

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

I. PRZEGLĄD KRYTYCZNY

SPOSOBÓW OZNACZANIA ZAWARTOŚCI KWASU SOLNEGO W SOKU ŻOŁĄDKOWYM.

Podali

Albert Mizerski i Leon Nencki.

Od czasu wykrycia obecności kwasu solnego w soku żołądkowym przez PROUT'a w roku 1824, a zwłaszcza od chwili wykazania ważnego jego udziału w sprawie trawienia [BIDDER i SCHMIDT r. 1854], kwestyja wynalezienia odpowiedniej metody klinicznej oznaczania zawartości kwasu solnego w treści żołądkowej była i jest jeszcze dotąd przedmiotem ciągłych badań i doświadczeń.

Świadczy o tem liczny już dziś szereg ogłoszonych w tym kierunku metod, jak: PROUT'a, BIDDER'a i SCHMIDT'a, RABUTEAU'a, RICHET'a, CAHN'a i MEHRING'a, EWALD'a, BOAS'a, MINZ'a, SJOEQUIST'a, LEO, SEHMANN'a, WINTER'a, OSWALD-HOFMANN'a i IOLLES'a.

Obecnie trzy tylko metody: 1-a) barytowa SJOEQUIST'a, 2-a) alkalimetryczna [SEHMANN-BRAUN'a], i 3-a) chlorometryczna [PROUT-WINTER'a], są przeważnie używane w praktyce klinicznej.

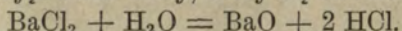
Celem przekonania się, o ile wymienione trzy metody odpowiadają swemu zadaniu pod względem ścisłości analitycznej oraz łatwości stosowania w praktyce klinicznej, poddaliśmy je doświadczeniom porównawczym, których wyniki wraz z odnośnemi uwagami streszczamy w niniejszym artykule.

I. Metoda barytowa SJOEQUIST'a polega na odparowaniu danej ilości [10 ctm. sześć.] soku żołądkowego z nadmiarem BaCO_3 , i wyprażeniu suchej pozostałości aż do zwęglenia organicznej substancyi. Wytworzony przy tem BaCl_2 po wylugowaniu gorącą wodą, oznacza się w przesączu przez mianowanie roztworem dwuchromianu potasu, przyczem używa się za wskaźnik roztworu azotanu srebra. Zupełne strącenie barytu uważa się za osiągnięte z chwilą, kiedy kropla azotanu srebra, puszczone na bibułę, zmaczaną badanym płynem, da pomarańczową plamę.

Tego rodzaju kontrolowanie końca odczynu [przez nakrapianie] jest zmu-dnem i często zawodnem. BOURGET usunął tę niedogodność, odmieniając pierwotną metodę SJOEQUIST'a w ten sposób, iż znajdujący się w danym przesączu BaCl_2 strąca węglanem amonu, jako BaCO_3 , który po przemyciu wodą rozpuszcza w $\frac{n}{10}$ HCl i mianuje roztworem $\frac{n}{10}$ KHO . Ilość kwasu, zużyta do związania

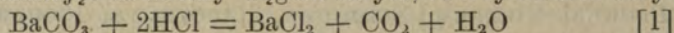
barytu, odpowiada znajdującej się pierwotnie w soku żołądkowym ilości kwasu solnego.

Modyfikacja BOURGET'a o ile daje dokładniejsze wyniki, o tyle też komplikuje metodę, tak, iż wykonanie tym sposobem oznaczenia zabiera nawet wprawnemu analitykowi do 3-ch godzin czasu. Metoda SJOEQUIST'a, jak widzimy, opartą jest na stałości chlorku barytu; tymczasem, jak się wykazało z odnośnych doświadczeń, wykonanych przez D-ra DMOCHOWSKIEGO w tutejszej pracowni, związek ten wcale stałym nie jest. Przy żarzeniu rozkłada się, tworząc tlenek barytu i wydzielając kwas solny, który się ulatnia.

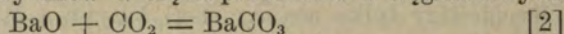


Tlenek barytu [BaO] przy ługowaniu wodą przechodzi jako BaH₂O₂ wraz z nierozłożonym BaCl₂ do przesączu, z którego zostaje następnie przy mianowaniu dwuchromianem potasu strącony jako BaCrO₄, tak, iż rozkładanie się chlorku barytu nie powinno wpływać na ścisłość metody, gdyż to, co traci się na chlorku, zyskuje się na wodanie. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że wodan barytu niezmiernie łatwo łączy się z CO₂, tworząc nierozpuszczalny BaCO₃. Zanim więc zdążymy przekroplić badany płyn i przemyć osad, utworzy się z BaH₂O węglan barytu, który, jako nierozpuszczalny, osiadzie na filtrze. A zatem w przesączu będzie barytu mniej, niż go być powinno. Wogólności wykonane w tym kierunku doświadczenia wykazały, iż odczyn w metodzie SJOEQUIST'a nie jest tak prosty, jak przypuszczał autor, i odbywa się w następujący sposób:

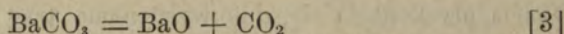
Kwas solny, działając na dodany węglan barytu, tworzy chlorek barytu.



Następnie przy żarzeniu chlorek barytu częściowo się rozkłada, tworząc tlenek, *resp.* wodan barytu, który znów w części przechodzi w węglan barytu.



Jednocześnie dodany węglan barytu rozkłada się i także daje tlenek barytu, a następnie wodan.



Tworzący się przy tym odczynie tlenek barytu nietylko pokrywa brak, który się tworzy wskutek odczynu [2], lecz daje jeszcze nadmiar barytu, który stale był wykazywany.

Jak widzimy z przytoczonego odczynu, zmyłka nie będzie tu stałą, lecz będzie zależec od czasu i siły żarzenia: im dłużej będziemy żarzyć, tem większa rozłoży się ilość baru, tem większa będzie pomyłka.

Powyższe badania doprowadziły do następującego wniosku: Metoda SJOEQUIST'a jest opartą na błędnej podstawie, gdyż:

- 1) chlorek barytu rozkłada się, tworząc wodan barytu [BaH₂O₂],
- 2) utworzony wodan barytu tworzy z CO₂ węglan barytu, [BaCO₃],
- 3) węglan barytu [BaCO₃], pierwotnie dodany przy żarzeniu, również rozkłada się i tworzy wodan barytu.

Jednem słowem, błędzimy w kole trzech pomyłek, z których pierwsze dwie zmieniają poszukiwaną cyfrę w jednym kierunku, trzecia zaś robi to w drugim. Wielkość pierwszych dwóch nie może być przewidzianą, o równoważeniu zaś ich

przez trzecią mowy być nie może, gdyż granice tej ostatniej określić się nie da-
dzą i zależą od czasu i siły żarzenia.

Dlatego też, jeśliby i nadal miano używać metody SJOEQUIST'a, to należa-
łoby zawartość żołądka jedynie zwęglić, a nie żarzyć, by, o ile możliwości, zredu-
kować błąd do *minimum*.

II. Metoda alkaliometryczna, zaproponowana najpierw przez SEM-
MANN'a w tej formie, w jakiej była przez nas stosowaną do naszych doświadczeń,
polega:

1) na zobojętnieniu danej ilości [10 ctm.] soku żołądkowego nadmiarem
[2 ctm.] normalnego roztworu węglanu sodu [Na_2CO_3] dla związania kwasu
solnego;

2) na odparowaniu powyższej mieszaniny płynów do suchości i wyżarze-
niu pozostałości aż do zupełnego spalenia wydzielonego węgla, w celu przepro-
wadzenia wytworzonych przy zobojętnieniu soku soli organicznych na węglan
sodu, i

3) na rozpuszczeniu wyżarzonej pozostałości, zawierającej HCl, NaCl,
 Na_2CO_3 , $\text{Mg}_3[\text{PO}_4]_2$ i $\text{Ca}_3[\text{PO}_4]_2$ w [20 ctm.] $\frac{n}{10}$ kwasu solnego ¹⁾, którego na-
dmiar oznacza się przez mianowanie za pomocą $\frac{n}{10}$ ługu sodowego.

Zawartość [P] HCl w soku żołądkowym oblicza się przeto według tej me-
tody z oznaczonej przez mianowanie ilości nierozłożonego węglanu sodu, czyli
z różnicy [D] ctm. sześć. $\frac{n}{10}$ HCl, użytych do zobojętnienia pierwotnego nad-
miaru [A] węglanu sodu oraz nierozłożonej ilości tegoż [B], zawartej w wyża-
rzonej pozostałości z odparowania soku żołądkowego, według równania:

$$A - B = D; D \times 0,0365 = P.$$

Dla sprawdzenia dokładności tejże metody użyto sztucznego soku żołądko-
wego następującego składu:

w 1000 ctm. sześć.	[580 ctm. $\frac{n}{10}$ HCl]
HCl	2,117 gr.
Albumozy	4,500 „
NaCl	3,978 „
$\text{Mg}_3[\text{PO}_4]_2$	1,000 „
Kwasu mlecznego	0,400 „

Sok ten, trzymany przez 24 godzin przy ciepłocie 40° C. w termostacie,
pokazywał kwaśność ogólną, oznaczoną [w 10 ctm. soku] $\frac{n}{10}$ ługiem sodowym przy
zastosowaniu wskaźnika fenoltfaleinowego = 6,2 ctm., czyli 100. ctm. wymagały
do swego zobojętnienia 62 ctm. $\frac{n}{10}$ NaHO, co odpowiada 0,2263 grm. kwasu
solnego. Wogólności do oznaczania kwaśności soku żołądkowego można używać
za wskaźnik tylko fenoltfaleinę; inne barwniki, jak metyloranż, cynina, lakmus,
kwas rozolowy i t. p., nie dają z większością soków żołądkowych, wskutek obe-
cności ciał białkowych i innych produktów trawienia, wyraźnej barwy przejścio-
wej i wykazują zawsze mniejszą kwaśność od rzeczywistej.

¹⁾ Wyżarzona pozostałość rozpuszcza się całkowicie w dodawanym HCl, takiż roztwór mo-
że być przelany do zlewki bez cedzenia i bezpośrednio mianowany.

I tak np. wykonane z tymże sokiem doświadczenia porównawcze wykazało cyfry następujące:

Kwaśność 1,0 ctm. soku.

Fenolftaleina	6,2 ctm.
Lakmus	5,0 „
Metyloranż	4,8 „
Cyanina	4,1 „

Dla oznaczenia % kwasu solnego w powyższym soku 10 ctm. tegoż [= 0,02117 grm. HCl] odparowano do suchości z 2 ctm. roztworu Na_2CO_3 [= 18,6 ctm. sześć. $\frac{n}{10}$ HCl], poczem pozostałość wyżarzono i po wylugowaniu gorącą wodą, mianowano roztwór $\frac{n}{10}$ kw. azotnym, posługując się wskaźnikiem metyloranzowym ¹⁾).

Do zobojętnienia roztworu zużyto 12,8 ctm. $\frac{n}{10}$ HCl.

$$A = 18,6$$

$$B = 12,8$$

$$D = 5,8$$

Zatem $P = 5,8 \times 0,00365 = 0,02117$, t. j. znaleziono 0,02117 HCl, czyli właśnie tyle, ile się pierwotnie znajdowało w 10 ctm. sześć. badanego soku.

Rezultaty całego szeregu oznaczeń, wykonanych tą metodą w sokach naturalnych, były jednocześnie sprawdzone sposobem chlorometrycznym [cyfry w następnym rozdziale], polegającym na oznaczeniu chloru [Cl] $\frac{n}{10}$ roztworem AgNO_3 , raz w lekko wyprażonej pozostałości soku żołądkowego, zalkalizowanego uprzednio za pomocą ługu sodowego dla związania kw. solnego, drugi raz w lekko wyprażonej pozostałości soku, pozbawionego HCl przez wyparowanie na kąpeli wodnej.

Otrzymana z tych dwóch oznaczeń różnica zużytych ctm. sześć. $\frac{n}{10}$ roztworu AgNO_3 odpowiada oczywiście zawartości HCl w badanym soku żołądkowym.

W większości tych równoległych oznaczeń otrzymywano cyfry jednogodne; w niektórych jednak razach metoda alkalimetryczna dawała cyfry większe w granicy od 0,006 do 0,012 na 100 soku ²⁾).

Miało to zwykle miejsce, jak się przekonaliśmy, w sokach o względnie znaczniejszej zawartości ciał białkowych i peptonu, a wykazywane plus kw. solnego pochodziło od kwasu siarczanego, jaki się wytworzył, podczas prażenia pozostałości soku, z zawartej [0,75—1%] w białku i peptonie siarki.

Przyczynę błędu można jeknak usunąć, strącając z alkalizowanego soku białko i pepton za pomocą taniny i po odcedzeniu i przemyciu osadu, traktując następnie przesącz, jak pierwotny roztwór.

¹⁾ W razie użycia wskaźnika fenolftaleinowego należy odrazu wyżarzoną pozostałość rozpuścić w nadmiarze $\frac{n}{10}$ kw. solnego i przed mianowaniem $\frac{n}{10}$ ługiem sodowym zagotować roztwór dla wypędzenia CO_2 , który, jak wiadomo, działa na fenolftaleinę odbarwiająco.

²⁾ Niezależnie od nas to samo spostrzeżenie zrobił przy swoich doświadczeniach D-r BĄDZYŃSKI w Zurychu.

Metoda alkalimetryczna jest łatwiejsza, prostsza i dlatego też dogodniejsza, niż SJOEQUIST'a, dla praktyki klinicznej; całkowite oznaczenie można wykonać za pomocą tej metody w przeciągu 30 do 40 minut.

Obie w rozdziale I i II opisane metody wykazują całkowitą zawartość kwasu solnego, jaki w danej chwili trawienia przez żołądek został wydzielony; zawartość ta składa się zazwyczaj z t. zw. kwasu solnego związanego, t. j. połączonego z organicznymi ciałami zasadowymi zawartości żołądkowej, jak: białko, albumoza, pepton i t. p., oraz z kwasu, który po wprowadzeniu pokarmów do żołądka pozostał w stanie wolnym i jako taki w poszczególnych warunkach daje się wykryć przez specjalne odczynniki barwnikowe.

Istnienie połączeń organo-chlorowodornych obok wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym — dzięki rozlicznym badaniom w tym kierunku [RICHER, RABUTEAU, CAHN i MEHRING] — nie ulega już dziś żadnej wątpliwości.

Ze połączenia te stanowią istotny związek chemiczny, t. j. iż kwas solny łączy się z albuminoidowymi ciałami żołądka w stosunku równoważnikowym, zdaje się wynikać z następujących doświadczeń:

1) Roztwór składający się: z 0,100 grm. czystego peptonu [bez chloru], 10 ctm. sześć. $\frac{n}{10}$ kwasu solnego i 10 ctm. wody — trzymany uprzednio w termostacie przy ciepłocie 39° C. przez 6 godzin — odparowano do suchości; pozostałość pięknej ciemno-fioletowej barwy ogrzewano przez godzinę na kąpeli wodnej, następnie rozpuszczono w wodzie z dodatkiem Na_2CO_3 i roztwór odparowano ponownie do suchości. Otrzymaną pozostałość lekko wyprażono, znowu rozpuszczono w wodzie; roztwór przekroplono i po zubożeniu mianowano $\frac{n}{10}$ roztworem AgNO_3 . Zużyto 4,4 ctm. $\frac{n}{10}$ AgNO_3 . Oznaczenie to wykazało zatem, iż 0,100 grm. peptonu w wymienionych warunkach połączyło się z 4,4 ctm. $\frac{n}{10}$ HCl , czyli z 0,016 kwasu solnego.

2) Roztwór tego samego składu i w tych samych warunkach przygotowany, co poprzedni, odparowano do suchości; ciemno-fioletową pozostałość po godzinnem ogrzewaniu na kąpeli wodnej, rozpuszczono w wodzie bez dodatku Na_2CO_3 , roztwór ponownie odparowano do suchości, a pozostałość po rozpuszczeniu w wodzie z dodatkiem Na_2CO_3 traktowano dalej, jak wyżej pod (1).

Również w tych warunkach ilość związanego kwasu solnego z 0,100 grm. peptonu okazała się identyczną z wykazaną w poprzednim doświadczeniu.

Z doświadczenia tego wynika, iż pepton, znajdując się w wodnym roztworze w zetknięciu z kwasem solnym w stosunku 100:16, tworzy stałe połączenie, nie podlegające dysocjacji, czyli nie rozkładające się przy parowaniu w ciepłocie 100° C..

3) Wychodząc z założenia, iż, jeśli pepton w wymienionych warunkach tworzy z HCl związek chemiczny w stosunku 100:16, to powinien on również *caeteris paribus* wytworzyć analogiczny związek z HBr , wyrażający się stosunkiem 100:35,5 w myśl równania $36,5:16 = 81:35,5$, przeprowadziliśmy doświadczenia z peptonem i kwasem bromowodorowym w ten sam sposób, co opisane pod 1) i 2) i otrzymaliśmy jako wynik 2-ch doświadczeń dla wytworzonego związku peptono-bromowodorowego cyfry 100:53,4. Z stosunku cyfry obliczonej [35,5] do znalezionej [53,4] = 1:1,5 wynika, że chemiczna cząsteczka peptonu

łączy się, co najmniej, z 2-ma cząsteczkami HCl, a z 3-ma cząsteczkami HBr, czyli, iż bromowodór tworzy z peptonem związek względnie więcej nasycony.

4) Dla przekonania się, iż wytworzenie powyższego połączenia peptonu z kwasem solnym jest także możliwem w ciepłocie trawienia, odparowaliśmy odnośne roztwory w próżni 615 mm. przy 40° C.. Oznaczenie otrzymanej w ten sposób pozostałości wykazało cyfry identyczne z otrzymanymi w doświadczeniach 1) i 2).

Związany z peptonem kwas solny w stosunku 16:100 okazuje wszystkie własności wolnego kwasu solnego: daje się całkowicie oznaczać ługiem acydymetrycznie, przy ogrzewaniu z plynem GINZBURG'a wytwarza charakterystyczne prążki karmazynowe i również jak wolny HCl zmienia barwę fioletu metylowego, Congo i t. p.. Traci on jednak własność oddziaływania na wymienione barwniki w miarę dodawania peptonu do roztworu; tworzy się wtedy związek mniej nasycony, w którym własności wolnego HCl są zupełnie przytłumione, i w tej też ostatniej formie zdaje się najczęściej znajdować w zawartości żołądkowej.

Chemiczny charakter organo-chlorowodornych połączeń żołądka, ich dalsza przemiana, znaczenie i udział w fizjologii i patologii trawienia i t. p. nie są wprawdzie jeszcze dostatecznie zbadane. Jednakże ignorowanie kwasu solnego w formie owych połączeń organicznych przy analizach zawartości żołądkowej byłoby nieracjonalnym już z tego powodu, że w większości oznaczeń¹⁾ połączenia organo-chlorowodorne występują jako główny produkt trawienia ciał białkowych, stanowiąc niejako miarę użytecznej pracy żołądka [jego zdolności peptonizacyjnej], podczas gdy obecność wolnego kwasu solnego zdaje się być tylko przypadkową, zależną od rodzaju i ilości przyjętych pokarmów, czasu brania próby i t. p..

Ztąd też wszelkie metody, ograniczające się do wyłącznego znaczenia wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, należy uważać za niedostateczne i bezcelowe. Polegają one zresztą prawie wszystkie, z wyjątkiem dwóch ostatnio ogłoszonych HOFFMANN'a oraz JOLLES'a: polarymetrycznej i spektroskopijnej, na fałszywej zasadzie oznaczeń acydymetrycznych za pomocą wskaźników barwnikowych, jak: fiolet metylowy, kongo, tropaeolina, które z kwasem solnym odmieniają swą barwę, nie czyniąc tego z kwasami organicznymi. Tymczasem wiadomo już dziś, iż obecność wielu ciał, jak: mleka, cukru, krochmalu, dekstryny, białka, peptonu w pewnym nadmiarze i t. d., wstrzymuje częściowo lub zupełnie pojawianie się charakterystycznego odczynu barwnego²⁾.

Ztąd też stosowanie tych barwników do oznaczeń ilościowych, a nawet jakościowych wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej może stać się nie-raz źródłem grubych pomyłek i zupełnie fałszywych wniosków. Sprawdziliśmy ten fakt na badanej szczegółowo przez nas na metodzie MINZ'a, opartej na zastosowaniu barwnikowem odczynie roztworu GINZBURG'a. Szczegółowe cyfry tych doświadczeń są podane w następnym rozdziale. [D. n.]

1) Patrz tablicę oznaczeń w następnym rozdziale III.

2) Patrz MOLINARI i SANSONI.

II. PRZYCZYNEK DO POSTĘPOWANIA PRZY ŁOŻYSKU PRZODUJĄCEM ŚRODKOWEM. (*Placenta praevia centralis*).

Podał

Felicyjan Szmakfefer.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

A teraz słów kilka o zabiegach leczniczych, stosowanych przy łożysku przodującym środkowem.

Wielu autorów: KRONER ¹⁾, OSTERLOH ²⁾, AUVARD ³⁾, ST. BRAUN ⁴⁾, RUNGE ⁵⁾ i t. d. zalecają w pierwszych okresach porodu jedną z nastarszych metod i dotąd jeszcze mającą wielu zwolenników, mianowicie metodę tamponowania pochwy kulkami z waty, gazy jodoformowej, lub za pomocą pęcherzy rozszerzalnych, napełnianych powietrzem lub wodą [pęcherz GABRIEL'a, kolpeurynter BRAUN'a, przyrząd CHASSAGNY'ego], aż do zupełnego rozszerzenia ujścia. Dobre i złe strony tej metody są drobiazgowo rozebrane w pracach AUVARD'a ⁶⁾ i WASSERCUGA ⁷⁾, do nich więc odsyłam czytelnika. Nadmienię tu tylko, że tamponowanie pochwy przy łożysku całkowicie przodującym uważam za zupełnie nieracjonalne, już choćby z tego względu, że zabiera dużo czasu, działa bardzo powoli [na rozszerzanie ujścia i postęp pracy porodowej], tampony trzeba odnawiać, a przez ten czas chora nierozwiązana może umrzeć skutkiem utraty krwi.

To samo można powiedzieć o rozszerzaniu ujścia za pomocą gąbki prasowanej aseptycznej, polecanej przez JUNGBLUTH'a ⁸⁾; właściwsze już jest rozszerzanie ujścia za pomocą palca lub palców stożkowato ułożonych, jak radzi MURPHY ⁹⁾.

SEYFERT ¹⁰⁾ w celu powstrzymania krwawienia przy łożysku całkowicie przodującym radzi robić wstrzykiwania do pochwy zimnej wody tak długo, aż się ujście o tyle rozszerzy, że będzie można wprowadzić palec i odkleić na pewnej przestrzeni łożysko; pod wpływem strumienia zimnej wody krwawienie jakoby ustaje; następnie S. palcami stopniowo rozciąga usta maciczne, nie oddzielając łoży-

¹⁾ KRONER. Breslauer ärztl. Zeit. 1883. Nr. 15, 16. Centralblatt für Gynäkologie. 1883, pag. 662.

²⁾ OSTERLOH. Centr. f. Gyn. 1884. str. 139.

³⁾ AUVARD. Semaine med. 1885. Nr. 14. Centr. f. Gynäk. 1885. str. 615.

⁴⁾ BRAUN STANISŁAW. O operacjach położniczych. Kraków. 1891. str. 135.

⁵⁾ RUNGE. Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin. 1891.

⁶⁾ AUVARD. De la conduite à tenir dans le cas de placenta praevia. Paris. 1886. str. 30—63.

⁷⁾ WASSERCUG. Co robić przy poprzedzaniu łożyska. Odbitka z Kroniki Lekarskiej z roku 1887. str. od 8—17.

⁸⁾ JUNGBLUTH. Zur Behandlung der placenta praevia. VOLKM. Samml. Klin. Vorträge. N. 235. Centr. f. Gyn. 1886. str. 772.

⁹⁾ MURPHY. The treatment of placenta praevia. Newcastle. 1885. [AUVARD. loc. cit.].

¹⁰⁾ SEYFERT. Prager Vierteljahrsschr. X Jahrg. II u. III.

ska. Postępując w ten sposób, otrzymuje ujście o tyle rozwarłe, że przez nie swobodnie wprowadza rękę do macicy i bez względu na to, jakie jest położenie płodu, po odklejeniu łożyska, dojściu do osłoni i ich przerwaniu, robi obrót na obie nóżki. Jeżeli zawczasu można określić, gdzie leży mniejsza część łożyska, to wybór ręki jest łatwy, jeśli zaś jest się na błędnej drodze, to trzeba operować tą ręką, która już wprowadzoną została do macicy, żeby nie tracić czasu na jej zmienianie. Po wykonaniu obrotu należy ze względu na dziecko przystąpić natychmiast do wydobycia. Po wydobyciu dziecka i łożyska, żeby zapobiec krwotokom wskutek niedoskurezu macicy, należy wykonać równomierny ucisk na macicę od dołu i od góry przez wytamponowanie pochwy i przez silne zbandażowanie brzucha.

SPIEGELBERG ¹¹⁾ radzi w podobnych przypadkach *accouchement forcé*, a KRASSOWSKIJ ¹²⁾ mówi: „Jednym racjonalnem wskazaniem do forsownego rozwiązania jest ostra niedokrwistość wskutek gwałtownego krwotoku z macicy przy łożysku przodującym, gdy inne środki zawiodły“. Nieco dalej, tenże autor wspomina, że w czterech przypadkach *plac. praev. centr.*, które może sobie przypomnieć, udało mu się za pomocą *accouchement forcé* ocalić trzy rodzące i jedno dziecko. Wogóle KRASSOWSKIJ [l. c. pag. 428] przytacza trzy sposoby postępowania przy łożysku przodującym środkowym:

a) Zamiana łożyska całkowicie przodującego, przez odklejenie z jednej strony, na łożysko przodujące brzeżne. Sposób ten poleca KRASSOWSKIJ, COHNSTEIN ¹³⁾, SCHROEDER ¹⁴⁾ i t. d.. Jest to metoda wskazana przez ZEITFUHS'a w r. 1843, a opracowana i znana w świecie lekarskim pod nazwą metody COHEN'a ¹⁵⁾.

b) Przedziurawienie łożyska ręką. Autor utrzymuje, że jest to sposób niebezpieczny i że przedziurawić ręką łożysko jest bardzo trudno, o czym przekonał się w jednym przypadku.

c) Wyrwanie całkowite łożyska, metoda SIMPSON'a ¹⁶⁾. Jest to metoda oparta na błędnej podstawie, że z wydobyciem łożyska ustaje krwawienie; dzieje się zaś wprost przeciwnie, krwawienie się wzmacnia, ponieważ krwawiące po oddzieleniu łożyska naczynia mogą się zamknąć tylko przy energicznych skurczach macicy, co jest możliwem tylko po jej opróżnieniu. Słusznie więc ten sposób postępowania znalazł tylu przeciwników.

Jedną z metod nowszych i najwięcej w ostatnich czasach rozpowszechnionych jest metoda znana pod nazwą „*Berliner Verfahren*“ ¹⁷⁾. Wprowadzenie i rozpo-

¹¹⁾ SPIEGELBERG. Uczebnik akuszerstwa [tłóm. JANPOLSKIJ]. Petersburg. 1879. str. 473.

¹²⁾ KRASSOWSKIJ. Operatiwnoje akuszerstwo. Petersburg. 1889. str. 684.

¹³⁾ COHNSTEIN. Wykład położnictwa dla uczących się i lekarzy, tłóm. z niemieckiego. Warszawa. 1872. str. 127.

¹⁴⁾ SCHROEDER. Lehrbuch der Geburtshülfe. V Auflage. Bonn. 1887. str. 675.

¹⁵⁾ COHEN. Monatschr. für Geburstkunde u. Frauenkrankheiten. 1855. Bd. V. Hft. IV. 1857. Bd. IX. Hft. V.

¹⁶⁾ SIMPSON. Select. Obstetr. Works. London. 1871. str. 177.

¹⁷⁾ EULENBURG. Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde XV. Wien u. Leipzig. 1888. str. 616.

wszechnienie swoje, metoda ta zawdzięcza pracom HOFMEIER'a¹⁸⁾, BEHM'a¹⁹⁾, LOMER'a²⁰⁾, WYDER'a²¹⁾, OLSHAUSEN'a²²⁾, a polega na tem, że dla uniknięcia zakażenia przez tamponowanie wata, jako tamponu używamy nóżek i pośladek płodu, który nieraz *a priori* poświęcamy dla ocalenia matki. Przy rozpoczętej sprawie porodowej, jeżeli ujście przepuszcza jeden lub dwa palce, robimy obrót metodą dwuręczną BRAXTON-HICKS'a²³⁾ — jeżeli brzeg łożyska jest dostępny, to łożysko w tej części odklejamy i przerywamy osłony, w przeciwnym zaś razie, nb. jeżeli ujście więcej jest rozwarte, przebijamy palcami w cieńszej warstwie łożyska, dochodzimy do płodu, robimy obrót, sprowadzamy nóżkę i nią tamponujemy. Dalszy przebieg porodu pozostawiamy siłom natury.

Metoda BUNSEN'a²⁴⁾, polegająca na oderwaniu częściowem łożyska i metoda JUSTYNY SIEGEMUND, polegająca na przedziurawieniu łożyska, upuszczeniu wód płodowych i pozostawieniu porodu siłom natury przy prawidłowem położeniu płodu, mogą mieć obecnie tylko historyczne znaczenie.

Metoda KRISTELLER'a²⁵⁾ — wytlaczanie płodu, może znaleźć zastosowanie w wyjątkowych razach, jeżeli część łożyska urodzi się do pochwy, krwawienie trwa, a główka, słabo wklinowana, niezupełnie tamponuje [moje trzecie spostrzeżenie].

Najodpowiedniejszym, podług mego zdania, przy krwotokach wskutek łożyska całkowicie przodu jest następujące postępowanie:

Jeżeli krwawienie jest umiarkowane, a ujście maciczne zamknięte, staramy się powstrzymać czynność porodową. W tym celu kładziemy chorą do łóżka, podajemy jej napoje chłodzące, stosujemy zimne okłady na brzuch, zalecamy zupełny spokój; jednym słowem, zachowujemy się wyczekująco. Jeżeli zaś krwotok jest bardzo znaczny, zagraża życiu rodzącej, to niezależnie od tego, czy praca porodowa rozpoczęła się, czy nie, staramy się ją wzniecić i w możliwie szybki sposób opróżnić macicę.

Jeżeli ujście maciczne jest zamknięte, lub przepuszcza zaledwie jeden palec, to je rozszerzamy za pomocą rozszerzaczy szklanych lub metalowych, które najłatwiej dają się dezynfekować; lub też tamponujemy kanał szyjki macicznej paskami gazy jodoformowej, co można szybko i łatwo wykonać. Przy podobnem postępowaniu osiągamy podwójną korzyść: z jednej strony następują silne i energiczne skurcze macicy, które rozszerzają ujście, a tem samem umożliwiają nam dalszą interwencyję, z drugiej zaś strony tamujemy krwotok. Wewnętrznego zaś krwotoku, przy bacznej obserwacji ogólnego stanu chorej, zważaniu na skurcze ma-

¹⁸⁾ HOFMEIER. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. VIII. str. 89.

¹⁹⁾ BEHM. Zeitschr. f. G. u. G. str. 373. IX. Centr. f. G. 1883. str. 547 i 723.

²⁰⁾ LOMER. Amer. Journ. of Obstetr. 1884.

²¹⁾ WYDER. Centr. f. G. 1886. str. 772.

²²⁾ OLSHAUSEN. Beiträge etc. Stuttgart. 1884, str. 175.

²³⁾ BRAXTON HICKS. Die combinirte äussere u. innere Wendung aus d. Engl. v. Küncke. Göttingen. 1865.

²⁴⁾ BUNSEN. Neue Zeitschr. f. Geburtst. VII. str. 38.

²⁵⁾ KRISTELLER. Die expressio foetus. Monatschr. f. G. u. Fr. 1867. Bd. XXIX. Heft V. str. 337—387.

cicy, jeśli osłony są całe, nie potrzeba się obawiać. Po uspokojeniu krwawienia zajmujemy się chorą: układamy ją poziomo, podajemy wewnątrz środki orzeźwiającej i podniecającej, podskórnie stosujemy tyle zachwalane przez HECKER'a wstrzykiwania eteru, a jednocześnie śledzimy za postępem pracy porodowej.

Wrazie gdy usta maciczne swobodnie przepuszczają 2—3 palce, to, jeśli się uda zamienić łożysko środkowo przodujące na brzeżne, robimy obrót metodą dwuręczną BRAXTON-HICKS'a. Taka zamiana może się skuteczniej sama przez się; łożysko bowiem rozpoznane początkowo przy niezupełnie rozwartem ujściu, jako całkowicie przodujące, po rozwarciu się ujścia, może okazać się przodującym brzeżnym, gdyż płat mniejszy zwykle samoistnie się od macicy odkleja.

Przy łożysku przodującym środkowym, przedziurawienie go jednym lub dwoma palcami i następnie obrót sposobem BRAXTON-HICKS'a [metoda berlińska] zdaje mi się być zadaniem trudnym do wykonania, ponieważ, wzięwszy pod uwagę długość szyjki macicznej, grubość łożyska w porównaniu z długością palca, przekonamy się, że zaledwie końcem palca możemy się posługiwać, co wielce utrudnia manipulacje; uchwycić zaś w takich warunkach za nóżkę, jeżeli nawet zrobimy obrót zewnętrzny, lub jeśli istnieje położenie pośladowe i sprowadzić ją jednym lub dwoma palcami, jest rzeczą dość trudną. Przez zrobiony zaś otwór w łożysku i przy powolnem wykonywaniu obrotu wody płodowe mogą ujść, co, przy nieudaniu się, utrudni znakomicie dalsze rękoczyn. Właściwiej już jest palcami stożkowato ułożonemi za pomocą ruchów świdrujących o tyle rozszerzyć usta maciczne, żeby można całą lub połowę ręki wejść do macicy, co przy niezwykłej ich w takich razach podatności i rozciągliwości, można stosunkowo łatwo wykonać bez obawy naddarć i obrażeń. SCHROEDER (*l. c.*) mówi: „ponieważ łożysko przodujące przytrafia się po większej części u wielorodek, dolny zaś odcinek macicy w takich razach jest bogato unaczyniony, miękki i wielce podatny, to nawet przy niezupełnie zanikłych ustach macicznych i przy ujściu rozwartem na 2—3 palców, bez wysiłku i niebezpieczeństwa możemy wprowadzić całą rękę do macicy“ [moje pierwsze spostrzeżenie].

Jeżeli ujście jest dostatecznie rozwarte do wprowadzenia ręki, lub gdy je o tyle rozszerzymy, że możemy ręką wejść do macicy, to postępujemy albo podług metody COHEN'a: stopniowo z jednej strony odklejamy łożysko, dochodzimy do jego brzegu, dosiegamy osłon, rozrywamy je i robimy obrót na nóżkę, a jednocześnie ręką i przedramieniem wywieramy ucisk na miejsca krwawiące; albo też, jeżeli do osłon trudno dosięgnąć, to zamiast ręką manipulować w przyczepie łożyska, bezpieczniej będzie rozerwać łożysko ponad ujściem i zrobić obrót. Rozerwanie łożyska nie przedstawia żadnych technicznych trudności, daje się łatwo wykonać, krwawienie zaś z samego łożyska przy jego przedziurawieniu jest bardzo małe, daleko znaczniejsze jest przy jego odklejaniu. Obrót wykonywamy bardzo wolno, aby nie rozerwać macicy, której dno przy przodowaniu łożyska jest cieńsze niż zwykle. Wystarczającym jest zrobić obrót na jedną nóżkę. Po sprowadzeniu nóżki i wstąpieniu pośladowców płodu do miednicy, krwawienie zwykle ustaje; jeśliby się krew jeszcze sączyła, to lekko pociągając za nóżkę, wstrzymujemy dalszy jej odpływ. Dalszy przebieg porodu pozostawiamy siłom natury. Szybkie bowiem opróżnienie macicy, obniżając ciśnienie we-

wnętrz jamy brzusznej, wywołuje ostrą niedokrwistość mózgu, co u osób osłabionych może spowodować śmierć; z drugiej zaś strony prędkie wydobyć może spowodować uszkodzenia tak bogato przy łożysku przodującym unaczynionego dolnego odcinka macicy, wobec ujścia niedostatecznie rozwartego.

Jeżeli zaś, po przybyciu do rodzącej, znajdujemy łożysko w całości lub częściowo urodzone do pochwy, to przy położeniu czaszkowem płodu stosujemy albo metodę KRISTELLER'a, albo przy dostatecznem rozwarciu ujścia, nawet przy główce słabo wklonowanej, zakładamy kleszcze; obrót bowiem w takich warunkach po odejściu wód płodowych jest trudny do wykonania.

Łożysko po większej części rodzi się tuż za dzieckiem; w przeciwnym razie trzeba je wydobyć.

Dla zapobieżenia krwotokom wskutek opieszałego kurczenia się macicy, najwłaściwiej będzie całkowicie ją wytamponować gazą jodoformową podług metody DUERSSEN'a ²⁶⁾.

Przy wykonywaniu rękoczynów, ze względu na znaczną niedokrwistość nie należy używać chloroformu, zresztą w tych razach zwykle, zapewne z powodu niedokrwistości ośrodków czuciowych, bolesność rękoczynów jest prawie żadna.

Po ukończeniu porodu kładziemy chorą w ciepłą pościel z głową nisko opuszczoną, w razie potrzeby przy słabem tętnie wstrzykujemy pod skórę eter. Wewnątrz dajemy koniak, wino, wódkę, mocną kawę i inne środki podniecające. W ostateczności zastępujemy utraconą krew roztworem [0,7%, ciepłoty 37° C.] soli kuchennej, który wstrzykujemy pod skórę, lub też za pomocą irygacyj wlewamy do kiszki prostej.

W r. 1889 na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Londynie ²⁷⁾ SPENCER przytoczył dwa przypadki, w których przez ściany brzuszne mógł określić łożysko przodujące, umieszczone na przedniej ścianie macicy. Dalej wspomina jeszcze o siedmiu przypadkach łożyska przodującego, w których łatwo mógł wyczuć przez powłoki zewnętrzne nie tylko łożysko, jako masę gąbczastą, co przez badanie wewnętrzne sprawdził należycie, lecz nawet niekiedy określić brzegi jego. Zdanie SPENCER'a podzielili HICKS, BARNES i GALABIN.

Jeśli przyszłość stwierdziła możliwość rozpoznawania łożyska przodującego przez powłoki brzuszne, a chora nie utraciłaby jeszcze wiele krwi, to czy nie byłoby właściwem dla uratowania życia i matce i dziecku wykonać cięcie cesarskie. Przy udoskonalonej technice i dzięki postępom antyseptyki operacja ta nie byłaby zbyt ryzykowną. Krwawienie przy łożysku przodującym występuje już w czasie ciąży i przy rozpoczęciu porodu, jeżeli więc podejrzewamy łożysko całkowicie przodujące, możemy zawczasu chorą odesłać do kliniki lub szpitala i tym sposobem postawić ją w korzystnych dla operacji warunkach.

Znając źródło choroby, możemy uratować rodzącą i jej dziecko tylko przez szybkie rozwiązanie, a szybkie rozwiązanie można osiągnąć w jaknaj-

²⁶⁾ DÜHRSEN. O leczeniu krwotoków poporodowych. Odczyty kliniczne. Nr. 14. Geburtshilfliches Vademecum. Berlin. 1890.

²⁷⁾ Centr. f. Gynäkologie. 1891. Nr. 16. Verhandlungen der Gesellschaft. f. Geburtsh. zu London. Bd. XXXI.

krótszym czasie tylko przez cięcie cesarskie. Byłaby to niemal jedyna metoda przy łożysku całkowicie przodującym, za którą przemawiałoby prawdopodobieństwo ocalenia życia i dziecku i matce.

III. O EPIDEMII TYFUSU WYSYPKOWEGO

w szpitalu Zapasowym w Warszawie w r. 1889.

Napisał

J. Szwaјcer.

Etyjologia.

W ciągu ostatnich kilku lat mieliśmy w Warszawie dość znaczną epidemię tyfusu wysypkowego, która, doszedłszy w połowie 1889 r. do największego natężenia, do dziś dnia nie wygasła. Rok rocznie prawie trafiają się u nas pojedyncze ogniska tyfusowe, przeważnie wśród ludności żydowskiej, rzadko one jednak do szerszych rozmiarów dochodzą. Lata jednak 1888—1889 zaznaczyły się dość obszerną epidemią, która, powstawszy w dzielnicach żydowskich, powoli rozszerzyła się po całej prawie Warszawie, a ztąd już prawdopodobnie nawet po wielu miastach prowincjonalnych. Że epidemia wzięła swój początek w dzielnicach żydowskich, i że z początku chorowali wyłącznie żydzi, widać to już z samego zestawienia przypadków tyfusu wysypkowego w szpitalach. Gdy w szpitalu Starozakonnych w roku 1888 znajdujemy ich 140, a w szpitalu żydowskim dla dzieci — 130 [85 ambulatoryjnych], to w tymże samym czasie w szpitalach chrześcijańskich [Dz. Jezus, Ś-go Rocha, Praskim i Zapasowym] nie było ani jednego chorego tyfusowego, w pozostałych zaś 3 szpitalach bardzo niewiele: u Ś-go Du-cha — 12, Ewangelickim — 2 i Wolskim — 14 ¹⁾.

Dopiero w 1889 przypadki tyfusu pojawiają się co raz częściej w wielu punktach miasta: spotykamy już chorych i w innych szpitalach [Dz. Jezus, Wolskim i Zapasowym] i występują epidemie dość obszerne we wszystkich więzieniach tutejszych, których władza ujrzała się zmuszoną [od dnia 25 Lutego 1889] odsyłać wszystkich chorych tyfusowych do szpitala Zapasowego.

W szpitalu naszym pierwszym przypadkiem tyfusu wysypkowego był wę-gier, znaleziony podczas ciężkiego mrozu w parku Praskim, w dniu 2 Lutego, i sprowadzony do nas w nocy w stanie zupełnie nieprzytomnym, z odmrożonemi rękami i nogami. Zmarł on po 36 godzinach, zaraziwszy uprzednio cztery osoby: szarytkę, sąsiedniego chorego, miejscowego lekarza szpitalnego kol. BĄCZKIEWICZA i posługacza szpitalnego.

Był to jedyny przypadek zarażenia się chorego w naszym szpitalu przez cały czas trwania epidemii, t. j. w ciągu 7 miesięcy.

Razem wszystkich chorych tyfusowych od 2 Lutego do 18 Sierpnia 1889 mieliśmy 109, z których mężczyzn było 102, kobiet zaś tylko 7.

¹⁾ Dane otrzymałem od kol. KRAUSEGO, BĄCZKIEWICZA, ŚWIĄTECKIEGO i KORALA, miejscowych lekarzy szpitali.

Ilość chorych w każdym miesiącu była następująca:

w Lutym	13	w Czerwcu	21
„ Marcu	9	„ Lipcu	22
„ Kwietniu	18	„ Sierpniu	3
„ Maju	23.		

I ze statystyki REJTLINGER'a (1) okazuje się, że miesiące letnie sprzyjają rozwojowi tyfusu.

Co się tyczy pochodzenia chorych, to przybyli oni do nas z następujących miejsc i w następującej liczbie:

z lazaretu głównego więzienia karnego [przy ul. Długiej]	32
z lazaretu czasowego oddziału, głów. więz. karn. [przy ul. Dzielnej]	51
z aresztu policyjnego w ratuszu	7
z więzienia śledczego [przy ul. Dzielnej]	5
z miasta	6
miejscowych [zarażonych w szpitalu]	8

Jak widzimy, najwięcej chorych dostarczyły nam: główne więzienie karne i jego oddział czasowy. Jednak ogniska te epidemiczne nie powstały na miejscu, gdyż większość ich chorych pochodziła z aresztu policyjnego, który, według wszelkiego prawdopodobieństwa, był rozsądnikiem tyfusu po innych więzieniach. Tem się też tłumaczy nieznaczna ilość chorych przybyłych do nas wprost z aresztu.

Ostatnia rubryka odnosi się do osób zarażonych w szpitalu, których razem z 4 wymienionemi już wyżej było 8 [jeden lekarz, jedna szarytka, 2 posługaczy, 2 posługaczki, jeden odźwierny i jeden chory szpitalny].

Połowa tych ofiar zaraziła się jednocześnie od pierwszego naszego chorego jeszcze w okresie przedizolacyjnym szpitala, druga zaś połowa zarażonych przypada na cały czas trwania w nim epidemii.

Jeśli weźmiemy na uwagę, że cały personel szpitalny składał się z 54 osób, które większą lub mniejszą miały styczność z chorymi ¹⁾, to musimy przyznać, że odsetka zarażonych jest niezmiernie mała, co przypisać chyba trzeba korzystnym warunkom higienicznym w naszym szpitalu.

MURCHISON (2), GRIESINGER (3), NIEMEYER (4), PALMBERG (5) przytaczają epidemije, w których cała prawie służba lekarska kolejno się zarażała.

Co się tyczy sposobu zarażenia się, to oprócz bezpośredniego udzielania się zarazka, t. j. przez zetknięcie się z chorym, które jest najgroźniejsze, trzeba przyjąć zarażenie się pośrednie, t. j. przez powietrze lub przedmioty, do których zarazek od chorego się dostał. Chory zarażony w naszym szpitalu nie dotknął się wcale tyfusowego, a zarażony odźwierny nabawił się bardzo ciężkiego tyfusu, mając tylko do czynienia z rzeczami tyfusowych.

W kwestyi, jak długo trzeba zostawać pod wpływem zarazka, aby ten chorobę wywołał, mam do przytoczenia ciekawy

¹⁾ Do osób tych zaliczamy: 5 lekarzy, z których jeden tylko przed 8 laty tyfus przebył; 7 — siostr miłosierdzia, z których 5 tyfus przechodziło, 3 — felcerów [tyfusu nie przechodzili]; 2 — intendentów, posługaczy i posługaczek 15; praczek — 6; łązienników — 3, odźwiernych — 3, innej służby osób — 10.

fakt. Posługaczka, która wcale do tyfusowych nie zachodziła, jako przeznaczone wyłącznie dla chorych niezakaźnych, przypadkowo weszła na chwilę na salę tyfusową, w której 8 ciężko chorych się znajdowało. Po 2 dniach zapadła ona na tyfus. Jedna ta chwila wystarczyła więc dla wywołania choroby. Wogóle zaś niebezpieczeństwo zarażenia się zdaje się wzrastać wraz z czasem pozostawania pod wpływem zarazka. Ordynatorowie np. rzadziej się zarażają, aniżeli ich asystenci, felerzy lub posługacze, którzy dłużej w styczności z chorymi pozostają. Takiż stosunek zdaje się zachodzić i co do odległości, na jaką działa zarazek. Na [sali, w której pierwszy nasz tyfusowy zaraził chorego szpitalnego, znajdowało się 6 innych, znacznie od niego młodszych chorych. Pomimo więc istnienia pewnej skłonności do zarazka tyfusowego w młodym wieku, zarażony jednak został nie najmłodszy z chorych, lecz najbliższy chorego tyfusowego. Pod tym względem tyfus wysypkowy różni się od powrotnego, w którym zauważyć mogłem fakt wprost przeciwnicy (6).

W związku z ostatniem pytaniem pozostaje kwestyja: w jakim okresie tyfus, staje się najbardziej niebezpiecznym dla otoczenia i w czem tkwi zarazek jego?

Niejednokrotnie zauważyłem, że w rodzinie, do której zawleczony został tyfus wysypkowy przez jednego z jej członków, inne osoby zarażały się dopiero w okresie zdrowienia pierwszego chorego. Odliczywszy przeciętny okres wylęgania się choroby od 5—10 dni, okaże się, że zakażenie musiało mieć miejsce pod koniec tyfusu, t. j. w czasie łuszczenia się naskórka.

Podobne spostrzeżenie niedawno ogłosił D-r KUZNIECOW (7). Z 4 chorych, zarażonych kolejno jeden po drugim w tem samym mieszkaniu, każdy następny zarażał się tyfusem dopiero po wyzdrowieniu poprzedniego chorego. Okres inkubacji [7—14 dni] u zarażonego przypadał zawsze na czas łuszczenia się skóry u zarażającego. Autor przypuszcza, że zarazek tyfusu wysypkowego tkwi w złuszcającym się naskórku chorych.

Co się tyczy stosunku tyfusu wysypkowego do innych chorób zaraźliwych, to przypuszczenie pewnego antagonizmu między tyfusem brzuszny i wysypkowym znajduje u nas pewne potwierdzenie. Wiemy, że od kilku lat tyfus brzuszny staje się u nas co raz rzadszym; kiedy naprzykład w 1886 roku w szpitalu Dz. Jezus znajdujemy 303, a Ś-go Ducha 126 tego rodzaju chorych, to w 1887 — w pierwszym tylko 94, a w drugim — 33; w roku 1888 w Dz. Jezus — 124, a u Ś-go Ducha — 50. Jeśli zwrócimy uwagę, że w tymże samym czasie ilość tyfusów wysypkowych znacznie wzrosła, to nasuwa się myśl, czy zmniejszenie się tyfusu brzuszego, przypisywane pewnej poprawie warunków higienicznych Warszawy, nie stoi raczej w związku z panowaniem epidemii tyfusu wysypkowego.

LEBERT (2) utrzymuje, że przebycie gorączki powrotnej powiększa skłonność do tyfusu wysypkowego. Zjawienie się tego ostatniego po ustąpieniu pierwszej mieliśmy sami dobrą sposobność sprawdzić w r. 1881/2, podczas epidemii gorączki powrotnej u nas.

Okolicznościowo wspomnieć jeszcze muszę, że potwierdziło się również u nas podanie ZUELZER'a (2), jakoby z pojawieniem się influenzy tyfus wysypkowy przycicha.

Jaka była najbliższa przyczyna epidemii naszej, trudno stanowczo powiedzieć. Epidemie tyfusu wysypkowego występują często w prowincjach nadbałtyckich. Może więc rozsadnikami zarazka tyfusowego byli Żydzi z sąsiednich gubernij, którzy w ostatnich latach, wskutek coraz twardszych warunków życia, napłynęli do Warszawy i żyli tu w wielkiej nędzy i skupieniu.

I na miejscu zresztą, w Warszawie, nie brak stałych ognisk tyfusowych. Sam przytoczyć mogę kilka domów, w których od wielu lat tyfus wysypkowy rok rocznie wybucha ¹⁾. Wszędzie też w szpitalach i więzieniach żydzi byli pierwszymi ofiarami tyfusu. Na 5 pierwszego dnia przysłanych nam chorych było aż 4 żydów. Przybyli oni z głównego więzienia karnego, dokąd przysłani znowu byli z aresztu policyjnego w ratuszu, w którym największy panuje ruch i skupienie.

O ile dowiedzieć się lub osobiście sprawdzić mogłem, warunki, w jakich pozostawała większość naszych chorych przed przybyciem do szpitala, aż nadto sprzyjały rozszerzeniu się epidemii. Mam tu głównie na myśli areszt policyjny w ratuszu, przez który wszyscy prawie chorzy pierwsiastkowo przechodzili, i który, jak już wspominałem, był rozsadnikiem tyfusu po innych więzieniach. Z ust nadzorcy dowiedziałem się, iż przeludnienie aresztu policyjnego jest wielkie, że przebywa w nim 2—3 razy więcej więźniów, niż na to pozwala miejsce, że później jeszcze ciaśniej tam było, z powodu opróżnienia niektórych sal dla dezynfekcji. O wewnętrznym urządzeniu aresztu nie wiele mogę podać szczegółów, gdyż lekarz więzienny, którego o pozwolenie zwiedzenia aresztu prosiłem, stanowczo mi tego odmówił, ponieważ, jak twierdził, „nie ma tu nic ciekawego“. Dowiedziałem się tylko, że wody do picia używają wodociągowej z ogólnego naczynia, do którego przywiązany jest kubek, że wychodki znajdują się na końcu korytarza, a doły kloaczne obecnie „dezynfekują się“ proszkiem otwockim. O znacznym skupieniu więźniów w innych więzieniach chorzy sami wspominali.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

26. H. Fritsch. Rozdarcie macicy pod względem sądowo-lekarskim.

Przy rozpatrywaniu kwestyj sądowo-lekarskich trudno jest nie zauważyć pewnej niezgodności, jaka zachodzi między poglądami lekarza a wymaganiami prawnika. Dla lekarza nie ma prawie prawida bez wyjątku, nie ma kategorycznego „tak“ lub „nie“, prawo zaś żąda odpowiedzi stanowczej. Niezgodność owa uwydatnia się między innymi w kwestyi: czy pęknięcie macicy i spowodowana wskutek tego śmierć chorej znajdują się w przyczynowym związku z interwencją lekarską? Ponieważ pęknięcie macicy całkowite należy do obrażeń śmiertelnych wskutek krwotoku lub zakażenia, sąd ma więc za zadanie rozstrzygnąć, czy rozdarcie powstało samoistnie, czy też wywołanem zostało nieumiejętnem postępowaniem lekarza. Rozstrzygnięcie kwestyi opiera się zwykle na

¹⁾ W jednym tylko domu przy ul. Grzybowskiej pod Nr. 57, który mieści w sobie 220 mieszkań, wyłącznie przez żydów zamieszkanym, sam miałem sposobność widzieć w r. 1887/8 kilkudziesięciu tyfusowych, w najopłakańszych warunkach higienicznych i materyjalnych.

opisie przebiegu porodu i wyniku badania pośmiertnego. Rzadko udaje się otrzymać bezstronny opis przebiegu porodu; zarówno lekarz, jak i otoczenie chorej starają się przedstawić rzecz w świetle dla siebie jak najkorzystniejszym. Do tego objawy pęknięcia macicy nie w każdym przypadku są dosyć wyraźne i typowe. Co się tyczy bólów porodowych, to te nierzadko trwają i po pęknięciu macicy, otoczenie zaś niezawsze jest w stanie rozróżnić jęki, towarzyszące bólom przy zapaleniu otrzewnej, od jęków, wywołanych bólami porodowymi; to samo odnosi się i do objawów upadku sił, towarzyszących zwyczaj rozdarciu macicy. Po pęknięciu macicy najczęściej występuje krwotok maciczny. Ostatni jednak może być także bardzo nieznaczny, jeśli chora znajduje się w stanie zapadu; krwotok może też nastąpić i do jamy otrzewnej. Z drugiej strony wiemy, że i bez rozdarcia macicy może nastąpić krwawienie podczas porodu. Do objawów rozdarcia macicy należy jeszcze nagle uruchomienie się części przodującej płodu, poprzednio nieruchomej. Lecz stwierdzenie tego objawu polega wyłącznie na zeznaniu lekarza i akuszki. Sekcja również nie jest w stanie wykazać natury rozdarcia. Czynniki, biorące udział w powstawaniu pęknięcia macicy, są czysto mechaniczne; zależy ono jedynie od nadmiernego rozciągnięcia dolnego odcinka macicznego; czy zaś dokonała tego część płodu, czy ręka lekarza, w danym razie trudno określić. Szezelina maciczna rzadko kiedy zachowuje pierwotną swą formę nawet i w tych przypadkach, w których bezpośrednio po pęknięciu wykonano wydobycie płodu, czy to przez wymóżdżenie, czy też przez ekstrakcję. Grubość ściany macicznej w miejscu pęknięcia nie wysświetla natury ostatniego, zależy ona od skurczów macicy [bólów poporodnych] i od czasu trwania okresu połogowego. Absolutna wielkość i forma rozdarcia również nie rozstrzygają kwestyi; wiemy, jak łatwo rwie się macica przy wydobyciu płodu drogą cesarskiego cięcia, przyczem nowe rozdarcie odbywa się już to w przedłużeniu linii cięcia, już też tworzy z ostatnią kąt ostry, a nawet prosty. Miejsce pęknięcia macicy, z wyjątkiem tych przypadków, w których stwierdzono ograniczone przedziurawienie dna macicy, bynajmniej nie rozwiązuje kwestyi. Obrażenie graniczących z macicą narządów [pęcherza, odbytnicy i t. p.] i wogóle kolosalne rozdarcia były spostrzeganie i tam, gdzie żaden rękoczyn nie był wykonany.

Wogóle mniej winien lekarz, który, niosąc pomoc chorej, miał nieszczęście rozzerwać macicę, aniżeli ci, którzy przez zbyt długie wyczekiwanie dopuścili do katastrofy. Ponieważ jednak sąd żąda odpowiedzi stanowczej i w tym celu zwraca się do osoby jedynie w podobnych kwestyjach kompetentnej, należy przeto kwestyję postawić tak: 1-o czy interwencja lekarza była wskazaną i 2-o czy w danym przypadku nastąpiłoby pęknięcie macicy i bez tej interwencji? Jeśli można dowieść, że do interwencji nie było powodu [szeroka miednica, położenie płodu prawidłowe, poprzednie porody prawidłowe i t. d.], wtedy cała odpowiedzialność spada na lekarza; jeśli zaś sytuacja wymagała interwencji [wazka miednica, poprzeczne położenie, potworność i t. d.], wtedy katastrofę należy kłaść nie na karb operacji, a przypisać ją należy jedynie niepomysłnym okolicznościom, które interwencji tej towarzyszyły. Na drugie pytanie, t. j. czy pęknięcie przyszłoby do skutku i bez interwencji lekarskiej, najczęściej również znajdziemy odpowiedź. Zarzuty, stawiane lekarzowi za niepomysłny wynik operacji uznanej za niezbędną, nie są ani naukowe, ani moralne; albowiem mogłoby dojść do tego, że w tych warunkach lekarz zbyt ostrożny i mniej odważny, zrzekłby się ratowania życia rodzącej. Przy dochodzeniu sądowno-lekarskiem przypadków pęknięcia macicy nie należy stawiać pytania, czy rozdarcie powstało samowolnie lub sztucznie, lecz czy interwencja lekarza była w danym razie uzasadnioną.

27. Dittrich Paweł [Wiedeń]. Sprawy zakaźne połogowe pod względem sądowo-lekarskim.

Dzięki znacznym w ostatnich czasach postępom nauki o chorobach zakaźnych, do wyjątków już dzisiaj należą ci lekarze, którzy nie przyznają z a k a ż e n i a od z e w n ą t r z za jedyną przyczynę chorób zakaźnych połogowych, a przestrzegania zasad metody przeciwnilnej — za najskuteczniejszy sposób zabezpieczenia od tych chorób. Samowolnego zakażenia, w znaczeniu „s a m o z a k a ż e n i a“ SEMMELWEIS'a, nikt już dziś nie przyjmuje. Badania bakteriologiczne wydzieliny kanału rodnego, w ostatnich zwłaszcza czasach tak skrupulatnie prowadzone, skutecznie się przyczyniły do obalenia przestarzałych pojęć o samozakażeniu. Z upadkiem więc nauki o samowolnym zakażeniu, odpowiedzialność lekarzy i akuszerki za przypadki gorączki połogowej zwiększyć się znacznie musiała.

Orzeczenie sądowo-lekarskie w przypadkach zakażeń połogowych należy po największej części do zadań najtrudniejszych, zwłaszcza gdy idzie o rozwiązanie pytania, czy przyczyną zakażenia były błędy w antyseptyce, popełnione przez lekarza lub akuszerkę podczas obsługi porodu. Rozumie się, że głównie te przypadki zakażenia dać mogą powód do dochodzenia sądowo-lekarskiego, które się śmiercią położnicy zakończyły, a z tych znowu te, które się przyłączyły do lekkich, prędko ukończonych porodów; tu bowiem wykluczyć się dadzą wszelkie czynniki usposabiające do zakażenia, jak np. obszernie zmiążdżenia i rozdarcia części miękkich kanału porodowego, powolny przebieg porodu i t. d.. Skoro w takich przypadkach istnieje najlżejsze chociażby podejrzenie, iż zakażenie powstało wskutek niedbalstwa lekarza lub akuszerki, t. j. wskutek zaniechania należytej dezynfekcyi, to niezbędną się staje sekcya sądowa zwłok zmarłej położnicy. Wprawdzie lekarz sądowy rzadko będzie w stanie z samych tylko wyników sekcyi dać orzeczenie stanowcze o przyczynie zakażenia; badanie to doprowadzi go raczej do określenia istoty samego zakażenia, drogi, po której szło ono i okoliczności, wśród których powstało. Wiadomości te będzie on mógł dopełnić następnie przez wywiady, które zbierze u otoczenia zmarłej, jakoteż u lekarza lub akuszerki; dotyczyć zaś one będą przebiegu porodu, jakoteż rodzaju dezynfekcyi i sposobów przestrzegania jej przepisów przez tych ostatnich.

Według więc autora, powodem do dochodzenia sądowego w przypadkach zakażenia połogowego być winno prawie wyłącznie zejście śmiertelne. Dlatego też koniecznym się staje, by i te przypadki podlegały obdukcji sądowo-lekarskiej, w których, pomimo zupełnie prawidłowego przebiegu porodu, nastąpiło zakażenie śmiercią zakończone, a to w tym celu, by z jednej strony określić w danym przypadku właściwą przyczynę śmierci, z drugiej zaś by stosownie do wyników sekcyi dalsze dochodzenie poprowadzić. Z tych też samych powodów ściśle przestrzeganiem być winno przez lekarzy obowiązkowe zawiadamianie o każdym wydarzonym przypadku gorączki połogowej.

(*Wiener klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 7.*)

M. Zweigbaum.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie dnia 26 Stycznia 1892 r..

Kol. WRÓBLEWSKI przedstawił chorego, wieku lat 46, który zgłosił się do niego 7. IX. 1891 r. ze skargą na niemożność oddechania nosem. Nieżyty nosa chory miewał często i bardzo uporczywe, przed pół rokiem jednak dopiero zjawiła się stała przeszkoda przy oddechaniu nosem, która, stopniowo powiększając się, doprowadziła do zupełnej niedrożności obu nozdrzy. W Czerwcu r. z. wyjął mu kol. SOKOŁOWSKI kawałek polipa z nozdrza lewego, poczem jednak nie było żadnej poprawy.

W Sierpniu podczas silnego kaszlu wypadł choremu przez usta kawałek polipa wielkości fasoli. Frzy badaniu znalezione: oba nozdrza powietrza nie przepuszczają, w prawem błona śluzowa za-

czerwioniona i nieco obrzmiała, kanały jednak dosyć duże; z lewego nozdrza, znacznie zwężonego, widać w głębi kilka drobnych, napozór zwykłych śluzowych polipów, całkowicie wypełniających światło kanałów. Przy *rhinoscopia posterior* widać guz rozlany, płaski, składający się z masy drobnych polipów, podobnej do winogrona. Guz ten zakrywa zupełnie oba otwory tyłne nosa, większa część jego jest po stronie lewej, gdzie przechodzi i na strop gardzieli. Błona śluzowa gardzieli i krtani żadnych ważniejszych zmian nie przedstawia.

W płucach nieżył przewlekły obok rozedmy i nieznacznych zmian włóknistych w szczytach. Wr. wykonał operację przy pomocy kol. KLJEWSKIEGO. Usunięto główną masę guza ostremi kleszczykami, resztki zaś odpowiednimi ostremi łyżeczkami. Guz zagłębił się w kość, przeto tę, o ile możności, wyskrobano. Drożność nosa przywrócona zupełnie. Cała jama noso-gardzielowa została szczelnie wytamponowana gazą jodoformową. Zagojenie nastąpiło w ciągu dni 18 bez żadnych powikłań. Nowotwór wyjęty, miękki, łatwo rozrywający się na kawałki, składa się z drobnych ziarenek wielkości soczewicy, grochu, a nawet fasoli; kolor oddzielnych ziarenek różowy, przeświecający. Chory miał się zupełnie dobrze do końca Października. W Listopadzie wystąpił oddech utrudniony zwłaszcza w nozdrzu lewym. Wr. ponownie usunął część nowotworu kleszczami pod kontrolą lusterka z nozdrza tylnego lewego. Na stopie jeszcze regeneracji nie było.

W Grudniu i początkach Stycznia usuwał W. pętlicą, to zimną, to galwanokaustyczną, części nowotworu, poczem bywały jednak poprawy bardzo nieznaczne.

Obecnie stan nosa i jamy noso-gardzielowej jest taki sam jak podczas pierwszego badania; stan odżywiania chorego znacznie podupadł, gdyż, sypiać nie może, łaknienia nie ma. Biorąc na uwagę szybkie powroty cierpienia, utkanie guza, znaczne krwawienia podczas operacji, drażnienie jego w kości, szybkie postępujące wyniszczenie chorego, uważa W. nowotwór ten za złośliwy i uważa za konieczną interwencję chirurgiczną radykalną.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabrał głos prezes PRZEWOŚKI, który, badając kawałki nowotworu drobnowidzowo, uważa go za *adenoma* i porównywa z guzami spotykanymi na błonie śluzowej kiszek, nazwanymi przez KLEBS'a *adenoma destruens*.

SOKOŁOWSKI, SĘDZIAK i MAYZEL tak na zasadzie przebiegu klinicznego, jako też i badania drobnowidzowego również uważają sprawę za złośliwą. W kwestyi sposobów operowania owego guza przemawiali: KLJEWSKI, JAWDYŃSKI i prof. KOSIŃSKI.

Posiedzenie dnia 16. II. 1892 r..

Kol. HERYNG przedstawił chorą z *rhinoscleroma*. Choroba trwa od kilku lat, zaczęła się od nieżyty nosa i trudności oddechania przez nos.

Przy badaniu znaleziono podniebienie silnie zgrubiałe, nacieczone; nos skrzywiony i wypuklony w okolicy lewej kości nosowej, prawa dolna muszla zgrubiała. Na prawym łuku podniebienno-gardzielowym guziczek czerwony. W krtani na więzie bocznym guz wrzecionowaty, wielkości orzecha laskowego. H. wyjął muszlę przerosłą i, zbadawszy ją drobnowidzowo, przekonał się, że ma do czynienia z *rhinoscleroma*. Skutkiem zwiększającej się duszności wykonano tracheotomię. Następnie zaś za pomocą pętlicy i łyżeczki usunięto guz z krtani. Badanie drobnowidzowe tego guza również wykazało, że to *rhinoscleroma*. Krtani w dalszym ciągu rozszerzono metodą O'DWYER'a. Kol. HERYNG przeprowadził hodowlę z tego przypadku i te okazuje. W drugim przypadku *rhinoscleroma*, przedstawionym przez HERYNGA, nastąpiło zarośnięcie jednego przewodu nosowego.

Kol. KORZENIOWSKI przedstawił chorego, 20-letniego mężczyznę z dwustronnem zwichnięciem rzepki na zewnątrz, istniejącem od 10 roku życia.

Kol. WOLBERG mówił o przypadku jednoczesnego przebiegu szkarlatyny i ospy u tegoż samego dziecka: 7-letni chłopczyk z natury słabowity dostał szkarlatyny, po kilku dniach przy podwyższonej ciepłocie wystąpiły plamki i pęcherzyki ospowe na plecach, a następnie na tułowiu, kończynach, twarzy i szyi. Pomiedzy krostami ospowemi obfite duszczenie naskórka. Przypadek zakończył się wzdrowieniem, obie choroby nie pozostawiły następstw. Etiologia w danym przypadku jest zupełnie ciemna. Przypadki jednoczesnego przebiegu szkarlatyny i ospy należą do wielkich rzadkości.

W dyskusyi przyjmowali udział: MALINOWSKI, KRAMSZTYK J. i BRUNER MICHAŁ. MALINOWSKI przytoczył swoje spostrzeżenia, dotyczące jednoczesnego przebiegu dwóch ostrych wysypek.

- 1) Dziecko 3 letnie zachorowało na ospę, a po 20-tu dniach wystąpiła szkarlatyna z dyfterytem.
- 2) Dziecko 8-io letnie zapadło na szkarlatynę, po 15-tu dniach wystąpiła ospa.
- 3) 3 letnie dziecko zachorowało na odrę, a po 19 dniach na ospę.
- 4) 3½ letnie dziecko dwa razy przebyło odrę; 16. VI. odra, 7. VII. róża, 19. IX. odra, 22. IX. szkarlatyna, 7. X. ospa; przypadek ten zakończył się śmiercią.
- 5) 8-io letnie dziecko 26. II. przybyło do oddziału z odrą, 27. II. ospa, a 3. III. szkarlatyna z dyfterytem, śmierć 10-go dnia. Rozpoznanie jednocześnie występujących wysypek niekiedy jest niezmiernie trudne. Jeżeli szkarlatyna lub odra występują po ospie, to rozpoznanie jest nader uciążliwe, gdyż skóra po ospie jest brudna, należy wtedy zwracać uwagę na brzuch, gdyż u dzieci ospa na brzuchu pozostawia najmniej śladów. M. częściej spotykał w szpitalu jednocześnie występujące wysypki, gdy oddział dla wysypek był mieszany, obecnie spotyka się to rzadziej.

Posiedzenie dnia 1. III. 1892 r.

Prezes D-r PRZEWSKI odczytał obszerną pracę „O działalności naukowej VIRCHOW'a i jej znaczeniu dla medycyny“. Praca ta wydrukowaną będzie w odczytach klinicznych.

Kol. BIRO przedstawił hodowlę grzybków parcha, oraz chorych, którym grzybki szczepił. Na różnych glebach grzybek wygląda rozmaicie, co zależy od konsystencji gleby, składu chemicznego, ciepłoty i umiejscowienia hodowli w gruncie odżywczym. Bakteryjologiczne dane przemawiają za istnieniem jednego grzybka parcha. Kol. BIRO, uznając pasorzyt jako przyczynę choroby, zaszczepił grzybek na sobie, a później na 5 osobnikach. We wszystkich przypadkach na skórze po okresie wysypkowym ukazały się klasyczne tarczki, o najrozmaitszej formie i barwie. Z tarczyk tych zrobił preparaty drobnowidzowe i hodowle. Badania, przeprowadzone przez kol. BIRO, doprowadzają go do wniosków, że istnieje jeden grzybek, że jest on przyczyną odpowiedniej choroby, że ukazanie się tarczyk poprzedzonym zostaje okresem wypryskowym i że nie ma dostatecznej zasady do przypuszczenia odporności pewnych osób względem parcha.

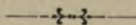
Posiedzenie dnia 14. III. 1892 r.

Kol. WRÓBLEWSKI demostrował chora, lat 34 mającą, u której podniebienie miękkie przyrosło całkowicie do tylnej ściany gardzieli. Zrost ten nastąpił skutkiem syfilisu. Zaczęła ona chorować na gardło w 12 roku życia; długotrwały ból gardła, owrzodzenia na podniebieniu i języczku, poczem odpadnięcie języczka. W 16 roku życia zupełnie przestała nosem oddychać. W chwili pierwszego badania chora skarżyła się na zupełną niemożność oddechania nosem, ciągłą suchość w gardle, a ztąd bezsenność, brak smaku i łaknienia, na częste zapalenie gardła, chrypkę i t. d.. Mowa jej bezdźwięczna, niewyraźna, kanały nosa obszerne, tak, że widać tylną ścianę jamy noso-gardzielowej, błona śluzowa biała pokryta obficie poprzysychaną wydzieliną. W gardzieli zupełny brak języczka i całego *veli palati*. Resztki podniebienia miękkiego przyrosnięte zupełnie do tylnej ściany gardzieli. Cała gardziel przedstawia się w postaci blizn białych, lśniących, bądź gwiazdowatych, bądź też w postaci wałków. Na miejscu podstawy języczka bardzo małe zagłębienie, przez które z trudnością daje się przeprowadzić najcieńszy chirurgiczny zgłębnik aż do jamy noso-gardzielowej, w której spotyka się ze zgłębnikiem przeprowadzonym przez nos. W krtani blizn nie widać. Pod strunami w przednim kącie jest zgrubienie, pokryte szaro-ciemnym śluzem.

29. IX. 1891 r. kol. KIJEWSKI przy pomocy kol. WRÓBLEWSKIEGO dokonał operacji. Pierwsze cięcie długości 1 ctm zostało poprowadzone w kierunku pionowym w linii środkowej na miejscu małego zagłębienia, o którym wyżej wspomniano. Potem wycięto po kawałku [między ligaturami] z bocznych bliznowych wałków, powstałych z górnych części łuków tylnych i idących równolegle po obu stronach zagłębienia. W dolnym odcinku wałka lewego trzeba było nałożyć głęboką ligaturę z powodu znacznego krwawienia tętnicy. Dalej poprowadzono cięcie poprzeczne w dolnej części pierwszego długości 1½ ctm. W powstały ztąd otwór wprowadzono kleszcze [do jamy noso-gardzielowej] i po dokonaniu *dilatation forcée* otrzymano otwór 15 kop. monety srebrnej. W celu utrzymania tego otworu wprowadzono w niego tampony z gazy jodoformowej [rurką BÉLOC'a].

W Październiku chora przebywała influencę, poczem *otitis media acuta suppurativa*. Na uszy leczył ją kol. SZUMLAŃSKI. W końcu Października wyjechała. Otwór został, choć zmniejszony. Mowa była znacznie utrudniona; oddechanie nosem dobre. W sześć tygodni jednak otwór ten zupełnie zarósł. W końcu Grudnia r. z. kol. KLJEWSKI wykonał powtórnie operację, poczem kol. LESZCZYŃSKI zastosował aparat składający się z blaszki przypasowanej do podniebienia, w otwór zaś pooperacyjny wchodzi rurka ze sztucznym języczkiem, który podczas łykania zakrywa rurkę i nie pozwala na przenikanie pokarmów do nosa. Chora oddecha nosem zupełnie dobrze, pozbyła się dawnej suchości w gardle; sen i łaknienie dobre, a mowa zupełnie prawidłowa, jak to stwierdziło wielu kolegów obecnych na posiedzeniu.

Wiadomości bieżące.



— Prof. KORCZYŃSKI zawiadamia, iż zjazd polskich internistów, jaki, w myśl uchwały powziętej na zeszłorocznym zjeździe w Krakowie, miał odbywać się corocznie w Krakowie, w roku bieżącym nie będzie miał miejsca.

— We Lwowie odbędzie się 30-go Kwietnia r. b. II zjazd lekarzy powiatowych galicyjskich.

— Liczba lekarzy w Niemczech wynosiła w 1891 r. 20,223 [w 1890 r. — 18,840]. Z tych na Prusy wypada 11,129 [w 1890 r. — 10,784], w samym Berlinie 1,615 [w 1890 r. — 1,412]; w Bawaryi 2,219 lekarzy i 2,346 „Wundärzte“; w Saksonii 2,616; w Wirtembergii 690 lekarzy i 305 „Wundärzte“; w Badeńskiem 608, w Hessyi 496; w Meklenburg-Szweryńskiem 225; w Hamburgu 376; w Alzacyi-Lotaryngii 577.

— Na prof. fizjologii do Rostoku po zmarłym prof. AUBERT powołano LANGENDORFF'a z Królewca.

— Prof. anatomii w Getyndze W. KRAUSE porzucił katedrę i zamieszkał w Berlinie, gdzie na zlecenie Towarzystwa anatomicznego zajął się ujednostajnieniem nomenklatury anatomicznej.

— Prof. LÖFFLER z Greifswald wyjechał do Grecyi, wskutek zaproszenia tamtejszego rządu, aby zużytkować wykrytego przezeń *bacillus typhi murium* dla wyniszczenia grasującej tam mysiej plagi.

— Prof. RUMPF z Marburga został dyrektorem powszechnego szpitala w Hamburgu.

— W Paryżu odbyć się ma wkrótce kongres higieny robotników.

— W Medyjołanie w Maju r. b. odbędzie się międzynarodowa wystawa Lekarsko-higieniczna.

— Towarzystwo dla rozpowszechnienia palenia trupów podało petycję do francuzkiego ministra wojny, FREYCINET'a, w której wypowiada życzenia, aby trupy zabitych żołnierzy na wojnie były bezpośrednio palone, przez co zdrowotność zyskałaby.

— W Filadelfii otwarto Instytut higieniczny, którego dyrektorem został I. S. BILLINGS.

— D-r CHODOŃSKY, docent prywatny balneologii, farmakologii i toksykologii na uniwersytecie czeskim w Pradze, został mianowany prof. nadzwyczajnym.

— We Włoszech zawiązało się Towarzystwo ortopedyi i odbyło w połowie Kwietnia r. b. pierwsze roczne zebranie w Medyjołanie.

— W Wiedniu obchodzi w b. m. prof. BILLROTH 40-letni jubileusz doktorski, a 25-letni profesorski.

Zmarli: w Kielcach inspektor lekarski gubernijalny, D-r MICHNIEWICZ; w Londynie BOWMAN; w Kijowie b. prof. chirurgii, KARAWAJEW.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава. 9 Апрелья 1892 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.