

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. Rejehman. Badania nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim, dokonane w celach klinicznych (Dokończenie). — II. L. Nencki. Projekt przepisów żywienia w szpitalach warszawskich (Dokończenie). — J. Polak. Międzynarodowa wystawa higieniczna w Londynie (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 78. A. Cohn. O leczeniu zamknięcia kiszki za pomocą przemywań żołądka. — 76. Marfan. O rokowaniu w niezycie oskrzeli u garbatych. — Kilka słów o działalności Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego, za czas od 1 Lipca 1883 do 1 Lipca 1884 roku. — Wiadomości bieżące. — Od wydawcy. — Dodatki. — Ogłoszenia.

I. BADANIA NAD TRAWIENIEM MLEKA W ŻOŁĄDKU LUDZKIM,

dokonane w celach klinicznych

przez

Mikołaja Rejehmana.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 50).

B) Mleko gotowane.

Mleko gotowane, służące do doświadczeń, było niezberane, słabo kwaśne; stopień kwaśności wynosił 0,05%—0,09%, ciepłota zaś 16,2° C.—26,2° C.. Po wypiciu przez osobnika **300 ctm. sześciennych** takiego mleka, w zawartości żołądka spostrzegano następujące zmiany:

Po upływie pięciu minut od chwili wypicia mleka, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn zielonkawy, zawierający grube skrzepy sernika, albo też jako płyn mleczno biały, zawierający nadzwyczaj liczne drobniutkie skrzepy sernika; odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności (z dwóch doświadczeń) wynosił 0,08%; w jednym doświadczeniu stopień kwaśności był ten sam co wypitego mleka, w drugim nieco się zwiększył. Kwaśność zależała wyłącznie od kwasu mlecznego. W jednym doświadczeniu znaleziono w zawartości żołądka dość znaczną ilość peptonu.

W 15 minut od początku doświadczenia, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn zielonkawy, gęsty, prawie jednostajny (co zależało od tego, iż skrzepy sernika były nadzwyczaj delikatne, widoczne tylko na ścianach szklanego naczynia); odczyn kwaśny; stopień kwaśności wynosił 0,16%; kwaśność zależała wyłącznie od kwasu mlecznego; ilość peptonu znaczna.

Po trzydziesto-minutowem przebywaniu mleka w żołądku, zawartość tego ostatniego przedstawiała się jako płyn zielonkawy, gęsty, jednostajny, kwaśny; stopień kwaśności równał się 0,19%; kwaśność zależała wyłącznie od kwasu mlecznego; w płynie tym wykazać było można znaczne ilości peptonu.

Po czterdziestu pięciu minutach, płyn wydobyty z żołądka był rzadki, zielonkawy, jednostajny (skrzepy sernika były nadzwyczaj delikatne), kwaśny, średni stopień kwaśności z dwóch doświadczeń wynosił 0,28%; w jednym doświadczeniu znaleziono w zawartości żołądka tylko ślady kwasu solnego, w drugim odczyn na takowy wystąpił wyraźnie; obecność kwasu mlecznego z łatwością wykryć można było, ilość peptonu była znaczną.

W godzinę po wypiciu mleka, wydobyty z żołądka płyn miał ten sam wygląd co poprzedni, odczyn był kwaśny; stopień kwaśności wynosił 0,28%; kwaśność zależała zarówno od kwasu mlecznego jak i solnego, peptonu było dużo.

We dwie godziny po wypiciu mleka, w mętnej i zielonkawej zawartości żołądka można było dojrzeć nieliczne tylko i bardzo delikatne skrzepy sernika; stopień kwaśności wynosił 0,27%; odczyn zarówno na kwas mleczny jak i solny wyraźnie występował; ilość peptonu była jeszcze dość znaczną.

Po upływie dwóch godzin i trzydziestu minut od chwili rozpoczęcia doświadczenia, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn rzadki, śluzowy, zielonkawy, lekko opalizujący, nie zawierający skrzepów sernika; odczyn kwaśny zależy zarówno od kwasu mlecznego jak i solnego. Stopień kwaśności wynosił 0,20%; peptonu znaleziono tylko ślady.

Po upływie trzech godzin, żołądek był już pustym; wprowadzona woda została wyciągniętą w stanie zupełnie czystym.

W trzydzieści minut po wypiciu **100 ctm. sześć.** gotowanego mleka, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn mętny, zielonkawy, zawierający liczne, drobnutkie skrzepy sernika; odczyn tego płynu był kwaśny; stopień kwaśności wynosił 0,29%; można w płynie było wykryć obecność zarówno kwasu mlecznego jak i solnego; ilość peptonu była znaczną.

Po upływie godziny, fizyczne i chemiczne cechy zawartości żołądka były takie same jak poprzedniej, znacznie tylko mniej było w niej peptonu.

Płyn wydobyty z żołądka po godzinie i trzydziestu minutach był zielonkawy, wodnisty, nie zawierał skrzepów sernika, posiadał odczyn kwaśny, o stopniu kwaśności 0,25%; kwaśność zależała w części od kwasu mlecznego, a w części od kwasu solnego; peptonu tylko ślady wykazać się dawały.

We dwie godziny od chwili wypicia mleka, zawartość żołądka przedstawiała się tak jak poprzednia, tylko stopień kwaśności był mniejszy, mianowicie 0,18%.

Po upływie dwóch godzin i trzydziestu minut, żołądek okazał się pustym, wprowadzona doń i wydobyta zeń woda okazała się czystą, niezabarwioną.

W trzydzieści minut po wypiciu **25 ctm. sześć.** gotowanego mleka, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn mętny zielonkawy, który zawierał nieliczne tylko i drobnutkie skrzepy sernika; odczyn tego płynu był kwaśny, stopień kwaśności wynosił 0,27%, wykazać w nim można było nie tylko kwas mleczny ale i solny, jakoteż znaczną ilość peptonu.

Po upływie czterdziestu pięciu minut, zawartość żołądka nie zawierała już skrzepów sernika i przedstawiała się jako płyn wodnisto-śluzowy, zielonkawy, kwaśny, który to odczyn zależał od obecności kwasu mlecznego i solnego; stopień kwaśności wynosił 0,25%; ilość peptonu była już mniejszą.

W godzinę i piętnaście minut od chwili wypicia mleka, zawartość żołądka podobną była do powyższej; odczyn był kwaśny, obecność kwasu mlecznego i solnego była wyraźną; peptonu tylko małe ślady wykazać było można.

Po upływie godziny i trzydziestu minut, badanie zawartości żołądka dało ten sam wynik co w poprzednim doświadczeniu.

Po upływie dwóch godzin, żołądek okazał się pustym, woda służąca do przepłukania go pozostała bezbarwną i przezroczystą.

Wszystkich doświadczeń z gotowaniem mlekiem wykonałem 20. Są one dokładnie przedstawione na następującej tablicy.

Nr. doświadczenia.	Ilość w ctm. sześcienn.	Ciepłota wzdług Cels.	Odczyn ewentualnie stop. kwasności.	Czas po upływie którego wydobyciu zawartość z żołądka.	Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewentualnie stop. kwasności.	Średni stopień kwasności.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylfioletu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropaeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmanna.	Ilość peptonu	Ilość para-peptonu.
XXXV	300	22,5 ^o	kwaś. 0,08%	g. m. — 5	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, zawierającego grube skrzepy sernika.	kwaś. 0,12%	} 0,08%	—	—	wyraź	dość znacz.	znacz.
XXXVI	300	22,5 ^o	kwaś. 0,05%	— 5	100 ctm. sześć. płynu biało-mlecznego, na powietrzu nie krzepnącego, zawierającego nadzwyczaj delikatne skrzepy sernika.	kwaś. 0,05%		—	—	wyraź.	—	ślady
XXXVII	300	18,5 ^o	kwaś. 0,06%	— 15	100 ctm. sześć. płynu gęstego, zielon., prawie jednostajnego (nadzwyczaj drobne skrzepy sernika).	kwaś. 0,16%	—	—	—	wyraź.	znacz.	niezn.
XXXVIII	300	26,2 ^o	kwaś. 0,07%	— 30	80 ctm. sześć. płynu zielonkawego, gęstego, jednostajnego.	kwaś. 0,19%	—	—	—	wyraź.	znacz.	niezn.
XXXIX	300	26,2 ^o	kwaś 0,07%	— 45	150 ctm. sześć. płynu rzadkiego, jednostajnego, zielonkawego.	kwaś. 0,25%	} 0,28%	—	—	slaby wyraż.	znacz.	niezn.
XL	300	25,0 ^o	kwaś. 0,05%	— 45	30 ctm. sześć. płynu jednostajnego, białawego z zielonawym odcieniem.	kwaś. 0,31%		—	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.
XLI	300	18,5 ^o	kwaś. 0,06%	1 —	100 et. sześć. płynu zielonkawego, gęstszego, jednostajnego.	kwaś. 0,28%	—	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	niezn.

Nr. doświadczenia.	Ilość w ctm. sześcienn.	Ciepłota wewnątrz Cels.	Odczyn ewentualnie stopkwaśności.	Czas po upływie którego wydobyto zawartość z żołądka.		Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewentualnie stopkwaśności.	Średni stopyć kwaśności.	Odczyn na kwas solny za pomocą metyllolektu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość para-peptonu.
				g.	m.								
XLII	300	17,5 ^o	kwaś. 0,07%	2	—	40 ctm. sześć. płynu zielonkawego, mętnego, zawierającego nieliczne drobniutkie skrzepy sernika.	kwaś. 0,27%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	d. zn.	ślady
XLIII	300	20,0 ^o	kwaś. 0,05%	2	30	30 ctm. sześć. płynu rzadkiego, śluzowego, opalizującego, słabo zielonkawego.	kwaś. 0,20%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	ślady	—
XLIV	300	18,5 ^o	kwaś. 0,00%	3	—	Żołądek okazał się pustym; wprowadzona i wydobyta woda okazała się czystą.	—	—	—	—	—	—	—
XLV	100	20,0 ^o	kwaś. 0,09%	—	30	45 ctm. sześć. płynu zielonkawego, mętnego, zawierającego liczne drobniutkie skrzepy sernika.	kwaś. 0,29%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znacz.	niezn.
XLVI	100	16,2 ^o	kwaś. 0,09%	1	5	25 ctm. sześć. płynu zielonkawego, mętnego, zawierającego nieliczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,22%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	niezn.	niezn.
XLVII	100	23,7 ^o	kwaś. 0,06%	1	30	30 ctm. sześć. płynu zielonkawego, wodnistego, niezawierającego sernika, lecz małe skrzepy śluzu.	kwaś. 0,25%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	ślady	niezn.
XLVIII	100	17,5 ^o	kwaś. 0,07%	2	—	25 ctm. sześć. płynu zielonkawego, wodnisto-śluzowego.	kwaś. 0,18%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	ślady	niezn.
XLIX	100	20,0 ^o	kwaś. 0,07%	2	30	Żołądek okazał się pustym; wprowadzona i wydobyta woda okazała się czystą.	—	—	—	—	—	—	—
L	25	20,0 ^o	kwaś. 0,09%	—	30	28 ctm. sześć. płynu zielonkawego, mętnego, zawierającego nieliczne drobniutkie skrzepy sernika.	kwaś. 0,27%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znacz.	mała.

Nr. doświadczenia.	Ilość w ctm. sześcienn.	Ciepłota według Cels.	Odczyn ewentualnie stop. kwasności.	Czas po upływie którego wydobyto zawartość z żołądka.	Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewentualnie stop. kwasności.	Średni stopień kwasności.	Odczyn na kwas solny za pomocą metyljoletu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropołbny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość para-peptonu.
				g. m.								
LI	25	23,7 ^o	kwaśny 0,07%	45	25 ctm. sześć. płynu wodnisto-śluzowego, zielonkawego, bez skrzepów sernika.	kwaś. 0,25%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	niezn.	ślady
LII	25	18,5 ^o	kwaś. 0,08%	1 15	6 ctm. sześć. płynu wodnisto-śluzowego, zielonkawego, bez skrzepów sernika.	kwaś.	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	małe ślady	ślady
LIII	25	22,5 ^o	kwaś. 0,08%	1 30	5 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, bez skrzepów sernika.	kwaś.	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	małe ślady	—
LIV	25	17,5 ^o	kwaś. 0,06%	2 —	Żołądek okazał się pustym, wprowadzona i wydobyta woda okazała się czystą.	—	—	—	—	—	—	—

Powyższe doświadczenia upoważniają nas do wyprowadzenia następujących wniosków:

1) Po wypiciu 300 ctm. sześć. mleka gotowanego, kwaśna zawartość znika z żołądka po upływie trzech godzin.

2) Właściwe trawienie tych 300 ctm. sześć. gotowanego mleka odbywa się w ciągu 2 godzin i 30 minut.

3) Co do przyrody kwasów zawartości żołądka, co do stopnia jej kwasności, co do zmian tego stopnia kwasności, zależnie od chwili trawienia i co do czasu, w którym kwas solny wykazać się daje, nie znajdujemy wydatnych różnic przy trawieniu żołądkowym 300 ctm. sześć. surowego mleka, lub takiejże ilości mleka gotowanego.

4) Przy trawieniu mleka gotowanego, energiczniejsza peptonizacja wcześniej się rozpoczyna.

5) Skrzepy sernika przy trawieniu mleka gotowanego są daleko delikatniejsze, niż przy trawieniu mleka surowego.

6) Właściwe trawienie, jakoteż znikanie z żołądka kwaśnej zawartości prędzej się odbywa przy trawieniu żołądkowym mleka gotowanego niż surowego.

7) Po wypiciu 100 ctm. sześć. gotowanego mleka, kwaśna zawartość znika z żołądka po upływie 2 godzin i 30 minut.

8) Właściwe trawienie tych 100 ctm. sześć. gotowanego mleka odbywa się w ciągu godziny i 30 minut.

9) Po wypiciu 25 ctm. sześć. gotowanego mleka, zawartość kwaśna znika z żołądka po upływie dwóch godzin.

10) Właściwe trawienie tych 25 ctm. sześć. gotowanego mleka odbywa się w ciągu 45 minut.

11) Po wypicju mniejszych ilości mleka, kwas solny w zawartości żołądka daleko wcześniej, za pomocą zwykle używanych odczynników, wykazać się daje ¹⁾).

C) Mleko zalkalizowane.

Do pierwszego doświadczenia użyto mleka surowego, do innych zaś gotowanego. Ciepłota mleka wynosiła od 17,5° — 25° C..

Pierwsze doświadczenie wykonałem z 300 ctm. sześć. mleka surowego. Ponieważ najwyższy stopień kwaśności przy trawieniu żołądkowym tej ilości surowego mleka wynosi 0,34%, przeto przyjąwszy, że przez cały czas trwania trawienia znajduje się w żołądku 300 ctm. sześć. płynu i że takowy przez ten czas jest stale zakwaszony w stosunku 0,34%, należałoby, dla zalkalizowania tego płynu, dodać do niego nieco więcej nad 1,00 wodanu tlenu sodu (sody), czyli około 2,00—2,50 dwuwęglanu sodu. Uwzględniając tę okoliczność, że część dwuwęglanu sodu zostanie wchłoniętą, dodałem do mleka odrazu 5,00 tej soli.

W godzinę i 30 minut po wypicju przez osobnika do doświadczeń służącego tak zalkalizowanego mleka, wydobylem zawartość żołądka. Przedstawiała się ona jako płyn zielonkawy, zawierający liczne drobne skrzepy sernika; odczyn miała kwaśny; stopień kwaśności wynosił 0,29%; kwas solny i mleczny wyraźnie wykryć się dawały; ilość peptonu była bardzo małą, co przemawia za tem, że zakwaszenie zawartości żołądkowej nastąpiło niezadługo przed chwilą jej wydobycia.

W drugim doświadczeniu dodałem do 100 ctm. sześciennych mleka 0,60 dwuwęglanu sodu, następnie co 15 minut osobnik połykał 0,60 tejże soli

¹⁾ Ten ostatni fakt przemawia za tem, że po wprowadzeniu do żołądka pokarmów, *resp.* mleka, wydzielanie kwasu solnego bardzo prędko się rozpoczyna i trwa ciągle dopóty, dopóki kwaśność zawartości żołądkowej nie osiągnie pewnego stopnia. Jeżeli w żołądku więcej płynu się znajduje, to wydzielany kwas solny bardziej się rozcieńcza i z tego powodu obecność jego nie można z początku wykazać za pomocą zwykle używanych odczynników, które kwas ten wykrywają tylko przy pewnym stopniu stężenia, co mianowicie następuje dopiero po upływie mniej lub więcej długiego czasu (zależnie od ilości płynu do żołądka wprowadzonego), gdy zbierze się w zawartości żołądkowej odpowiednia ilość kwasu solnego. Jeżeli zaś mniejsza ilość płynu znajduje się w żołądku, to samo się przez się rozumie, że wydzielany kwas solny nie tak się rozcieńcza, że więc wcześniej za pomocą odczynników może być wykazany.

Fakt ten tłómaczy nam także, dla czego jedni badacze znajdowali kwas solny w zawartości żołądkowej wcześniej, a inni dopiero później. Oczywiście powodem tego mogła być okoliczność, iż jedni badali przebieg sprawy trawienia żołądkowego małej ilości pokarmu, a inni większej, jedni używali tylko pokarmu stałego, a inni prócz tego ostatniego wprowadzali też do żołądka i płyny. (Pomijam tutaj wzgląd na jakość i odczyn pokarmów, co także ma niezawodnie wpływ na czas w którym obecność kwasu solnego zwykłemi odczynnikami w zawartości żołądka wykazać można).

w roztworze wodnym (w dwóch łyżeczkach przekroplonej wody); ostatnią dawkę połknął na 15 minut przed wydobyciem zawartości z żołądka, co wykonano w godzinę i trzydzieści minut od początku doświadczenia. Ogółem do żołądka wprowadzono 3,60 dwuwęglanu sodu. Wydobyta zawartość przedstawiała się jako płyn wodnisty, zielonkawy, niezawierający skrzepów sernika; odczyn tego płynu był kwaśny; stopień kwasności wynosił 0,20%; wykazać się w nim dawała obecność kwasów solnego i mlecznego, jakoteż ślady peptonu.

W trzecim doświadczeniu osobnik połknął w opłatku 1,00 dwuwęglanu sodu bezpośrednio przed wypiciem 100 ctm. sześć. mleka, następnie co 20 minut przyjmował również w opłatku po 1,00 tej soli; ostatnią dawkę przyjął na 15 minut przed wyciągnięciem zawartości z żołądka, co wykonałem w godzinę i trzydzieści minut od początku doświadczenia. Ogółem do żołądka wprowadzono 5,00 dwuwęglanu sodu. Wydobyta zawartość przedstawiała się jako płyn wodnisty, żółty, zawierający kilka grubych skrzepów sernika, o odczynie ługowym. Płyn ten zawierał małą ilość peptonu, co jest wskazówką, że w pewnych chwilach musiała się odbywać peptonizacja, a więc i zakwaszenie płynu, w żołądku się znajdujacego.

W czwartym doświadczeniu dodałem do 100 ctm. sześć. mleka 1,00 dwuwęglanu sodu; mieszaninę tę osobnik wypił i następnie co kwadrans przyjmował w opłatku po 1,00 tej soli sodowej, ostatnią dawkę przyjął na kwadrans przed wyciągnięciem z żołądka zawartości. Razem do żołądka wprowadzono 5,00 dwuwęglanu sodu. W godzinę i piętnaście minut od chwili wypicia mleka, wyciągnięto z żołądka płyn żółtawy, wodnisto-śluzowy o odczynie obojętnym.

W piątym doświadczeniu dodałem do 100 ctm. sześć. mleka 1,00 dwuwęglanu sodu, następnie po wypiciu tego mleka dawałem osobnikowi co kwadrans po 1,00 tej soli; ostatnią dawkę dałem na 30 minut przed badaniem zawartości żołądka. Ogółem połknął on 7,00. We dwie godziny od chwili wypicia mleka, wydobyta z żołądka zawartość przedstawiała się jako płyn zielonkawy, śluzowy, nie zawierający skrzepów sernika; odczyn był słabo kwaśnym.

Nakoniec w szóstym doświadczeniu osobnik wypił 100 ctm. sześć. mleka zawierającego 1,00 dwuwęglanu sodu, następnie co 15 minut połykał on w opłatku po 1,00 tej soli; cała ilość wprowadzonego do żołądka dwuwęglanu sodu wynosiła 8,00. We dwie godziny od początku doświadczenia, a w piętnaście minut po przyjęciu ostatniego proszku, można było z żołądka wydobyć tylko 3 ctm. sześć. wodnisteo, przezroczystego i bezbarwnego płynu, przedstawiającego odczyn ługowy. Wprowadzona do żołądka i wyciągnięta zaraz z niego woda okazała się zupełnie czystą.

Wszystkie te doświadczenia są szczegółowo przedstawione na następującej tablicy:

Nr. doświadczenia.	Ilość mleka	Ciepłota w ciągu Cels.	Ilość i przestanki w jakich wprowadzano do żołądka dwuwęglan sodu.	Ogólna ilość wprowadzonego do żołądka dwuwęglanu sodu.	Czas po upływie którego wydobyto zawartość z żołądka.	Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylfioletu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropaeolinu.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Obecność ew. ilości peptonu.
LV	300 (surowe)	18,5°	Do całej ilości mleka dodano od razu 5,0.	5,0	1 30	80 ctm. sześć. płynu zielonkawego, zawierającego liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,29%	wyraż.	wyraż.	wyraż.	b. mała
LVI	100	21,0°	Do mleka dodano 0,6—następnie co 15 minut 0,6; ostatnia dawka na 15 m. przed badaniem.	3,6	1 30	20 ctm. sześć. płynu wodnistego, zielonkawego, niezawierającego skrzepów sernika.	kwaś. 0,20%	wyraż.	wyraż.	wyraż.	małe ślady
LVII	100	25,0°	Bezpośrednio przed wypiciem mleka 1,0, następnie co 20 min. po 1,0; ostatnia dawka na 15 minut przed badaniem.	5,0	1 30	60 ctm. sześć. płynu żółtego, wodnistego, zawierającego kilka grubych skrzepów sernika.	ługowy	—	—	—	mała
LVIII	100	20,0°	Do mleka dodano 1,0; następnie co kwadrans po 1,0; ostatnia dawka na 15 minut przed badaniem.	5,0	1 15	25 ctm. sześć. płynu żółtawego, wodnisto-śluzowego.	obojętny	—	—	—	—
LIX	100	17,5°	Do mleka dodano 1,0; następnie co 15 m. 1,0; ostatnia dawka na 30 minut przed badaniem.	7,0	2 —	Można było wydobyć tylko 1 ctm. sz. płynu zielonkawego, śluzowego, nie zawierającego skrzepów sernika.	słabo kwaś.	—	słaby	—	—
LX	100	17,5°	Do mleka dodano 1,0; następnie co 15 m. 1,0; ostatnia dawka na 15 minut przed badaniem.	8,0	2 —	Można było wydobyć tylko 3 ctm. sześć. płynu przezroczystego bezbarwnego, wodnistego, zawierającego kilka strzępów białego śluzu. Wprowadzona i wydobyta woda okazała się czystą.	ługowy	—	—	—	—

Wyniki powyższych doświadczeń upoważniają nas do wyprowadzenia następujących wniosków:

1) Za pomocą alkalizacji można usunąć mleko, wprowadzone do żołądka, z pod peptonizującego działania soku żołądkowego.

2) Dla osiągnięcia tego, należy przed wypiciem, do 100 ctm. sześciennych gotowanego mleka dodać 1,00 dwuwęglanu sodu i następnie po wypiciu mleka sól tę w ilości 1,00 podawać co kwadrans, przez 7 kwadransów, czyli razem 8,00.

3) Po upływie dwóch godzin, zalkalizowane w powyższy sposób 100 ctm. sześć. mleka opuszcza w zupełności żołądek.

4) Pomimo zalkalizowania, znajdujące się w żołądku mleko krzepnie pod wpływem soku żołądkowego (*Labferment*).

II. PROJEKT PRZEPISÓW, ŻYWIENIA W SZPITALACH WARSZAWSKICH

Podał

Leon Nencki,

lekarz - chemik szpitali warszawskich.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 10).

Że chorzy, szczególnie gorączkowi, pomieszczeni w szpitalach naszych, otrzymują niedostateczne pożywienie, dziwić nas to niepowinno, ten sam bowiem błąd ujmowania chorym gorączkowym pokarmu popełniali najznakomitsi współcześni klinicyści, jak Senator, Libermmeister, Buss, Jaccoud, Uffelmann i t. p.

Przyjmując według obliczenia Danilewskiego ¹⁾, iż:

jeden gram tłuszczu wytwarza w ustroju	9,7	jednostek ciepłika
jeden gram dekstrozy	3,94	„ „
a jeden gram białka	4,82	„ „

i że dorosły człowiek potrzebuje wytworzyć od 1800 do 2500 jednostek ciepłika, to obliczając zalecane przez wyżej przytoczonych klinicystów pożywienie na ilość jednostek wytworzonego przez ustrój ciepłika, wypada, że podług zalecanej dla chorych gorączkowych diety przez Senator'a ustrój wyrabiać może tylko 400 jednostek ciepłika, podług Liebermeister'a tylko 400—500, Uffelmann'a od 370 — 560, Jaccoud'a 300 — 400, a na drugiej lekarskiej klinice w Monachium, ilość podawanego pożywienia odpowiada wytworzeniu się 380 jednostek ciepłika. Natomiast Buss, Jürgensen zalecają chorym gorączkującym pożywienie, które wytwarza od 2000 do 3000 jednostek ciepłika.

¹⁾ Experimentelle Beiträge zur Frage der Ernährung fiebernder Kranken von D-r H. v. Hoesslin. Archiv f. Path. u. Physiologie redigirt von R. Virchow. 1882, str. 93.

№	Nazwa Poreyi.	Ilość pokarmów jaka ma być wydana.	Skład fizjologiczny pokarmów.			Stosunek składników fizjologicznych.	Cena	UWAGI.
			Białko.	Tłuszcz.	Węglowodany.			
A. Porecja cała.								
1	Chleb	300, gr.	18,00	1,5	148,5		2,556	Przyjmując że na 10 chorych wydanych będzie: 4 całych pore. 4 1/2 poreyi. 1 1/4 poreyi. 1 słaba porecja, wypadnie przeciętny koszt utrzymania jednego chorego 19,704 kop. dziennie.
	Herbata	250,17	0,00	0	14,3		1,452	
	Mleko	250	8,50	9,0	12,0		1,380	
	Krupnik	500,254	23,80	5,0	70,0	116,75	3,868	
	Pieczeń wołowa	247	42,00	27,75	10,0	$70,25 \times 1,75 + 303 =$	10,009	
	Groch tarty	133,5	23,20	27,1	53,2		3,062	
	Piwo	250	1,25	0	0		2,400	
			116,75	70,25	308,0	$= 1 : 3,7$	24,727	
2	Chleb	300	18,0	1,5	148,5		2,556	
	Kasza	500,103,5	6,85	17,55	68,4		1,740	
	Mleko	250	8,5	9,0	12,0		1,380	
	Kapuśniak	500,304	20,8	4,4	10,0	113,20	3,109	
	Pieczeń barania	223,55	34,1	28,65	7	$66,90 \times 1,75 + 288,9 =$	8,895	
	Fasola	106,7	23,65	5,8	50,0		1,234	
	Piwo	250	1,25				2,400	
			113,20	66,90	288,9	$= 1 : 3,7$	21,314	
B. 1/2 Poreyi.								
3	Bułka	200	14,0	1,0	110,4		2,500	
	Mleko	250	8,5	9,0	12,0		1,380	
	Herbata	250,17	0	0	14,3		1,452	
	Bulion	250,235	0,75	0,15	1,4	7,32	2,964	
	Kotlet cielęcy	266,25	43,15	28,6	11,2	$55,65 \times 1,75 + 209,3 =$	13,047	
	Kaszka drobna	103,5	6,8	16,9	60,0		2,660	
			73,2	55,65	209,3	$= 1 : 4,1$	24,003	
4	Bułka	200	14,0	1,0	110,4		2,500	
	Herbata	250,17	0	0	14,3		1,452	
	Kasza	500,103,5	6,85	17,55	68,4		1,740	
	Pieczeń barania	223,55	34,15	28,65	0	75,8	8,895	
	Kartofle	215,25	4,0	8,15	41,25	$60,55 \times 1,75 + 235,35 =$	1,065	
	Barszcz	509,327,5	16,8	5,2	1,00		3,228	
			75,8	60,55	235,35	$= : 4,4$	18,880	
C. 1/4 Poreyi.								
5	Sucharki	60	4,2	0,3	33,10		3,000	
	Herbata	250,17	0,0	0,0	14,3		1,452	
	Herbata	250,17	0,0	0,0	14,3		1,452	
	Bulion	250,23,5	0,75	0,15	1,4	24,7	2,964	
	Kaszka pszenna	83,5	7,25	16,8	45,6	$29,25 \times 1,75 + 108,7 =$	3,997	
	Jajka	100	12,5	12,0	0		3,320	
			24,7	29,25	108,7	$= 1 : 6,6$	16,185	
D. Porecja słaba.								
6	Herbata	250,17	0	0	14,3		1,452	
	Mleko	125	4,25	4,5	6,0		0,690	
	Kaszka	250,51,7	3,45	8,8	34,2	7,7	0,870	
			7,7	13,3	45,5	$13,3 \times 1,75 + 54,5 =$	3,012	

Otóż komisya, jak to już wyżej nadmieniliśmy dla ułatwienia lekarzowi zestawienia potraw, podała wzory gotowych kombinacyj dań, zachowując ilość i odpowiednie stosunki jakie zachodzić powinny między materjami białkowatemi, wodanami węgla i tłuszczem, w pomieszczonej na tablicy porcyi dla chorych a wziętych z 2 medycznej kliniki w Monachium.

Zestawiając ilość jednostek ciepłika w powyższych porcyjach wypada, iż tylko porcyja cała Nr. 1 i Nr. 2 oraz pół porcyi Nr. 3 i 4 zawiera dostęteczną ilość żądanych jednostek wytworzonego w ustroju ciepłika; $\frac{1}{4}$ porcyi i słaba nie zawiera potrzebnej ilości jednostek ciepłika. Uznając zatem ważność wniosków, jakie v. Hoesslin wyprowadził ze swoich mozolnych a ściśle naukowo przeprowadzonych głównie na chorych tyfusowych doświadczeń, wypada, iż chorym mającym gorączkę większą niż 40,5 C., silne rozwolnienie, oraz brak łaknienia, można zalecać porcyję słabą, chorym zaś gorączkującym przy ciepłocie 38 do 40,5 C. i mającym łaknienie, a zwłaszcza tym u których gorączka długo trwa i skutkiem czego waga ciała znacznie się zmniejszyła, zalecać należy $\frac{1}{2}$ porcyje a nawet porcyje całe.

MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA HYGIENICZNA W LONDYNIE

Podał

D-r J. P o l a k,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

Jakkolwiek przedmioty, sztuki lekarskiej dotyczące, nie weszły do pierwotnego założenia wystawy, wystawiono wszakże, jako część dodatkową do grupy mieszkań, urządzenie a m b u l a n s ó w.

W tym stosunkowo niewielkim dziale figuruje pewna ilość sprzętów szpitalnych oraz urządzenia całkowite paru nader ciekawych dla ogółu lekarskiego baraków.

Co się tyczy przedewszystkiem łóżek dla chorych, to zdaje się, że metalowe łóżka ze sprężynowemi materacami wkrótce będą jedynie używanemi w szpitalach. Oczywiście, że materace sprężynowe dogodniejsze są, a co najważniejsza mogą być utrzymywane łatwo w zupełnej czystości. Piernaty gumowe, napełnione powietrzem lub wodą, stanowią również ważny postęp w sztuce pielęgnowania chorych, a z liczby tego rodzaju pościeli zasługują na uwagę nader przydatne w wielu przypadkach materace gumowe z otworem pośrodku, od którego odchodzi ku dołowi przewód, przez który ściekają do kubła nieczystości. Pościel wynaleziona przez braci P o c o c k, składa się z szeregu oddzielnych cylindrów rozmaitej długości i średnicy, o ścianach wodotrwałych; z wałków tych układa się pościel rozmaitych rozmiarów stosownie do potrzeby; w ten sposób łatwo usunąć ucisk, jaki wywiera pościel na tę lub ową część ciała, a przytem pomiędzy walcami istnieje ciągły ruch powietrza. Inne łóżka zasługują na uwagę ze względu na łatwość zmiany bielizny bez bólu, przez unieruchomienie tych lub owych części

ciała, oraz przez zastosowanie ruchomej części głowowej, wreszcie istnieją łózka z przysposobieniami do jedzenia i czytania.

Stoły operacyjne podobnie uległy korzystnym modyfikacjom. Każda z trzech części stołu (głowa, środkowa i nożna) może być oddzielnie podnoszona na śrubach i w ten sposób stawiana być może w najdogodniejszej dla operującego pozycji; cały stół może być wydłużony lub skrócony; umocowane są też przy nim znajdujące się ze stołem w połączeniu stoliki ruchome do narzędzi.

Wagonów do przewożenia rannych znajduje się też pokaźna liczba, a mianowicie w oddziale belgijskim; są one dość lekkie i posiadają dwa piętra: niższe dla ciężko, i wyższe dla lekko rannych. Wagony nader łatwo mogą być dobrze oczyszczane i łatwo mogą być poddane dezynfekcyi, z powodu prostego urządzenia wewnętrznej i łatwego opróżnienia wagonu.

Z kąpeli leczniczych, oprócz wymienionych poprzednio, wypada wspomnieć o łaźni tureckiej *M a c c a l l a*. Jest to komórka przenośna, opalana gazem i opatrzona wentylatorami. Kąpiący się łatwo może sam regulować ciepłość za pomocą zegara gazowego, oraz może zamykać i otwierać dowolnie klapy otworów wentylacyjnych. Świetny i niezmiernie praktyczny pomysł przedstawia przenośna łaźnia (parowa lub powietrzna) *Allen'a* i synów, składająca się z szeregu sieci drucianych, któremi obstawia się chorego leżącego w łóżku, tak, iż tylko głowa pozostaje odkryta; na sieciach tych rozciąga się flanelę, posiadającą otwór przy końcu nożnym; w otwór wkłada się rurę, przez którą przepuszcza się powietrze gorące lub para. W podobny sposób urządza się kąpiel, gdy chory znajduje się w pozycji siedzącej.

W sekcji niemieckiej figurują gabinety małe oraz karety, pomysłu *Sadowa*, w których otwory wentylacyjne zasłonięte są aparatem filtracyjnym przepuszczającym tylko powietrze pozbawione kurzu, ewentualnie mikroorganizmów szkodliwych. Do aparatów filtracyjnych można dodawać środki dezynfekcyjne, wodór, roztwór soli kuchennej i t. p.

Najpiękniejszy okaz w grupie ambulansu przedstawia wystawa urzędu szpitalnego Londynu (*Metropolitan Asylums' Board*), a mianowicie modele, rysunki oraz niektóre szczegóły naturalnej wielkości, odnoszące się do szpitala *Ply w a j a c e g o* i do całej organizacji sanitarnej dla chorób epidemicznych w Londynie. Korzystając z ciekawej pracy *Barrington-Kennet'a* delegowanego prezesa stowarzyszenia „*St. Johns Ambulance Association*“, podajemy czytelnikom krótki opis tej organizacji — w istocie jednej z najciekawszych w tem mieście, które w ogólności na miano stolicy szpitali zasługuje.

W rozmaitych dzielnicach Londynu znajduje się sześć szpitali ospowych, z których trzy posiadają stacje ambulansowe, a w nich konie i karety ustawicznie gotowe do przewożenia chorych; wszystkie zaś te stacje połączone są telefonami z biurem centralnem, mieszczącym się w samym środku Londynu, przy ulicy „*Norfolk Street*“. Do tego biura komunikują o wszystkich przypadkach nowych. Przy każdej stacji znajduje się dozorca, urzędnik do telefonu, służba do pielęgnowania chorych i t. p.; żadna z tych osób nie ma wstępu do szpitala, i każda karetka odwożąca chorego do szpitala ulega oczyszczeniu i dezynfekcyi.

Ponieważ jednak idzie o to aby jak najmniej wypadków chorób zakaźnych koncentrowało się w mieście, przeto o ile tylko okoliczności pozwalają, chorzy przewożeni są do szpitala pływającego położonego na Tamizie w odległości dwudziestu kilku wiorst od środka miasta, oraz do obozu rekonwalescentów o kilka wiorst od tego szpitala położonego.

Chory więc z domu zawieziony zostaje w karecie ambulansowej, albo do któregośkolwiek szpitala dla chorób zakaźnych, albo też wprost do któregośkolwiek z portów Tamizy. W tym ostatnim przypadku jeden z regularnie kursujących parostatków ambulansowych odwozi chorego, zależnie od decyzji zawsze obecnego

tu lekarza, albo wprost do szpitala pływającego, albo jeżeli chory ma być do obozu rekonwalescentów odesłany, do portu zwanego *Long Reach*, ztąd już jedna z karetek, tu ustawicznie się znajdujących, dowozi chorego do miejsca przeznaczenia.

Karet ogółem na stacjach ambulansowych znajduje się trzydzieści ośm; z tych niektóre małe przeznaczone do odwożenia chorych z domu do szpitali lub do portów, inne zaś wielkie—na 5—6 chorych (wraz z dozorcą) — dla odwożenia chorych ze szpitali do portów. Wentylacja karek jest nader energiczna i odbywa się tylko od góry, z boków zaś są wagony zamknięte (dla uniknięcia ewentualnego zarażenia przechodniów), wewnątrz karety ściany są gładko polewane i wybornie zmywać się dają. Z czterech parostatków ambulansowych dwa przeznaczone są tylko do odwożenia chorych do szpitala lub obozu, dwa zaś inne nadto przywożą rekonwalescentów z powrotem. Wszystkie statki mogą pomieścić przeszło 500 chorych; wielkość ich jest następująca:

„*Red Cross*“ = $105 \times 16.5 \times 6.5$ stóp, nowy statek jeszcze nie skończony = $132 \times 16.5 \times 7.5$; „*Albert Victor*“ = $129 \times 17\frac{1}{2} \times 7$; „*Marguerite*“ = $73 \times 10 \times 6.5$.

Przeciąg czasu, potrzebny do przeniesienia chorych z domu lub ze szpitala do portu, wynosi przecięciowo około godziny; podróż zaś wodą trwa godzinę lub półtorej godziny; chorzy czują się podczas podróży bardzo dobrze i nie męczą ich takowa weale.

Szpital pływający składa się z trzech okrętów. Okręt oddany do użytku przez Admiralicję i znany pod nazwą „*Atlas*“ posiada 270 stóp długości i 40 stóp szerokości, zawiera trzy długie sale i ogółem mieści 150—200 chorych. Rozszerzono w nim okna, a we środku okrętu zrobiono otwór w obu pokładach, mający 24 stopy długości i 11.5 stóp szerokości, a przeznaczony do wentylacji, tem niezbędniejszej, że sale są niskie.

Drugi okręt „*Endymion*“ jest to fregata również przez Admiralicję pożyczona i mająca 253 stóp długości; mieści się tu administracja szpitala, kuchnie, pokoje dla służby.

Statek „*Castalia*“ wreszcie zbudowany jest z żelaza i posiada 285 stóp długości i przeszło 60 stóp szerokości; na górnym pokładzie zbudowano dwie większe (50×25 stóp) i trzy mniejsze (50×68) sale; dolny zaś pokład rozdzielony jest na pięć sal, z których dwie końcowe mają postać półkolistą z promieniem około 30 stóp wynoszącym; wielkość trzech pozostałych sal wynosi 60×30 (a w jednej 60×35). Okręt ten może mieścić podobnie jak „*Atlas*“ 150—200 chorych. Administrację składa około 130 osób.

Na brzegu rzeki nawprost szpitala opisanego, położona jest należąca doń pralnia, do której, jak i w szpitalu, nie używa się jednak wody z Tamizy, ale cały zakład otrzymuje lepszą wodę z wodociągów „*Kent*“ sprowadzoną rurami z odległości $4\frac{1}{2}$ mil angielskich.

Dwa szpitale namiotowe dla rekonwalescentów położone są w odległości czterech mil angielskich od opisanego i w odległości przeszło 1000 stóp jeden od drugiego, przy Darent Hills. O ile szybko budują tego rodzaju szpitale można powziąć wyobrażenie z faktu, że drugi z tych obozów powstał w ciągu trzech tygodni, wraz z pralnią, kotłem parowym, kuchnią i t. p., i po upływie trzech tygodni od chwili zapadnięcia decyzji o rozpoczęciu budowy mieścił już 300 chorych. Namioty, z których składa się szpital tworzą dwa szeregi w odległości 80 stóp jeden od drugiego, same zaś odległe są jeden od drugiego o stóp 50; kuchnia, spiżarnia, łazienka zbudowane są z drzewa. Wielkość namiotów sypialnych wynosi 60×25 stóp (na 20 łózek), namiotów zwyczajnych 60×25 stóp, infirmaryi na 16 łózek 80×25 stóp. Namioty oświetlane są gazem, który użyty został również jako materyjał opałowy do kuchni. Namioty ogrzewane są w razie potrzeby wodą gorącą. Statystyka dotychczasowa wykazuje, iż około 300 chorych na cierpienia

zakazne tygodniowo wywożą z Londynu; w ten sposób otrzymuje się izolację, a rekonwalescenci w namiotach o wiele szybciej przychodzą do zdrowia.

Na zakończenie tego opisu trzech grup wystawy, odnoszących się do najpierwszych trzech potrzeb życia codziennego, wspomnieć winniśmy o towarzystwach propagujących zdrowotność życia codziennego, których działalność reprezentowaną jest na wystawie Mowa tu o narodowym towarzystwie zdrowia i o sanitarnem stowarzyszeniu pań. Oba towarzystwa liczą w swem gronie członków, należących do najszlachetniejszych sfer towarzystwa w Anglii, oba niemało się przyczyniły do zamięlowania narodu do spraw sanitarnych. Największą czynność rozwinęło narodowe towarzystwo zdrowia, którego aktualnym kierownikiem jest znany higienista i redaktor Ernest Hart, a organem — miesięcznik pod tytułem: *The Sanitary Record*. W ciągu roku 1882, z którego posiadamy sprawozdanie, członkowie tego towarzystwa mieli przeszło sto odczytów popularnych o sprawach zdrowotnych. Na początku roku zeszłego istniało 14 kilkogroszowych wydawnictw towarzystwa i 16 broszurek („Czyste powietrze“, „Aforyzmy zdrowia“, „Moralne i społeczne znaczenie zdrowia“, „O przyczynach i zapobieganiu tyfusu“, „Podręcznik kucharski“ i t. p.).

Na tem kończymy krótki nasz opis większej części wystawy. Drugą część jej, której ze względu na warunki pisma, już nie możemy pomieścić, składają warsztat, szkoła i wychowanie. Jakkolwiek blade jest sprawozdanie nasze w porównaniu z istotnie wielką rzeczywistością, mniemamy, że oryginalność i praktyczność wielu pomysłów nowych została w niem zaznaczoną i że nie jedną rzecz godną naśladowania lub zastosowania czytelnik w niem znaleźć może.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

78. A. Cohn. O leczeniu zamknięcia kiszki za pomocą przemywań żołądka.

Posiłkując się przedmiotem odczytu prof. Kussmaul'a, autor w *Berl. klin. Wochenschr.* (N. 42 i 43 — 1884) donosi o nader ważnych ze stanowiska praktycznego doświadczeniach, jakie na klinice Strasburskiej poczyniono pod względem leczenia takich przypadków zamknięcia kiszki, które nie polegają na uwężnieniu przepuklin zewnętrznych.

Zazwyczaj w podobnych przypadkach wielu praktyków ucieka się do środków czyszczących, jakkolwiek tam, gdzie nie mamy do czynienia ze zwykłym zatkaniem kiszki przez nagromadzenie się kału lub ze zwężeniem kiszki w stopniu umiarkowanym, leki czyszczące należą do najniebezpieczniejszych. We wszystkich przypadkach, w których zadowolić się jesteśmy zmuszeni symptomatycznym rozpoznaniem zamknięcia światła kiszki, najlepiej zawsze rozpocząć leczenie od makowca lub morfiny. Lecz gdy zawodzi makowiec, gdy wdmuchiwanie znacznych ilości powietrza do kiszki nie doprowadza do żadnego rezultatu, wielu lekarzy ucieka się wówczas do środków drastycznych lub do ręki metalicznej, co, zdaniem autora, w nader rzadkich tylko przypadkach przynosi poprawę stanu, najczęściej zaś przyspiesza raczej śmiertelne zejście. Najpewniejszym i dla chorego najpożyteczniejszym środkiem, bywa w tych razach operacja przecięcia ścian brzucha, dokonywana w celu wyszukania miejsca zamknięcia i przywrócenia zapomocą ręcznych manipulacyj drożności kiszki—co jednakże tylko wtedy da się skutecznie, gdy zna się dokładnie warunki i miejsce zamknięcia. Jak wiadomo, ostatnie te warunki zazwyczaj rzadko mogą być nam przed operacją

znane. Wśród tych okoliczności, było bardzo pożądanem wynaleźć jeszcze jeden środek działający w tym kierunku na drodze bezkrwawej. Takim środkiem okazało się być przemywanie błony śluzowej żołądka zapomocą pompki żołądkowej, stosowane wielokrotnie i zawsze z pomyślnym skutkiem w klinice Strassburgskiej. Jeden z tych przypadków dotyczył 16-sto-letniej służącej, u której rozpoznano zupełne zamknięcie światła kiszki, trwające osm dni, co doprowadziło już chorą do kałowych wymiotów i do nader groźnego stanu osłabienia. Co do istoty zamknięcia, to podejrzewano, iż zależało ono od przebytego w dzieciństwie lub w okresie płodowym zapalenia otrzewnej. Środki czyszczące, w tym przypadku stosowane, nie przyniosły pożądanego skutku; bezskutecznymi również okazały się lawatywy i wdmuchiwanie powietrza w kiszkę odchodową. Makowiec na pewien tylko czas uspokajał wymioty, nie był jednak w możności wzbudzić prawidłowych ruchów robaczkowych kiszki, które to ruchy byłyby w stanie usunąć przeszkodę. Dopiero po pięciokrotnem przemyciu żołądka z zalegających cieczy kałowych i gazów, które się do niego dostały przez odźwiernik (*pylorus*), udało się sprowadzić oczekiwane stolce i w następstwie zupełne wyzdrowienie. W drugim przypadku, gdzie przyczyną zamknięcia były pozostałości po dawno przebytem zapaleniu otrzewnej dokoła kiszki ślepej, udało się 9-ego dnia choroby sprowadzić drożność kiszki po jednorazowym tylko przemyciu żołądka.

Jak już wyżej powiedziano, nie zawsze jesteśmy w możności określić, gdzie i dla czego kiszka przestała być drożną. Na szczęście i w tych licznych zresztą przypadkach zadosyć uczynić niekiedy możemy zadaniu przywrócenia światła zamkniętej kiszce. Środek, do osiągnięcia tego celu wiodący, polega na wydaleniu gazów i płynnych mas kałowych, nagromadzonych powyżej miejsca zamkniętego. Jeżeli udaje się to skutecznie na drodze odpowiedniego postępowania, wówczas przyroda dokonuje reszty. Już samo wypuszczenie gazów zapomocą przekłucia w odpowiednio obranem miejscu ponad przeszkodą wystarcza częstokroć do przywrócenia światła kiszce; pewniejszem jednakże bywa wydalenie gazów i kałowych cieczy razem, co ma miejsce zawsze przy należytej wykonanej operacji przecięcia ścian brzusznych i kiszki, często zaś i przy przemywaniu jamy żołądka. Łatwo pojąć korzyści, wypływające z takiego usunięcia gazów i mas kałowych, które się do żołądka dostały na skutek odwróconego kierunku ruchu robaczkowego kiszki. Przedewszystkiem wytwarzamy w jamie brzusznej więcej przywróceniu — pierwszy warunek do przywrócenia światła pętlicy kiszki, bez względu na to, czy jest ona wpochwioną, czy uciśniętą, czy zgiętą, lub skreconą. Prócz tego, zmniejsza się rozciągnięcie i napięcie żołądka i części przewodu kiszkowego, położonej powyżej przeszkody, wskutek czego słabnie i ciśnienie, pod któremi kiszki, wzajemnie ugniatane, znajdują się w jamie brzusznej. Ruchy robaczkowate, odbywające się równolegle do osi podłużnej kiszki, uskutecznią się będą w kiszkach rozszerzonych i utrzymywanych w swoim położeniu z większą jeszcze siłą, przeciwnie zaś wszystkie inaczej skierowane ruchy, przy których wzajemne do siebie położenie pętli kiszkowych może uleść zmianom, doznają przeszkody i ostatecznie stają się zgoła niemożliwymi. Wreszcie, co najważniejsza, przy usuwaniu nagromadzonych w jamie żołądka cieczy, ruchy robaczkowe kiszki, gwałtowne i nieprawidłowe, zamieniają się na powolne i uporządkowane.

Wprowadzenie cewnika żołądkowego przy zamknięciu światła kiszki udaje się zazwyczaj z wszelką łatwością, chorzy bowiem, w zrozpaczonem położeniu będąc, za jakąkolwiek cenę radziby szukać pomocy. W obu powyżej wzmiankowanych przypadkach, ani przy wprowadzaniu cewnika, ani przy przepłukiwaniu żołądka, nie doszło do wymiotów. W tych wszakże przypadkach, w których nie poprzedzono przepłukiwania żołądka podaniem małych dawek morfiny, zaleca się wstrzyknięcie podskórne w małej ilości pomienionego środka.

Autor kończy swą pracę opisem trzeciego jeszcze przypadku zamknięcia światła kiszki, powstałego wedle wszelkiego prawdopodobieństwa wskutek wpochwienia,

Przypadek ten, leczony przez prof. Kussmaul'a także za pomocą przepłukiwania żołądka, dotyczył bardzo podeszłego wiekiem starca; pomimo iż przepłukiwanie żołądka sprowadziło tu w 23-cim dniu choroby parę obfitszych wypróżnień stolcowych, chory zmarł w następstwie częściowej zgorzeli pętlicy kiszkowej i zapalenia otrzewnej.

(Berl. kl. Woch. N. 42 i 43, 1884).

St. Kw.

79. Marfan. O rokowaniu w nieżytych oskrzeli u garbatych.

Wiadomo, że garbaci odznaczają się zwykle krótkim oddechem (*asthma a gibbo, dyspnoe thoracica*), oraz skłonnością do nieżytów oskrzeli, których przebieg zwykle bywa ciężki, a rokowanie niepomyślne. Usposobieni są oni także do cierpień serca, które, w razie szczęśliwego zejścia nieżyty oskrzeli, stają się przyczyną śmierci. Przyczyny tych faktów badało niewielu lekarzy, a z pośród nich Corvisart i Sottas rozważali wpływ, jaki zбочenia kręgow wywierają na płuca i serce. Corvisart sądzi, że przyczyną zaburzeń w oddechaniu i krążeniu jest u garbatych zgięcie aorty w miejscu zgięcia kręgosłupa. Sottas przypisuje duszność nieruchomości klatki piersiowej i małej objętości płuc, które to zбочenia wywołują zaburzenia w krążeniu. Ztąd wytwarza się przerost serca, następnie *asthenia*, rozszzerzenie i *asystolia* serca.

Autor, nie dzieląc poglądów obu wspomnianych badaczy, podaje przebieg choroby i rezultat badania pośmiertnego u garbatego, który umarł nie wskutek asystolii serca, lecz wskutek uduszenia w przebiegu zwykłego nieżyty oskrzeli.

B. 35-letni, garbatym był od lat dziecińczych; nie przebywał ani krzywicy, ani choroby Pott'a. Do 19 roku życia garb wzrastał, od tego czasu pozostał w mierze; inne części ciała rozwijały się prawidłowo, przy wszelkich jednak wysiłkach cielskich chory doznawał silnej duszności, bez kaszlu jednak i bicia serca. Z czasem duszność wzmagła się przy najmniejszym wysiłku, np. przy pochyleniu się ku ziemi. Chory twierdzi, że wyskok w takim razie sprawiał mu ulgę.

W dniu przybycia do szpitala, chory kaszle i narzeka na silną duszność, gorączka mała, po dwóch dniach ciepłota spada niżej normy, kończyny ziębną i brzmieją. Badanie wykrywa przerost serca i nieżyt oskrzeli. Przy dyjecie mlecznej i użyciu makowca, następuje małe polepszenie po 10 dniach. Chory po miesiącu opuszcza szpital i zajmuje się dalej froterką, kaszlać ciągle i pozostając na dyjecie mlecznej. Tak pracuje przez 4 lata, cierpiąc niekiedy oprócz kaszlu na bicie serca. W Styczniu 1884 roku, z powodu duszności i sinicy wchodzi powtórnie do szpitala, a badanie wykrywa nieżyt oskrzeli i zastój żylny w płucach, przerost serca, w sercu szmery, tętno drobne i słabe. W ciągu następnych 14 dni duszność wzrasta, sinica i obrzęki także; oddech oskrzelowy coraz mniej słyszalny, płwocina krwawa, pod koniec ciepłota spada do 36° C. Śmierć od uduszenia.

Zmiany po śmierci znaleziono następujące:

Lewe płuco bardzo małe, waży 250 gramów (u dorosłego waży zwykle 400—700 grm.), silnie przekrwione, trzeszczy bardzo mało. Płuco prawe także zmniejszone i posiada wyrostek, który się mieścił w garbie; przedstawia on silną rozedmg. Podstawa płuca przekrwiona, waga 340 grm.. Oskrzela w stanie nieżyty. Serce waży 420 grm. (waga normalna u dorosłego 250 grm.). Przerost lewej komórki, rozszzerzenie i przerost prawej, niedostateczność zastawki trójdzielnej; nerki cokolwiek zmniejszone. Kręgi w stanie ankilozy kostnej.

Porównyując objawy kliniczne ze zmianami anatomicznymi, autor wyprowadza następujące wnioski:

Skrzywienie kręgosłupa, zmniejszając pojemność klatki piersiowej, wstrzymuje rozwój płuc, które, nie mogąc wystarczyć potrzebom ustroju, są przyczyną duszności i podlegają rozedmg. Oprócz tego klatka piersiowa jest mało bardzo ruchoma, tak, że garbaci przedstawiają typ brzuszny oddechania, zktąd też u nich krążenie płucne musi podlegać zwolnieniu. Niedostateczność przeto oddechania wywołaną jest przez małość płuc, zmniejszenie ilości wdechanego powietrza, oraz zwolnienie

krażenia płucnego. Przerost serca stara się wynagrodzić te braki w płucach, sprowadzając na pewien czas równowagę, którą tak błaha choroba jak nieżyt oskrzeli była w stanie naruszyć. Złe warunki krążenia płucnego spowodowały przejście nieżyty oskrzeli w stan przewlekły, a gdy po 4 latach takowy się zaostrzył, już wtedy serce nie było w stanie wyrównać braków krążenia płucnego i chory musiał umierać od uduszenia.

Nie wszyscy garbaci wprawdzie umierają w ten sposób; w razie braku nieżyty oskrzeli, serce przerosłe podlega zwykłym trybem rozszerzeniu i występuje *asthenia cardiaca*. Garbaci przeto umierają przypadkowo przy objawach uduszenia, jeżeli ulegną nieżyutowi oskrzeli, lub naturalnym biegiem okoliczności wskutek wyczerpania serca.

(Arch. générales de Médecine, Septembre, 1884).

A. Malinowski.

Kilka słów o stanie i działalności Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego,

za czas od 1 Lipca 1883 roku do 1 Lipca 1884 roku.

Wzmiankowany przeciąg czasu był 7-ym rokiem istnienia Towarzystwa. Członków rzeczywistych w roku sprawozdawczym Towarzystwo liczyło 27, członków korespondentów 5 i członków honorowych 5; z pośród członków rzeczywistych 17 było lekarzy, 7 aptekarzy i 3 lekarzy weterynaryi. Zarząd Towarzystwa w powyższym czasie składali następujący członkowie: Przewodniczący Wejs, Wice-Prezes Drozdowski, Sekretarz Drecki, Skarbnik Merkiel i Bibliotekarz Wojciechowski. Za czas istnienia Towarzystwa, t. j. w przeciągu lat 7 wydano ogółem 52 dyplomy, w ostatnim roku 4 — trzy na członków rzeczywistych i jeden na członka korespondenta. Posiedzeń zwyczajnych odbyło się 10, ostatnie roczne; nadzwyczajnego nie było (w Lipcu i Sierpniu według przyjętego zwyczaju feryje). Na owych posiedzeniach była ilość członków następująca: na trzech 9, na dwóch 10, na trzech 12 i na dwóch 13 członków, powiększej części w mieście Kaliszu zamieszkałych.

Co się tyczy działalności lekarskiej Towarzystwa, to takowa, jak łatwo przewidzieć, nie była zbyt wielką, bo i liczba członków szczupła i każdy z nich ma obowiązki praktyki, a wielu i zajęcia służbowe; środki pomocnicze też nie zawsze mogą być pod ręką i także ich niewiele.

Przedewszystkiem na każdym posiedzeniu komunikowano sobie przypadki chorób en- lub epidemicznych, badano przyczyny ich rozwoju, warunki sanitarne danych miejscowości, podawano sposoby usunięcia złego, a lekarz miasta i lekarz powiatu każdorazowo przedstawiali statystyczne sprawozdania z chorób, panujących bądź w mieście bądź w obwodzie.

Dalej odczytywano lub opowiadano sobie rzadsze przypadki z praktyki, ciekawsze spostrzeżenia i kwestyje poddawano ogólnej dyskusyi, opisywano nowe sposoby leczenia i nowsze środki lekarskie.

Z zanotowanych podać mogę następujące prace:

1. Kol. Bieniecki 1) o zastosowaniu rurki z aparatu Fränzel'a do lewaru Dunina, użytego przy *Pneumo-pyo-thorax*, powstałego u żołnierza po ostrym gościec stawów (rurka Fränzel'a jako grubsza i mocniejsza okazała się w tym razie praktyczniejszą). 2. O ranie postrzałowej klatki piersiowej. 3. *Caries necrotica circumscripta cranii* u żołnierza, który spał przez noc w pobliżu rozpalonego pieca łaźni wojskowej. 4. Przedstawił ziarna *jequirity* i kilka słów wspominał o ich zastosowaniu przy jaglicy.

2. Bryndza przedstawił różne gatunki nowych środków jak: *cairinum*, *curarinum*, *paraldehyd*, *aseptol* i t. p. oraz robił krótką wzmiankę o ich działaniu, dawkowaniu i sposobach rozpoznawania ich dobroci.

3. Drecki. Przypadek ostrej bezkrwistości na skutek krwotoku macicznego, powstałego z przestachu u kobiety kilka razy już rodzącej, słabej i niedokrwistej.

4. Drozdowski. O użyciu *Nairii sulpho-carbolici* przy róży i tyfusie brzuszny.

5. Wejs. Przypadek gorączki połogowej, oraz najnowsze sposoby leczenia tej choroby.

6. Wilczewski. Dwa spostrzeżenia z praktyki szpitalnej. 1) *Carcinosis acuta*; 2) *Echinococcus hepatis*, w obu razach sprawdzone sekcją.

7. Wojciechowski demonstrował ucznia gimnazjum *cum aneurysmate arcus aortae* i podał pokrótce historję tego przypadku; nadto jako bibliotekarzowi należy mu się uznanie za ułożenie dzieł biblioteki Towarzystwa i katalogu tychże według systemu kartkowego.

8. Członek korespondent D-r Jany z Wrocławia demonstrował chorą z kataraktą dojrzałą na jednym, z początkującą na drugim oku, przyczem szczegółowo rozbiierał pytanie: co ma robić lekarz z kataraktą początkującą? Przedstawił on także chorego *cum iridocyclitide* w skutek zranienia oka kawałkiem żelaza.

Według sprawozdania rocznego kasyjera, stan kasy Towarzystwa wykazuje ogółem dochodu 207 rs. 32 kop. wydatków zaś 109 rs. 58 kop. remanentu więc 97 rs. 74 kop. W liczbie wydatków największą sumę stanowią pisma peryjodyczne lekarskie, których prenumerowano za 57 rs. 50 kop.

Według sprawozdania bibliotekarza, księgozbiór Towarzystwa składa się z 145 dzieł lekarskich w 378 tomach, prócz tego broszur różnej treści lekarskiej 108, pism peryjodycznych 333 i atlasów 5.

Na ostatniem rocznem posiedzeniu do zarządu Towarzystwa obrano członków tychże samych, a posiedzenia w roku następnym oznaczono na dzień 5 każdego miesiąca z wyjątkiem Maja, w którym posiedzenie odbędzie się d. 7.

Sekretarz Drecki.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W zeszłą sobotę d. 20 b. m. odbyła się w tutejszem Towarzystwie Lekarskim uroczystość jubileuszowa prof. Hoyer'a. Już o godz. 6½ sale Towarzystwa napelnily się mnóstwem lekarzy, aptekarzy i przyrodników. Obecnych było bardzo wielu profesorów uniwersytetu tak lekarskiego, jakoteż prawnego, przyrodniczego i filologicznego wydziału. Prof. Hoyer przybył wraz z rodziną, dla której zarezerwowane były miejsca. Uroczystość rozpoczęła się zagajaniem prezesa Towarzystwa d-ra Orłowskiego, który w krótkich słowach zaznaczył usługi oddane przez Jubilata Towarzystwu, poczem wręczył Mu dyplom na Członka Honorowego. Profesor Hoyer odpowiedział na to zagajenie, dziękując za uznanie jego pracy, według słów Jubilata „nader skromnych rozmiarów“ i prosząc Towarzystwo aby go uważało nadal jak dotąd za czynnego członka, ze wszystkimi związanymi z tem obowiązkami. Z kolei wypowiedział rzecz wiceprezes Towarzystwa d-r Gepner, wykazując znaczenie i zasługi położone przez prof. Hoyer'a w ciągu dwudziestopięcioletniej działalności naukowej. Nie możemy oczywiście streszczać tu tak tego, jak i następnych przemówień z powodu braku miejsca. Następnie przemówił Mayzeł imieniem współwłaścicieli Gazety Lekarskiej, oraz uczniów, których Jubilat wychował całe szeregi i dla których służył zawsze chętnie swą radą; poczem Sekretarz stały Towarzystwa prof. Szokalski w dłuższej przemowie skreślił smutny okres życia umysłowego u nas w epoce poprzedzającej otwarcie Med. Chir. Akademii, i dopiero wtedy na tem tle oznaczył wpływ Hoyer'a i rezultaty Jego działalności. Jubilat w odpowiedzi prof. Szokalskiemu wyraził podziękowanie za jego pomoc i życzliwość w chwili, gdy młodym przybył do Warszawy i rozpoczynał swoją działalność, a następnie zaznaczył, że rezultaty osiągnięte zostały dzięki zobopólnej pracy grona profesorów Akademii i Szkoły Głównej.

Po tych przemowach nastąpiło wręczenie Jubilatowi oznak uznania. Imieniem przyrodników prof. Wreśniowski oharował numer „Wszechświata“ ozdobiony portretem Hoyer'a, który dziękując oznajmił, iż wedle sił, podobnie jak dotąd, będzie pracował i dla Wszechświata,

d-r Gajkiewicz ofiarował jubileuszowy numer „Gazety Lekarskiej, d-r Kondratowicz „Księgę pamiątkową“ wspaniale oprawną i okazałą grubości. Towarzystwo lekarskie Kaliskie na ręce kol. Peszkego przysłało dyplom na Członka Honorowego; Towarzystwo farmaceutyczne wystąpiło z takimże samem odznaczeniem. Następnie odczytano mnóstwo pozdrowień, powinszowan i telegramów od ciał zbiorowych, jak od Akademii Nauk w Krakowie (podpisany przez Majera i Tarnowskię), od Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego (podpisany: Kwaśniewski, Jordan), od Towarzystwa lek. galic. (podp. Biesiadcki), od Tow. lek. petersb. (podp. Botkin), od Towarzystwa przyrod. petersb. (podp. Beketow), od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od Towarzystwa Lekarskiego w Tyflisie, od Towarzystwa lek. Lubelskiego; dalej od różnych osobistości, jak od d-ra Mateckiego, od prof. Nenckiego z Bernu, prof. Mikulicza, prof. Adamkiewicza, d-ra Rydygiera (z Chelma), prof. Laskowskiego (z Genewy), wreszcie od grup lub pojedynczych lekarzy, byłych uczniów prof. Hoyer'a, rozsypanych po szerokim Cesarstwie lub tu w Królestwie mieszkających.

Prócz swoich nadesłano też sporo powinszowań z Niemiec; między niemi odznaczają się od prof. Heidenhaina (z Wrocławia) wraz z dyplomem na członka korespondenta towarzystwa „die schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur“, od prof. Koellikera (z Würzburga), który przesał Jubilatowi swoje dzieło „Rys embryologii“ ze stosownem przypisaniem; od prof. Schwalbego (ze Strassburga); od prof. Schenk'a (z Wiednia); od prof. Kollmana (z Bazylei); od profesora Rosenthal'a (z Erlangen); od prof. Hertwig'a, Strassburger'a i Schimper'a (z Bonn); od prof. Flemming'a (z Kielu); od prof. Krause'go (z Goettingen), który przesał swój telegram od prof. Waldeyera z Berlina. Towarzystwo „Physikalisch-Medizinische Societät“ z Erlangen przesało dyplom na członka korespondenta. Czesi również nie zapomnieli o uroczystości; tak „Spolek lekarzy českých“, jak i redakcja „Casopisu“ nadesłały telegramy z pozdrowieniem. Wreszcie znakomici uczeni prof. Bizzozero (z Turynu) i Agassiz (z Cambridge w Stanie Massachusetts w Ameryce) nadesłali życzenia prof. Hoyerowi; pierwszy z nich nadesłał gorąco zredagowany list oraz swoją fotografię.

Korzystając ze sposobności jubileuszowej niewiadomy ofiarodawca darował Towarzystwu Lekarskiemu bardzo bogaty zbiór archeologiczny z warunkiem, by zbiór ten nosił nazwę „Zbioru Henryka Hoyer'a“, o czem publicznie zawiadomił Prezes Towarzystwa Lekarskiego d-r Orłowski. Wreszcie bezimiennie złożono z okazji jubileuszu na ręce Wydawcy Gazety Lekarskiej d-ra Kondratowicza 200 rs., przeznacząc je na nagrodę za konkursową rozprawę, do której temat ma dać prof. Hoyer.

Na zamknięcie uroczystości w Tow. Lek. zabrał głos Jubilat i w dłuższem przemówieniu streścił dzieje i cele swojej działalności. Nie możemy powtórzyć tu wiernie tej przemowy, gdyż nie zrobiliśmy odpowiednich notatek; przytaczamy tylko ważniejsze jej ustępy. Prof. Hoyer od młodości miał zamiłowanie do nauk przyrodniczych; ta okoliczność oraz zajęcie rodzica (który był aptekarzem) skierowały młodzieńca na wydział lekarski. Po ukończeniu studiów lekarskich Hoyer znalazł się w przyr. j konieczności oddania się praktyce, gdy zaprosiny prof. Reichert'a na asystenta wybrały Hoyer'a z tego nieprzyjemnego położenia i raz na zawsze pełnęły Go na drogę czysto naukową. Otrzymałszy propozycję profesury od Akademii Medyczno-chirurgicznej, Hoyer udaje się do Warszawy. Tu oczekiwali Go trudności i rozmaitej natury. Niezrażony zabiera się gorąco do roboty w dwojakim celu. Starsi koledzy i wzięci praktycy, wśród których Hoyer się znalazł, znali histologię, naukę młodą podówczas, ledwie ze słyszenia; niewiele budziła ona w nich zaufania. Obrazy, które spostrzega niewprawne oko pod drobnowidzem, wydają się istotnie fantastycznymi, a z tego chaosu do pewności jednak prowadzi dłuższa obserwacja i wprawa. Przekonał niedowiarków i zyskał ufnosć dla wyników nowej nauki było pierwszym celem młodego profesora. I sam atoli chciał być pewnym, iż badania Jego były należytemi, skutecznymi, do tego było potrzeba uznania starszych i doświadczonych mężów nauki; z tego to powodu ogłaszał swoje prace za granicą.

W ten sposób spędził Hoyer ówczesny wiek przy badaniu, z rzadka tylko zajmując się leczeniem, a i w tych razach mając obok właściwego leczenia na oku robienie spostrzeżeń na żywym człowieku. Tak postępując Hoyer starał się przynieść jak największy pożytek i zawsze szedł ręką z tymi, którzy szczerze dla nauki pracowali. Ta też, a nie inna była przyczyna, która Go skłoniła do przyłączenia się do grupy lekarzy właścicieli Gazety Lekarskiej, choć grupę tę komuś podobalo się nazwać „kliką“. Gdyby była pojawiła się inna jakakolwiek grupa, w podobny sposób pracująca dla społeczeństwa, lub nadarzyła inna sposobność przyniesienia swojej pracy na pożytek ogólny, byłby Hoyer równie chętnie się przyłączył. Kraj zdaniem Hoyer'a zjednał sobie uznanie w dziedzinie muzyki, malarstwa, po części nawet historyi; lecz obręb nauki ścisłych pozostał zupełnie bez uprawy. Hoyer przez życie swoje ten obręb miał na widoku i przekonywał się dzisiaj, że praca jego wydała pewne plony. A obręb ten konieczne musi być uprawianym, naród bowiem, który sam nie bada, który sam nie stara się rozwiązywać zagadek natury, który ustawicznie czerpie swoje wiadomości w tym względzie z dzieł innych narodów, przestaje iść w parze z innymi narodami, zostaje zepchnięty i upośledzony. Dzieje się tu tak samo jak w uniwersytecie, w którym ten tylko profesor zasługuje rzeczywiście na to miano, który sam umie i stara się badać. Dziś po 25-letniej pracy Hoyer przekonywał się, że się udało pozyskać pewne wyniki, że zaszła wielka odmiana w porównaniu z przeszłością. Te wyniki atoli nie są wyłącznie owocem Jego pracy; dalekim jest on od tej

myśli; są one wynikiem usiłowań wszystkich spółkolegów z b. Akademii i b. Szkoły Głównej. Hoyer nie spodziewał się nigdy by uznanie Jego zasług przybrało takie rozmiary, było tak uroczystem, jak tego jest świadkiem; uroczystość zgotowana dlań przeszła Jego oczekiwania. Wdzięchen za to uznanie, czując się zdrowym umysłowo Hoyer nie przestanie pracować, a jeśli i stan wzroku pozwoli, może d żyje tej chwili, kiedy będzie mógł oddać ogółowi do użytku histologiję, przy pomocy której młode pokolenia pracując, kiedyś, kiedy Jego już nie stanie, „na innym Jubileuszu, którego wy dożyjecie, okażą rezultaty bez porównania okaz ulsze“.

Mowa wypowiedziana nadzwyczaj prosto, nacehowana niezwykle skro unością i naturalnością, płynącą z serca i charakteru Jubilata, przyjęta była żywymi oznakami uznania i podzięki za uczynioną obietnicę.

Wieczorem o 9-ej ogromna liczba uczestników, dochodząca do 200 zebrała się na wieczerzę składkową w pięknej sali Resursy Kupieckiej. Za poprzecznym stołem zasiedli oprócz Jubilata i prezydium Towarzystwa Lekarskiego, Profesorowie: Baranowski, Białecki, Brodowski, Holewiński, Kosiński, Kasznica, Mierzyński, Miklaszewski, Tyrehowski, Szokalski, Wolfring, Wrześniowski oraz wielu innych starszych kolegów, przy trzech zaś podłużnych stołach reszta uczestników. Po zagajeniu prezesa Tow. Lek. przemawiali: prof. Kasznica o wspólności wszelkich badań ludzkich, Brodowski o wpływie pracowni Hoyer'a na jakość badań u nas, Nussbaum na temat „*ex pur si muove*“, Dunia o wpływie i uroku jaki zawsze wywiera na młodzież idealna praca i dążenia jej przewodników, a w danym razie prof. Hoyer'a, wreszcie toast na cześć Towarzystwa Lekarskiego wzniesiony został przez mag. praw p. Karola Dunina. Uczta przeciągnęła się blisko do północy i mniemamy, pozostawić musiała w ogóle miłe wrażenie na uczestnikach.

W. M.

Całemu wysoce poważnemu i nader licznemu gronu członków uczynnych stowarzyszeń, kolegów i przyjaciół, którzy przyjęli udział w tak świetnym i do głębi duszy wzruszającym mię obchodzie z d. 20 Grudnia, składam tu tymczasowo najgorętsze podziękowanie za złożone mi dowody serdecznej życzliwości, za wielce zaszczytne dyplomy, odezwy i telegramy, dopóki nie znajdę dostatecznie wolnego czasu dla wyrażenia każdemu po szczególe swych uczuć szczerzej wdzięczności i serdecznego Bóg zapłać!

H. Hoyer.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 51. Ziemaeki. O schyzomyeetach w ropie. — Jabłonowski Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Medycyna Nr. 51. Ausländer. O masażu czyli mięsieniu jako metodzie leczniczej. — Krokiewicz. Paraldehyd. — Nr. 52. Dobrzycki. Uczenie dwadziesto-pięcioletniej pracy na polu naukowem i nauczycielskiem prof. Hoyer'a. — Ausländer. O masażu czyli mięsieniu jako metodzie leczniczej.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1885 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Spis rzeczy i kartę tytułową tomu Gazety Lekarskiej za r. 1884“, oraz prospekt na „Kurier Codzienny“ i na „Wszechświat“ w r. 1885.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 15 Декабря 1884 г. Друк. К. Ковалевского Крѳлевска Nr. 23