczonego trądu*. Ze środków zastosowano: kwas pyrogalusowy, chrysaRobinę, resorcyne i ichtyol w następujący sposób: rozdzielono całą powierzchnię ciała pacjentki na 4 okolice, z których każdą natarto maścią z jednego z wymienionych środków (10%). Po 8 dniach przekonano się, że wszystkie środki działają dobrze, ale nie jednakowo: najlepiej Ch. i R.; najstąbiej ichtyol, kwas pyrogalusowy okazał się zamocnym. Następnie użyto tylko ichtyolu i rezorcyny, stosując środki te zosobna na obie połowy ciała. Po 14-tu dniach znaleziono, że chora znosi najlepiej maść z ichtyolu i tę też stosowano do końca z jaknajlepszym wynikiem. W końcu na pozostałe jeszcze twarde miejsca zastosowano 5% maść z kw. pyrogalusowego. Z powodu nieostrożności chorej miało miejsce ostre zatrucie, które jednak szybko zostało usuniętem przez znaczne dawki kwasu solnego do wewnątrz. Ostatecznie wyleczenie doprowadzono do zniknięcia wszelkich śladów choroby przez kombinację wszystkich czterech wspomnianych środków.

P. Immermann (Bazylea): o *skrytym gościcu stawowym*. Autor proponuje tę nazwę dla ostrych nerwobólów, które ze względu na etyologię należą do ostrego gościca stawowego. W 1882 roku, spostrzegł autor podczas epidemii gościca w Bazylei chorego mocno gorączkującego i skarżącego się na strzelające bóle w twarzy. Obok tego istniały wszystkie objawy zapalenia ostrego wsierdzia. Po podaniu salicylanu sodu objawy przeszły bez śladu. Ten i podobne przypadki skłaniają autora do przypuszczenia, że jad gościcy, który zwykle usadawia się w stawach, może wywoływać i ostre nerwobóle. (Według sprawozd. w *Deut. Med. Woch. i Berl. Klin. Woch.* Nr. 16).

Wiadomości bieżące.

— Projekt wydawnictwa archiwalnego **lekarskiego**. Dyskusyja w Towarzystwie lekarskiem nad projektem tym wykazała, iż „Pamiętnik Towa-

rzystwa“ nie odpowiada ani widokom Towarzystwa, ani wymaganiom ogółu. Z powodu bowiem, że wychodzi tylko cztery razy do roku, nie może podawać oficjalnych sprawozdań w odpowiednim czasie i wchodzi w kolizyję z żądaniami autorów, zmuszonych do nazbyt długiego wyczekiwania na ukazanie prac ich w druku. Zarzut, iż pismo to, wychodząc niegdyś częściej, nie miało również powodzenia, nie zasługuje na uwagę dziś, gdy liczba piszących i czytających zmieniła się na korzyść. Zdaniem naszym, oddzielając od „Pamiętnika“ dział oficjalnych sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa i umieszczając takowe w któremkolwiek z pism lekarskich częściej wychodzących, zostawilibyśmy „Pamiętnikowi“ więcej miejsca na umieszczanie prac naukowych i zamienilibyśmy go tem samem na archiwum, które w każdym razie częściej wychodziłoby powinno.

— **Współpracownik nasz kol. Polak** otrzymał koncesję na wydawnictwo *pisma higienicznego* pod tytułem „Zdrowie“.

— **Szpital Towarzystwa czerwonego krzyża** ma powstać wkrótce i mieścić się będzie przy ulicy Smolnej. Urządzenie posiadać ma początkowo na 25 łóżek. Naczelnym lekarzem szpitala obrano prof. Jefremowskiego.

— **Odczyty p. Spornego (inżyniera) o wodociągach i kanalizacji.**

W pierwszym odczycie mówił prelegent o kanałach i wodociągach w ogólności, w drugim—o takich w Warszawie, projektowanych i wykonywanych. W kilku słowach treść odczytów (w których autor streszciał elementarne zasady kwestyi) była następująca: Nieczystości domowe dzielą się na stałe i płynne; te ostatnie przedstawiają właściwe szkodliwości, zakażając grunt. Do usuwania nieczystości już w epokach odległych obmyślano środki skuteczne, czego dowodem najwymowniejszym jest rzymska „Cloaca magna“ łącząca niegdyś „Forum“ z Tybrem i mająca 35 stóp wysokości, a 2,000 stóp długości, oraz kanał w Paryżu pod bulwarem Sewastopolskim i inne zabytki higieny starożytnej. Kanały stare (do zeszłego stulecia włącznie) są nadmiernie wielkie, nie zabezpieczają dostatecznie od zakażenia gruntu i nie są budowane z zachowaniem ścisłych obliczeń i oszczędności. Wady te w nowych kanałach usuwane zostają. Maximum rozmiarów kanału zależy od wód burzowych, a ilość wody przepływającej zależy od spadku i powierzchni przecięcia kanału. Zresztą przyjmuje się pod uwagę wsiąkanie płynów i parowanie ziemi, rodzaj powierzchni (grunt naturalny, bruk i t. p.); ilość mieszkańców jest rzeczą podrzędną. Kanały budowane być powinny z materiałów jaknajtrwalszych, zachowanie niewłaściwe oszczędności gorszem jest, niż pozostawienie rynsztoków otwartych, które przy-

najmniej są pod kontrolą zmysłów. Większe kanały budować należy z kamieni i cegieł, mniejsze—z rur glinianych dobrze wypalanych. Kanały muszą być szczelnie od atmosfer domów izolowane zapomocą klap lub syfonów i muszą być odpowiednio wentylowane. Kolektory spuszczają się w rzekę; napotyka to dwa główne zarzuty: zanieczyszczenie wody i trwonienie nawozu. Z drugiej jednak strony fabrykacja nawozów jest zbyt kosztowną, zaś pola do irygacji nie wszędzie się znajdują w dostatecznym obszarze, a jeżeli rzeka jest dość bystrą, nieczystości mało psują jej wodę; zresztą u nas zamrażanie wody wpływa ujemnie na sprawę pól irygacyjnych. (Oczywiście, że wszystkie dowody te mogłyby być jeszcze obszernie przedyskutowane; przytem przytoczony przez autora przykład fabrykacji nawozów w Leicester nie przemawia przeciwko, ale raczej za fabrykacją nawozów, co jeszcze spotęgowanemby było, gdyby autor chciał nowsze świetne rezultaty przytoczyć, jakie przedstawiają Manchester i Birmingham. *Przyp. sprawozd.*). Najważniejszym postulatem przy przepuszczeniu kolektora do rzeki jest ten, aby wylot kanału był skrytym pod poziom rzeki przy najniższym jej stanie, ażeby w ten sposób wyziewy nie były przez wiatr ku miastu zwracane. Ważniejszem to jest, niż odległość kolektora od rzeki. Wadliwe skutki wpuszczenia kanału zbyt blisko centrum ludności zmusiło Londyn do przedłużenia kolektora aż do morza (! wistocie przedłużenie to nie do morza, ale do punktu Tamizy po za Woolwich położonego ma miejsce. *Przyp. spr.*). Nadmienwszy słów kilka o systemie Liernura i w ogólności o podziale systemów co do wpuszczania tylko płynnych lub wszelkich nieczystości, utrzymuje autor, iż system angielski coraz bardziej się upowszechnia (pewna reakcja w tej mierze objawia się wszakże w czasach najnowszych; *przyp. sprawozd.*). Poświęciwszy słów kilka oczyszczeniu kanałów, przechodzi prelegent do opisu wodociągów, jako niezbędnie ze sprawą kanalizacji połączonych. Wspomina o starożytnych wodociągach Jerozolimy, Egiptu i Rzymu, nadmieniając o sposobie budowania kanałów wodnych. Kanały są odkryte, przy przejściach przez doliny budowane są na arkadach. Starożytny Paryż posiadał wodociągi, w Lizbonie istniały takowe w epoce narodzenia Chrystusa. Wodociągi te prowadzą wodę siłą naturalnego spadu, niekiedy z olbrzymich przestrzeni. Na podobnej podstawie budowane są wodociągi Paryża i Marsylii. (Piękny przykład tego przedstawia jeden z wodociągów londyńskich—towarzystwa New-Réwer Company; *przyp. spr.*). Zakładając wodociąg, przedewszystkiem trzeba zbadać wydajność źródeł i zważać na możliwy wzrost ludności, oraz oznaczyć spadek i profil kanału. Woda dochodzi do zbiornika głównego, poprzednio wszakże przechodzi przez osadniki, które

są konieczną częścią wodociągu. Sprowadzenie wody ze źródeł niekiedy bywa nabyt trudnem; studnie artezyjskie mogą mieć pomocnicze tylko znaczenie; dla tego woda rzeczna, która jest miękka, a jeżeli nie zawiera wiele części organicznych, to posiada własności najlepszych źródeł, — najodpowiedniejszą jest do wodociągów. Woda z rzeki pompuje się machinami, zkad kieruje się do zbiorników, oczyszcza się przytem w osadnikach i filtrach. Najlepszy sposób filtracji jest piasek (analogicznie naturalnej filtracji wody źródlanej).

W Warszawie ślady rur drewnianych wodociągowych istniały jeszcze w najnowszej epoce; stare zaś kanały niesystematycznie ułożone, wlewają wartość swą, jak wiadomo, poczęści do fosy przyokopowej, poczęści do Wisły w obrębie miasta, a nawet powyżej zakładu wodociągowego. Projekta kanalizacji systematycznej i wodociągów przed wielu laty już były na porządku dziennym w Warszawie (Radliński, Pancer). Znany przemysłowiec i obywatel zasłużony Szeinkeler wzywał w tym celu inżynierów angielskich, a bankier Bloch proponował operację finansową na własne ryzyko, przed 25 laty. Wiele szczegółów projektów dawnych spżytkowano teraz w projektach pp. Lindley'ów, które autor opisuje w krótkości, przyczem nadmieniam, iż wykonywanie robót odbywa się wogólności starannie i umiejętnie.

— W „Wiadomościach farmaceutycznych“ w dziale urzędowym 8 go numeru czytamy następującą odezwę Urzędu lekarskiego do pp. właścicieli, dzierżawców i zarządzających aptekami w Warszawie:

„Doszło do wiadomości Oberpolicmajstra warszawskiego, iż niektóre apteki wydają lekarstwa za receptami felczerów. Okoliczność tą potwierdziło kilku lekarzy, którzy niejednokrotnie znajdowali u chorych lekarstwa bez sygnatur i wogóle bez oznaczenia firmy apteki, z której lekarstwo było wydanem.

Wskutek tego Urząd lekarski stosując się do rozporządzenia JW. Oberpolicmajstra poleca Wielmożnemu Panu, aby odtąd nieprzygotowywał i niewydawał lekarstw za receptami felczerów i bez sygnatur, i uprzedza, że w razie zauważenia takiego postępowania nieprawego w aptekach, winni będą pociągnięci do odpowiedzialności“.

Przyklaskując energicznemu wystąpieniu warszawskiego Urzędu lekarskiego w tak ważnej kwestyi, nie możemy wstrzymać się od wyrażenia żalu, że dotyczy ono tylko Warszawy. Koledzy prowincjonalni powinni się jaknajenergiczniej wziąć do rzeczy, aby postanowienie to zostało rozszerzonym i na prowincjonalne apteki, a zwłaszcza na małomiasteczkowe „oficyny“, w których felczerzy bonują w jaknajlepsze.

Dałoby to skuteczną broń młodemu lekarzom, świeżo osiedlającym się w małych miasteczkach i osadach, a którym tak bardzo nieraz daje się we znaki wpływ nienawistnie spoglądającego na nich felczera, przeciw którego środkom i praktykom są dotąd zupełnie bezsilni.

— **Sprawozdanie z czynności Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczyńności publicznej za rok 1883.**

W roku 1883 znajdowało się pod bezpośrednim zarządem Rady Miejskiej Dobr. Publ. 22 zakładów, pod zarządem oddzielnych komitetów, ale pod nadzorem Rady—44 zakłady, oprócz tego pod nadzorem R. M. D. P. znajdowało się 24 prywatnych instytucji dobroczynnych, jak towarzystwo dobroczynności, towarzystwo imienia św. Wincentego à Paulo i t. p.

Z liczby rozporządzeń rządowych wymienimy: podniesienie opłaty w szpitalu starozakonnym z 22½ kop. do 30 kop. na dobę, oraz zatwierdzenie następującego cennika dla zakładów dobroczynnych:

pud wołowy.....	4 rs. 18 kop.	
„ cielęciny	5 „ 30 „	
„ wieprzowiny.....	5 „ 40 „	
„ szmalcu	8 „ 55 „	
„ masła	11 „ 15 „	
„ mąki pszennej.....	1 „ 90 „	2—73
„ bułek	2 „ 70 „	
„ chleba.....	1 „ 60 „	1—60
korzec kaszy	10 „ — „	20—70
pud świec stearynowych	12 „ — „	
wiadro nafty	1 „ 70 „	
korzec węgla kamien....	— „ 76 „	
sążen drzewa sosnowego.	10 „ 74 „	i t. p.

W składzie służby lekarskiej nie zaszyły godne zanotowania zmiany.

Budżety zatwierdzone zostały jak następuje:

Zatwierdzone przez ministerjum spr. wewn.:

Szpital Dzieciątka Jezus.	212,880 rubli
„ św. Łazarza.....	45,400 „
„ św. Jana Bożego.	45,520 „
„ na Pradze	14,850 „
„ Starozakonnym .	48,100 „

Zatwierdzone przez R. M. D. P.:

Szpital św. Ducha	59,300 rubli
„ św. Rocha.....	35,230 „
„ ewangelicki	14,550 „
„ wolski	9,455 „
Instytut oftalmiczny	11,300 „

Budżet każdego z pięciu przytułków publicznych wynosi około 2,000 rubli.

Ogólny kapitał zakładów znajdujących się pod bezpośrednim zarządem R. M. Dobr. Publ. wynosi 5,795,382 rubli kop. 38, ogólny kapitał zakładów prywatnych wynosi 1,874,817 rs. kop. 26.

Stan szpitali przedstawiał się jak następuje:

	chorych leczono	śmier- telność	ilość szpitalnych dni w stosunku do etatu	koszt utrzy- mania jedne- go chorego
Szpital Dzieciątka Jezus	6,677	13,5	41,100 mniej	47 kop.
„ św. Ducha (w oddzielnych numerach)	148	14,8	2,164 „	130,8
„ „ (na salach ogólnych)	2,468	10,5	4,096 „	60,5
„ św. Rocha	1,561	11,6	4,387 „	72,2
„ na Pradze	814	16,1	1,892 „	55,5
„ wolski	1,136	13,8	962 „	76,7
„ starozakonnych	3,930	9,4	12,723 „	42,6
„ ewangelicki	839	8,2	4,292 „	77,7
„ św. Łazarza	3,369	1,2	12,876 „	59 6—84,2
Oddział syfilityczny w szpitalu żydowskim	510	0,8	27,236 „	41,7
Szpital św. Jana Bożego	315	18,1	1,332 więcej	58,6—136,7
„ dla obłąkanych przy szpit. Dzieciątka Jezus	279	8,2	797 „	47,5—76,7
„ „ „ „ „ żydowskim	134	14,1	207 mniej	45,2
Instytut oftalmiczny	577	—	1,964 więcej	50,3—83,5
„ położniczy	277	2,9	1,876 mniej	88,6
„ „ przy szpitalu starozakonnych	61	11,4	2,334 „	42,8
Przytułki położnicze	496	0,2	1,047 „	230,1

Przeciętna śmiertelność w szpitalach ogólnych wynosiła 12,1, w szpitalach dla obłąkanych—13,6, w instytutach położniczych—4,4.

Przeważające choroby były: durzycia (1,220 wypadków), niezbyt dróg oddechowych (1,412), zapalenie płuc i opłucnej (1,311), przymiot (3,140), suchoty (725). Najwięcej wypadków śmierci było z powodu następujących chorób: durzycia (136), zapalenie płuc i opłucnej (283), zgrzybiałość (217), suchoty (348), zapalenie nerek (123).

Ambulatoryja najliczniejsza była w szpitalu starozakonnych (34,544), w szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryja (12,600), w szpitalu dla dzieci starozakonnych (10,234).

Śmiertelność w domu podrzutek wynosiła 18,7; dzieci zostało na rok 1884—2,730.

— **Taryfa żywności w szpitalach** opracowana przez warszawską komisję została zatwierdzoną i wkrótce ma wejść w wykonanie.

— **Z etyki lekarskiej.** Za rzecz niewłaściwą uważać wypada rozsyłanie lekarzom kartek, brzmiałych jak następuje (imiona na ten raz opuszczamy): „Dr. med. univ. *** w *** latem, w *** zimę. Wielmożny Panie i Kolego! Ordynując od lat wielu w *** polecam się łaskawym względem i pamięci koleżeńskiej (!). Moją broszurę *** dla udających się tamże nabyć można we wszystkich znaczniej-szych księgarniach krajowych i zagranicznych“.

— **Kaukazkie Towarzystwo lekarskie** wybrało prof. Hoyerę na członka honorowego.

— „**Wojenno-Sanitarne Dieß**“ (Nr. 13) opisuje, że w Symferopolu pralnie wojennego szpitala są oddalone od tegoż o jakie dwie wiorsty i droga do nich prowadzi przez środek miasta. Oczywiście jest, jakie niebezpieczeństwo grozi ztąd wrazie obecności chorób zakaźnych w szpitalu.

— **Minister v. Puttkamer** objawił na posie-

deniu sejmu pruskiego z dnia 30 stycznia 1885 r., że przy więzieniu Moabit urządzonem zostanie oddzielne pomieszczenie dla przestępców cierpiących umysłowo. Ma to nastąpić już w roku 1886/7. Koszta budowy wyniosą około 80,000 marek, kosztu rocznego utrzymania około 20,000 m.

(*Neurolog. Centralbl.* Nr. 8).

— **Setny tom „Archiwum Virchowa“.**

„Archiwum Virchowa“ doczekało się swego setnego tomu. Zasłużony założyciel rozpoczyna go własnym artykułem wstępnym, przedstawiającym dzieje rozwoju tego wydawnictwa i dającym zarazem niejako odbicie wylicznych punktów rozwoju medycyny w tym czasie w Niemczech. W żadnym bowiem innym piśmie nie odzwierciadla się tak ten postęp i najwybitniejsze jego kroki, jak w „Archiwie Virchowowskim“, nigdzie nie spotykamy tylu ważnych i podstawowych prac wszystkich prawie koryfeuszów nauki lekarskiej w Niemczech.

Pierwszy tom „Archiwu“ ukazał się w 1847 r. I to, dzisiaj w całym świecie znane wydawnictwo, przechodziło z początku ciężkie koleje. Było one pierwszym tego rodzaju w północnych Niemczech. Z początku wychodził tylko jeden tom rocznie (3 zeszyty) i to z trudem, bez określonego terminu. Dopiero od 1865 r. wychodzi regularnie, jeden zeszyt co miesiąc.

Przypomniawszy, jak pewne zdania i myśli, które pierwszy był wygłosił, znalazły później ogólne uznanie i stały się postulatami nauki, prof. Virchow przyznaje się w innym miejscu, jak wiele szkodził mu w istotnem pojmowaniu zjawisk—panujący wówczas w nauce pogląd, któremu i on z konieczności musiał holdować, mianowicie pogląd utożsamiający sprawy życiowe (vitalis) z fizykalnemi). Dalej, przedstawiając rozwój teorii celularnej, wykazuje, do jakich błędów doprowadza nie tylko jednostronność

poглядów, ale nawet i badania, jak mozolnem i wtapliwem często w wartości wyników jest badanie czysto anatomiczne, nie wspierane metodą doświadczalną. W końcu Virchow dziękuje wszystkim tym, którzy przyczynili się do obecnego kwitającego stanu „Archiwum“. Z wdzięcznością mówi o pierwszym jego wydawcy, z niekłamany żalem wspomina zmarłych już swych współpracowników: Reinhardta, który był drugim z założycieli, Friedreicha, O. Webera, Förstera, Buhla, Rudnewa, Hütera, Cohnheima i innych. Pocięchę w żalu swym po tyłu dzielnych ludziach widzi sędziwy mistrz tylko w nadziei, że liczna szkoła niemiecka, wytworzona pod ich kierunkiem, będzie mogła również zaszczytnie w dalszym ciągu pracę przez nich zaczęłą podtrzymywać.

— **Jednocześnie z kongresem** wewnętrznej medycyny w Wiesbaden odbył się w Berlinie kongres chirurgów niemieckich pod przewodnictwem prof. Langenbecka. Jednoczesny termin obu zjazdów objaśnia się tem, że urządzający chcieli dać możliwość uczestniczenia austriackim profesorom, którzy tylko w tym czasie (na święta wielkanocne) i to tylko na jeden tydzień oderwać się mogą od swych zajęć.

Na przyszłość istnieje myśl, ażeby w celu uniknięcia rozpraszenia się uczestników, jak to ma miejsce obecnie, urządzać tylko jeden zjazd rocznie: jednego roku chirurgiczny, a następnego wewnętrzny.

— **W tym samym czasie** (6 kwietnia) został otwartym i zjazd chirurgów francuzkich w Paryżu pod przewodnictwem p. Trélat. Bliższe szczegóły o tym zjeździe (jak również i o berlińskim) podamy w następnym numerze. „Wiener Med. Presse“ nazywa go zamkniętą polityczną ligą francuzkich chirurgów — zupełnie jednak bezzasadnie. Przeciwnie żałowano, że wypadł on jednocześnie z niemieckim i że przeto południowo-niemieccy i austriaccy chirurgowie nie mogli w nim uczestniczyć. (Co do północno-niemieckich uczonych powątpiewano wprawdzie, czyby chcieli przyjechać, obaw tych jednak nie podziela berlińska „Deutsche Med. Wochenschrift“). Na przyszłość postanowiono nawet, aby zjazd odbywał się jesienią.

Falszywość wiedeńskiej gazety razi tembardziej, że przewodniczący, otwierając zjazd piękną mową, określającą znaczenie obecnego zjazdu wogóle i specjalnie dla francuzkich chirurgów, wita w końcu gości cudzoziemców, przybyłych z Niemczech, Anglii, Hiszpanii, Włoszech, Holandyi, Rosyi i Polski.

— **Prezydent policji królewskiej w Berlinie** przestrzega przed używaniem surowego wie-

przowego mięsa wogóle. Bliższe zbadanie epidemii włośnicy, która panowała w okolicy Magdeburga w 1883 roku, wykazało, że chorowali tylko ci, którzy jedli mięso niegotowane lub niedogotowane. Należyte wędzenie, pieczenie i t. p. niszczy zupełnie włośnię. (*Deut. Med. Woch.* Nr. 16).

— **Według doniesień gazet hiszpańskich** z 9 kwietnia cholera (niewątpliwa) w Jativa (prov. Walencya) trwa dalej. Poprzedniego dnia zmarło z niej cztery osoby i skonstatowano 9 nowych przypadków. Jedna kobieta, jadąca z Jativa, zmarła w napadzie cholery w okolicy Madrytu.

Nekrologija.

— Z prawdziwym smutkiem dowiadujemy się o śmierci ś. p. **Alfreda Wolframa**, asystenta kliniki lekarskiej w Krakowie. Nieboszczyka mieliśmy sposobność poznać osobiście na zjeździe w Poznaniu, gdzie odczytał swój wykład „O znaczeniu rozpoznawczem prątków gruźliczych“. Aczkolwiek bardzo młody — bo ledwie 27 lat się doczekał — ś. p. Alfred zyskał sobie zarówno imię i uznanie w naszej literaturze, jak i szacunek i sympatyję kolegów swych i uczniów. „Przegląd lekarski“ poświęca pamięci zmarłego kilka słów gorących i szczerych, my też powtarzamy za nim z prawdziwym żalem: „Niech mu ziemia będzie lekką, na której tak krótko żyć mu było dozwolónem!“

— Nadesłano do Redakeji:

XII-te sprawozdanie komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1884. Kraków, 1885.

Sprawozdanie z zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku za r. 1884 przez d-ra Majkowskiego.

Napoleon Cybulski. Izsledowanija nad skorostju dwizenija krwi posredstwom fotochematometra. (Dyssert. na stopień dr. med.). Petersburg, 1885.

Zpráva o Cinnosti zdravotni Rady městské v roce 1883, napisali: prof. Janovsky, docent, dr. M. Poffer a městský fysik dr. Pelc. V Praze, 1884.

To samo w języku niemieckim.

Zpráva o zdravotnich pomerech a činnosti městského fysikátu v Praze za rok 1883, napisał městský fysik dr. M. Pelc. V Praze, 1884.

To samo w języku niemieckim.