

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Rozprawy. Dwie owariotomije i uwagi o tej operacyi w ogóle. Skreślił dr. prof. Kosiński. — Jeszcze kilka uwag w kwestyi zastosowania lewara do wypuszczenia płynów z worka opłucni. Podał dr. DUNIN.—Wykłady z dziedziny fizjologii. O trawieniu, C. A. EWALD'A. Przełożył dr. L. A. ANDERS. (Ciąg dalszy.) — **Odcinek.** Sprawozdanie z VI spółnarodowego zjazdu oftalmologów w Medyolanie. Podał dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy.) — **Streszczenia i wyciągi.** Apomorfiną jako *expectans* w praktyce dziecięcej. Pilokarpina przeciw dyfteryi. Przypadek porodu z całkowitą utratą macicy.—**Wiadomości z medycyny publicznej.** Przewożenie chorych z chorobami zakaźnymi i zaraźliwymi. Dźdźownice jako roznosiciele zarodników wąglikowych. — **Kronika miejscowa.** Zakład prywatny dla podrzutek. Lecznice dla przychodzących chorych.—**Korespondencyja Redakcyi.**—**Ogłoszenia.**

DWIE NOWE OWARIOTOMIJE I UWAGI O TEJ OPERACYI W OGÓLE ¹⁾.

Skreślił dr. J. Kosiński, prof. kliniki chirurgicznej.

W przedmiocie owariotomii już po raz trzeci w ciągu ostatnich czterech miesięcy zabieram głos w naszym Towarzystwie. W Czerweu zakomunikowałem o dwóch operacyjach robionych w klinice, w kilka tygodni później o dwóch innych również w klinice dokonanych; dziś jeszcze o dwóch nowych owariotomijach zamierzam krótkie dać sprawozdanie, a zarazem poczynić uwagi o tej operacyi u nas i o sposobie antyseptycznym.

Pierwsza z dwóch chorych, a 5-ta z całej tej nowej seryi owariotomij Eleonora G o t t l i c h, żona konduktora kol. żel., 30 lat wieku licząca, a od 12 lat zamężna. Miesiączkę po raz pierwszy dostała w 17 roku życia. Przed 10 laty porodziła dziecko, które sama karmiła. Następnie już ciężarną nie była. Od trzech lat już o guzie w jamie brzusznej wiedziała i szukając tu i owdzie rady lekarskiej, była znaną kilku naszym gynecologom. Miesiączkowanie w ogóle było dość prawidłowe, tylko w ostatnich trzech latach zaczęte i zawsze obfite.

Do kliniki przybyła 25 Czerwca. Po zbadaniu okazało się: brzuch umiarkowanie wielki 88 ctm. w obwodzie; dwa guzy obok siebie leżące lecz nie połączone ze sobą bezpośrednio, dość ruchome o nierównej powierzchni i odporności, w niektórych miejscach wyraźnie chelbozące. Macica bardzo wysoko, palcem niedaje się przez pochwę osiągnąć. Po odciągnięciu w tył ściany tylnej pochwy wraz kością ogonową w głębi po nad spojeniem łonowem z trudnością daje się dostrzedz część pochwowa i otwór maciczny w który można było wprowadzić zgłębnik na 7 ctm.

Zresztą chora niedokrwista i wycieńczona, siły umiarkowane, pozwalały jej aż do przybycia do kliniki zajmować się małym gospodarstwem domowym.

¹⁾ Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. Warsz. dnia 19 Października 1880 r.

Operowaną była dnia 28 Czerwca r. b. Operacyja jak cztery poprzednie dokonana była z zastosowaniem ścisłem przepisu LISTER'A i oddzieleniem chorej do osobnego pokoju, niemającego bezpośredniego połączenia z żadnym innym oddziałem gdzieby się chorzy znajdowali. Przypadek to był rzadki i wielce trudny pod względem operacyjnym, jak również pod względem rokowania. Torbieli było dwie, wychodzących z dwóch jajników; były one wielokomorowe klejowate (*Cystes bilaterales, colloideae, multiloculares*), o krótkich szerokich i grubych szypułkach, za pomocą krótkich a grubych zrostów, jak się podczas operacyi pokazało, zrosnięte z dnem macicy. Zrosty te były stare i tak dobrze zorganizowane że wątpliwość zrazu mogła zachodzić czy guzy nie mają początku w tkance podotrzewnej macicy, jako *fibromata* lub *fibromyomata uteri*. Oddzielenie zatem tych torbieli przedstawiało wiele trudności; liczne naczynia krwionośne musiały być przytem podwiązane, zaś włóknista twarda tkanka szypulek i zrostów, niesprzyjała zakładaniu przewiązek, które co chwila po założeniu zeslizgiwały się i spadały; wypadło więc nieraz to samo naczynie drugi raz przewiązywać. Oprócz licznych ligatur założylem na szypułki dwie pętlice z drutu za pomocą konstryktora KOEBERLE'GO. Wszystko to musiało być robionem w głębi na dnie miednicy, gdyż macica i obie torbiele znajdowały się głęboko i niemogły być wyprowadzone na powierzchnię rany brzusznej. Cały zatem pęk przewiązek (do 50) oraz dwa konstryktory pozostawić wypadło na dnie miednicy, a tylko końce ich sterczały przez ranę brzuszną ¹⁾. Ponieważ spodziewałem się ropienia długiego i obfitego, a ropa niełatwo mogłaby przez ranę brzuszną wypływać na zewnątrz, przeto za stosowne uważałem zaraz przeprowadzić grubą dren przez sklepienie pochwy, zostawiwszy drugi jego koniec wraz z nitkami i konstryktorami w ranie brzusznej ²⁾. Inne szczegóły operacyi zresztą były te same jak je opisałem przy pierwszych dwóch przypadkach. Po tak ciężkiej operacyi trwającej koło dwóch godzin, rokowanie co do przebiegu było więcej niż wątpliwe, a jednakże przebieg choroby był względnie dobry—żadnych objawów ogólniejszego zapalenia otrzewni, ani znacznej gorączki nie było. Ropienie po kilku dniach rozpoczęte stało się dość obfitem; że jednak ropa miała wolny odpływ przez pochwę, nie oddziaływała zgubnie na otaczające tkanki i względnie mało na stan ogólny. Zbyt długie jednak trwanie ropienia, (gdyż sprawa jeszcze i dotąd niezupełnie zakończona), niemogło pozwolić chorej nabrać sił i powrócić do zupełnego zdrowia; ale po usunięciu drenu i wszystkich przewiązek oraz pętlic drutu, które długi czas pozostawały w jamie miednicy, ropienie się zmniejszyło, siły zaczęły wracać. Chęć do jadła i sen dobry, i chociaż chora przebywa bardzo długą konwalescencyją, z niebezpieczeństwa wyszła jednak zupełnie. Przed paru dopiero tygodniami opuściła klinikę.

¹⁾ Podwiązań katgutowych niemogłem robić, gdyż w żaden sposób w tak twardych tkankach niemogłem katgutem dostatecznie ucisnąć naczynia. Jedwabne nitki aby dostatecznie były mocne, przeważnie musiałem brać grubsze.

²⁾ Podobne przedrenowanie miednicy rądzą szczególnie owariotomiści niemieccy, a na czele ich NUSSBAUM.

Na ciekawy chociaż dość znany fakt zwracam uwagę — mianowicie w przypadku tym mieliśmy dowód, że przy obustronnem porażeniu i przestoczeniu jajników, miesiączka odbywała się bez przerwy.

Druga chora, a szósta z ostatniej seryi owariotomij jest pani M. K. zamieszkała w Warszawie, przy ul. Wiejskiej Nr. 1; była operowaną 21 Września r. b. u siebie w domu. Jest to osoba 28-letnia, dwa razy rodziła i sama dzieci karmiła. Ostatnie dziecko urodziła przed 1½ rokiem. W kilka miesięcy później zaczęła dostrzegać że brzuch jej grubieje i sądziła że zaszła znowu w ciążę. Cztery miesiące jak przestała karmić — brzuch coraz się powiększał i zaczęły występować przypadłości niezwykle cięży, mianowicie znaczne chudnienie, tepe bóle w brzuchu, ogólne osłabienie, gdy tymczasem miesiączka po odstawieniu dziecka powróciła i powtarzała się dość regularnie co miesiąc. Przywołany dr. Borysowicz sam, a następnie z prof. Tyrchowskim i Głiszczyńskim wykluczwszy obecność ciąży, skonstatowali torbiel jajnika, bardzo szybko powiększającą się przy objawach gorączkowych, powikłaną przewlekłym zapaleniem otrzewni oraz wysiękiem w jamie otrzewnej. Widziałem chorą po raz pierwszy 17 Września (na cztery dni przed operacją); zastałem ją leżącą w łóżku i nietylko że nie miała sił utrzymać się na nogach ale nawet poruszenia żadnego na bok lub usiąść w łóżku bez obcej pomocy nie mogła. Wznak leżeć nie mogła inaczej, jak tylko przy znacznem podniesieniu głowy i pleców. Była bardzo chudą i anemiczną — tętno przeszło 100, słabe. Silne rozdrażnienie nerwowe — łaknienie jednak i sen niezły. Zbadawszy bliżej znalazłem: brzuch bardzo powiększonym — objętość w obwodzie na wysokości pępka 103 cm.; ściany brzucha wiotkie, jamę otrzewną napełnioną wysiękiem który otaczał torbiel wielką o powierzchni nierównej, falowatej i przedstawiającą niejednostajną odporność; w niektórych częściach dość wyraźnie chelboczącą. Z powodu znacznej czułości brzucha badanie za pomocą palpacyi było dość trudne. Macica znajdowała się na wysokości normalnej na tylnej powierzchni torbieli i była nieco dnem ku prawej stronie pochyloną. Znaczna ocieklina kończyny dolnych i lekkie nacieczenie powiek. Płuca i serce nieprzedstawiały nic nieprawidłowego. Rozpoznanie moje wypadło zgodnie z opinią wspomnianych kolegów, mianowicie: Torbiel wielokomorowa prawdopodobnie lewa, powikłana zapaleniem przewlekłym otrzewni i wysiękiem w jamie otrzewnej. O obecności lub nieobecności zrostów nie pewnego niemożna było powiedzieć. Przypuszczałem także zapalenie ścian samej torbieli (*Cystis multilocularis sinistra, peritonitis chronica et ascites*). Ciekawe i poważne objawy zaczęły występować w ostatnich kilku tygodniach, mianowicie: raz wystąpiła chwilowa utrata wzroku, która po kilku minutach przeszła bez następstw. To znowu po kilku dniach wstawiło się ostre zapalenie w okolicy kolana lewego z napuchnięciem i zaczerwienieniem skóry, oraz gwałtownym bólem; po kilku dniach objawy te znikły zupełnie. Podobne zapalenie znalazłem, podczas mojej bytności, w okolicy stawu napięstka — najmniejsze poruszenie ręki sprawiało ból gwałtowny. To powikłanie również po kilku dniach ustąpiło nie pozostawivszy śladów. Powstawanie szeregu tych objawów nie dało się inaczej wytłumaczyć jak za pomocą kapillarnej embolii, a źródła tej ostatniej trzeba było szukać w torbieli i błonie otrzewnej w stanie zapalnym będących.

Jakkolwiek opisany przypadek był ciężki z rokowaniem stanowczo złem, a lubo zejście owariotomii było także bardzo wątpliwe, jednakowoż w obec tych właśnie okoliczności godziło się przedsięwziąć tę, chociaż wątpliwą opera-

cyję, szczególnie że tak sama chora jak i rodzina jej, będąc świadomą położenia rzeczy, życzyła sobie i domagała się operacji.

Jak wspomniałem, owariotomija była zrobiona 21 Września— asystowali przy operacji ordynatorowie kliniki JAWDYŃSKI i SZTEINER oraz kol. BORYSOWICZ i lekarz dywizji dr. GLAGOLEW. Żadnych nadzwyczajnych powikłań podczas operacji nie spotkałem. Po zrobieniu cięcia 12 cm. długiego, wypuściłem płyn surowiczy z jamy otrzewnej a następnie za pomocą trójgrańca opróżniwszy większe jamy torbieli, wszystkie mniejsze ze wspólnym workiem wyostałem przez cięcie brzuszne na zewnątrz. A że szypułka była dość długa, chociaż jednocześnie i gruba, ująłem ją w jedną pętlicę drutu i zapomocą konstryktora CONTRA'A ścisnąłem. Poczem odciąłem torbiel i dla utrzymania szypułki na zewnątrz, przeprowadziłem przez jej grubość po nad pętlicą pręcił srebrny, który wpoprzek rany na ścianie brzucha spoczywał. Błona otrzewna była bardzo znacznie zgrubiała, wyraźnie skutkiem dłuższego drażnienia i przewlekłego zapalenia. Zrostów żadnych pomiędzy workiem i jakąkolwiek bądź częścią otrzewni nie było. Żadnego krwawienia nie było, zatem potrzeby podwiązania naczyń nie miałem. Również nie uważałem aby założenie drenu było potrzebne. Szew na ranę założyłem tak samo, jak i we wszystkich poprzednich razach—węzełkowy, za pomocą jedwabnych nitok z ujęciem otrzewni. Cztery nitki głębokie a pomiędzy nimi trzy powierzchowne. Cała operacja trwała około trzech kwadransów—przez które chora była chloroformowaną.

Narzędzia i gąbki, oraz ręce moje i pomocników były moczone i obmywane w roztworze kwasu karbolowego. *Spray* parowy podczas całej operacji był w ruchu. Brzuch był opatrzony gazą i watą karbolową i obandażowany flanelą. Chora przeniesioną została na łóżko i tu dopiero ze snu chloroformowego się obudziła.

Okres pooperacyjny, pomimo wszelkich niepomyślnych na pozór komplikacyj torbieli, miał przebieg nader szczęśliwy. W pierwszych dwóch dniach nietylko że żadna nie wystąpiła gorączka, ale owszem ten stan gorączkowy, który wyraźnie był notowany przed operacją zupełnie ustąpił. Tętno ze 100 spadło nazajutrz na 64, a na trzeci dzień na 56, ciepłota z 38,5, spadła na 36,5. Na czwarty dzień tętno podniosło się w godzinach wieczornych do 80, ciepłota do 38,5, a piątego dnia przy 90 uderzeniach tętna, mieliśmy ciepłotę 39,3; była to najwyższa ciepłota jaką notowaliśmy podczas całego okresu pooperacyjnego. Już w pierwszych dniach chora czuła głód i częstem przyjmowaniem płynnych pokarmów w małej ilości, musiała go zaspokajać.

Rana na całej przestrzeni zagoiła się bez kropli ropy, *per primam intentionem*. Szew zdjąłem po upływie 4 dni, jedną tylko pętlicę najbliższą szypułki zostawiłem do 6-go dnia. Szypułkę obumarłą ponad pętlicą drutu wraz z drutem usunąłem 7-go dnia. Otwór, w którym szypułka się znajdowała, w postaci głębokiego zakłęśnienia po oddzieleniu cząstek obumarłej szypułki zaczął się wypełniać ziarniną przy bardzo umiarkowanym ropieniu i dziś (4 tygodnie po operacji) zupełnie jest zagojony.

Żadnych objawów zapalenia otrzewni ani wysięku lub przesięku w jamie otrzewnej nie było, aczkolwiek można było spodziewać się tego z powodu zmiany otrzewni i wyraźnego, bardzo nawet znacznego podrażnienia tej błony jeszcze przed operacją. Również zjawiska emboliczne, o których wyżej wspomniałem, występujące w kilku ostatnich tygodniach przed operacją wcale już nie występowały. Brak takowych oraz przesięku w jamie otrzewnej tłumaczyć się daje doraźnym usunięciem samego źródła i przyczyny tych powikłań. Z każdym dniem chora się czuła zdrowszą i rańniejszą—sen miała dobry po zastrzyknięciu na noc $\frac{1}{6}$ gr. morfiny; powtarzano to przez 9 dni z rzędu, a następnie zaniechano tego środka zupełnie. Stolec nie miała w ciągu 7 dni. Pierwsze wypróżnienie obfite wywołano olejem kleszczowinowym. Mocz wypuszczano z początku za pomocą cewnika; na 3-ci dzień zaczęła chora wydalac go sama; 5-go dnia znów niemogła dobrowolnie oddac moczu, a po 8-miu dniach czynność ta wróciła. We dwa tygodnie po operacyi, chora już tyle miała sił że siadała na łóżku, a dziś przechadza się po pokoju.

Z ostatnich zatem sześciu przypadków owariotomii, które od 29-go Kwietnia roku bieżącego zrobiłem, pięć chorych wyzdrowiało, jedna zmarła. Wynik taki jest bardzo pomyślny do jakiego my przynajmniej niebyliśmy przyzwyczajeni; wiadomo bowiem jak dotąd z operacją tą szło u nas nieszczęśliwie. Z poprzednich moich owariotomij pomiędzy 1872 do 1876 roku robionych, (pierwszą, drugą i trzecią robiłem w roku 1872, czwartą i piątą w 1873, szóstą w 1875, siódmą w r. 1876), na 7 operowanych zmarło 5 wyzdrowiało 2 (z tych u jednej część torbieli pozostała w miednicy i wytworzyła się przetoka, wydzielająca w małej ilości ropę). Inni koledzy w Warszawie, którzy tę operację robili byli jeszcze mniej szczęśliwi. ¹⁾ Później przez cztery lata nierobiłem ani jednej owariotomii i niesłyszałem aby kto w Warszawie w tym okresie czasu ją robił. Dla tego więc sześć ostatnich operacyj w ciągu pięciu miesięcy zrobionych, nazywam nową seryją, która z poprzednią tak wielką w wynikach przedstawia różnicę. Kiedy z poprzednich 7-miu operowanych, pięć zmarło na ostre septyczne zapalenie otrzewni i *shock* (u jednej obok zapalenia był krwotok wewnętrzny) i żadna z nich nie żyła dłużej nad 60 godzin; z ostatnich sześciu zmarła tylko jedna, lecz i ta operowana, przez pierwsze 4 dni dawała wszelką nadzieję pomyślnego zejścia; dopiero w końcu 4-ej doby wystąpiło zapalenie wysiękowe otrzewni, czego się już spodziewać nie mogłem, i mam powód sądzić że przyczyną tego śmiertelnego powikłania było przypadkowe traumatyczne obrażenie rany i szypułki.

(d. n.)

¹⁾ O ile nam wiadomo, ś. p. prof. GIRSZTOWT wykonał 11-cie owariotomij; wszystkie śmiertliwą się zakończyły. (Uwaga Red.).

Jeszcze kilka uwag w kwestyi zastosowania lewara do wypuszczania płynów z worka opłucni.

W jednym z ostatnich numerów MEDYCZYNY podałem wiadomość o bardzo prostym sposobie operowania wysięków opłucni, polegającym na zastosowaniu lewara; sposób ten wypróbowałem niejednokrotnie (bez własnego doświadczenia w ogóle nie nigdy nie piszę, ani nie nie krytykuję) i przekonałem się że daje się on zastosować nawet tam, gdzie proste użycie trójgrzańca nie wystarcza, t. j. w przypadkach rozedmy i znacznego ucisku płuca. Do tegoż samego wniosku doszli i ci koledzy, którzy byli obecni przy wykonywaniu przezemnie tej operacji. Tymczasem kol. CHELMIŃSKI z Pragi, który dotychczas tego sposobu wypróbować nie miał okazji, zaprzecza jakoby podane przezemnie fakta były prawdziwe i twierdzi że w tych przypadkach o których mówię, lewar żadnej usługi oddać nie mógł. Na poparcie swego zdania przytacza pierwiastkowe wiadomości o zasadach na jakich działa lewar, i dodaje że już wprzód kusił się, lecz na próżno, o zrobienie z niego użytku, o jakim mowa. Niepomernie żałuję, że nie kol. CHELMIŃSKIEMU zaszczyt ten dostał się w udziale, ale przyczyną tego zdaje mi się być ta okoliczność, że kol. CH. aczkolwiek zna pierwiastkowe zasady lewara, ale nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z warunków ciśnienia w płucach, a *resp.* w opłucni, w razie istnienia w niej wysięków. Płyn, zawarty w opłucni zostaje z dwóch stron pod wpływem ciśnienia atmosferycznego, a mianowicie od strony klatki piersiowej i od strony płuca; jeżeli klatka piersiowa jest podatna, a płuco niezbyt uciśnięte, wtedy obydwa te ciśnienia sumują się i sprawiają że ciśnienie wywierane na płyn jest większe od atmosferycznego. W takich przypadkach dość jest wetknąć trójgrzańce, a płyn swobodnie wypływać będzie i to ciągle, bo klatka piersiowa coraz bardziej zapadać się a płuco rozszerzać będzie i ciśnienie wywierane na wysięk pozostanie takie samo jak z początku operacji. Jeżeli teraz skostniała klatka piersiowa zapadać się nie będzie mogła, jeżeli powierzchowne warstwy płuca uciśnięte i zmienne w niezbyt podatną błonę przeciwdziałać będą ciśnieniu atmosferycznemu od wewnątrz, wtedy, rzecz prosta, warunki w jakich pozostaje wysięk w opłucni się zmienią a ciśnienie pod jakim ten ostatni pozostawał, zmniejszy się i będzie niższe aniżeli atmosferyczne. Jest to rzecz, zdarzająca się we wszystkich długotrwałych wysiękach. Tu już proste użycie trójgrzańca nie wystarcza, dla przyczyny której tłumaczyć nie potrzebuje. Aby dopiąć celu potrzeba: albo 1) zwiększyć ciśnienie na wysięk albo, 2) zmniejszyć przeszkody dla odpływu. Pierwszego dopiąć nie możemy, gdy tymczasem dla drugiego mamy sposoby. I tak stosując aparat aspiracyjny znosimy ciśnienie atmosferyczne do 0 a z nim i przeszkody dla odpływu cieczy. Dalej stosując lewar nie znosimy wprawdzie przeszkód w zupełności, ale je zmniejszamy—na zasadzie praw fizyki—stosownie do tego, jakiej długości użyjemy cewkę. Ponieważ w przyrządzie, przeze mnie używanym ma ona

około 4 stóp, a więc zmniejszam ciśnienie atmosferyczne, *resp.* przeszkody dla odpływu cieczy o $\frac{1}{4}$. Przy tak zmniejszonym oporze, już to ciśnienie, pod jakim znajduje się wysięk wystarcza do jego wydalenia z worka oplucni. Że w tym razie prosty trójkąt nie wystarczy, o tym przekonywa zarówno rozumowanie, jak i doświadczenie, bez którego, raz jeszcze powtarzam, przeczyć jest rzeczą dość ryzykowną. I to także rzecz prosta, że lewar o ramieniu mającym 4 stopy długości nie znosi równie oporu atmosfery jak aparat aspiracyjny, ale ponieważ praktyka pokazuje że działa zarówno dobrze jak ten ostatni, więc widać należy, że nawet przy dość znacznym ucisku płuca, ciśnienie na wysięk oplucni nie zmniejsza się w tak znacznym stopniu, aby dla jego wypuszczenia potrzeba było zupełnie znosić opór atmosfery.

Wreszcie radzę kol. Cn., aby zechciał sposób ten wypróbować w praktyce; byłoby to szczególnie pożądanem wtedy, kiedy się ma ochotę ręczyć, że podania innych nie są prawdziwe. *Dubin.*

WYKŁADY Z DZIEDZINY FIZYJOLOGII.

O t r a w i e n i u.

Wstęp do wykładu klinicznego chorób narządów trawienia.

D-ra C. A. EWALD'A, docenta wszechnicy Berlińskiej.

Przełożył dr. L. A. Anders, ord. klin. terap. szpitalnej przy uniw. Warszawskim.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 22, 24, 27, 29, 32, 38—41. 43 i 44).

Wedle nauki o zaczynach działanie soku żołądkowego lub też kwaśnego roztworu pepsyny, powinno właściwie trwać do nieskończoności t. j. powinno by przeistaczać na peptony dowolną ilość białka. W rzeczywistości jednakże dzieje się inaczej; jeżeli bowiem wystawimy odpowiednią mieszaninę na działanie soku żołądkowego, to po pewnym czasie, jeszcze przed zupełnem rozpuszczeniem białka, sprawa trawienia przerywaną zostanie. Chcąc ją wskrziesić, wypadnie dodać kwasu. W jaki sposób kwas zostaje przytem zużytym, dotychczas nie wyjaśniono dostatecznie. Wedle HORRESEYLER'A ma on tworzyć kwaśne związki z obecnymi podówczas ciałami białkowymi (syntoniną i peptonami). Wreszcie, jeżeli mianowicie do przetrawienia użyto sporej ilości białka, nie pomaga i dolewanie kwasu, pepsyna traci swą działalność, prawdopodobnie rozkłada się ona. W każdym razie ilość zużytej pepsyny w porównaniu z ilością przetrawionego białka jest nieskończenie małą. Wraz z wyżej podanem pochodzeniem peptonów na drodze przemiany białkanów na ich wodany, przemawia to za tem, iż pepsyna jest rzeczywistym zaczynem, jakkolwiek, jakeśmy widzieli, nie czyni ona zadość wszystkim wymaganiom teoryi.

Ilość kwasu solnego konieczna do wywołania w danej cieczy sprawy trawienia jest stosunkowo bardzo różną, waha się bowiem pomiędzy 0,1% a 5—7%. Zresztą, jak tego dowiodły badania WAWRINSKI'EGO i BRÜCKE'GO, nie jest ona jednaką dla wszystkich pokarmów; płynne białko trawi się daleko trudniej w obecności nieznacznej ilości kwasu aniżeli białko gotowane; przy większej (normalnej) zawartości kwasu spostrzegać się daje zupełnie odwrotne zjawisko.

Wiadomo nam zresztą, że sztuczne trawienie wywoływać można nie tylko przy pomocy kwasu solnego lecz i fosforowego, siarczanego, octowego i mlecznego, jednakże potrzebna do tego ilość każdego z nich jest bardzo różną. Pod tym względem jeszcze w r. 1860 robili porównawcze badania DAVIDSON i DIETERICH i przekonali się, że dla przetrawienia jednakiej ilości danego ciała potrzeba użyć kw. mlecznego 6 razy więcej niż solnego, 1½ raza więcej niż octowego. Wedle LEHMANN'A 100 gramów świeżego soku żołądkowego rozpuszcza 5 gramów suchego białka; wedle zaś BIDDER'A i SCHMIDT'A tylko 2,2 grm. a znów podług CORVISART'A 4,9 grm.

Prędkość trawienia zależy zarówno od stopnia ciepłoty (przy 37°—40° dosięga ona swego *optimum*) jak i od mechanicznego działania ruchów żołądka. Powtarzane od czasu do czasu kłócenie sztucznych mieszanin, poddanych trawieniu, przyspiesza ich rozkład i rozpuszczanie się. Niemalże również znaczenie mają własności spożytego białka; BLONDLOT np. widział psa, z przetoką żołądkową, który w 5 godzin przetrawiał 100 gramów gotowanego białka, podczas gdy na przetrawienie takiejże ilości piany z białka potrzebował tylko 3½ godziny. UFFELMANN podawał chłopczkowi z przetoką żołądkową roztwór białka w wodzie i już po 20 minutach był w stanie stwierdzić obecność peptonów. Mniemanie, że jajka na twardo trawia się lepiej niż gotowane na miękko, opierać się musi na jakimś błędzie. Prędkość z jaką przetrawionem zostaje białko zawarte w naszych złożonych potrawach, zależy od ich własności t. j. dostępności dla soku żołądkowego. Ponieważ dla nas lekarzy, prędkość ta pod względem praktycznym ma wielkie znaczenie, pozwolę sobie przeto przedstawić tutaj tabliczkę, w której zestawione zostały wyniki poszukiwań dwóch badaczy.

| Potrawy wedle czasu potrzebnego na przetrawienie ich w żołądku. | Sposób przygotowania | Czas pobytu w żołądku aż do rozpuszczenia się lub zniknięcia. | |
|---|----------------------|---|---------------------------------|
| | | BRAUMONT | RICHET |
| Wódka. | — | — | 30'—40 m. |
| Mleko | — | — | 30'—1 g. |
| Kalafiory | — | — | |
| Cukier trzcinowy | — | — | |
| Żołądek ośli | smażony | 1 godz. | |
| Nózki wieprzowe | gotowane | 1 godz. | |
| Ryż. | gotowany | 1 godz. | |
| Groch ze szmalcem . . . . . | ..... | ..... | 1—2 g. 30 m. |
| Kartofle . . . . . | ..... | ..... | 1 g., 2 g. 15, 2 g. 30—31 m. |
| Jajka ubite | surowe | 1 g. 30 m. | |
| Kleik jęczmienny | gotowany | 1 g. 30 m. | |
| Pstrągi, Łosoś | „ | 1 g. 30 m. | |
| Miękkie jabłka. | surowe | 1 g. 30 m. | |
| Mięso (?) . . . . . | ..... | ..... | 1 g. 30, 2 g. 30, 4 g., 5 g. 30 |
| Mięso jelenie | gotowane | 1 g. 45 m. | |
| Mózdzek cielęcy | „ | 1 g. 45 m. | |
| Sago | „ | 1 g. 45 m. | |
| Szpinak . . . . . | „ | ..... | 1 g. 45, 2 g., 4 g. |
| Kluski z okrasą . . . . . | „ | ..... | 1 g. 45, 2 g. 30, 3 g. 15 m. |
| Jajka | surowe | 2 godz. | |
| Mleko | „ | 2 godz. | |
| Chleb | pieczony | 2 godz. | |
| Salata | surowa | 2 godz. | |

| Potrawy wedle czasu potrzebnego na przetrwanie ich w żołądku | Sposób przygotowania | Czas pobytu w żołądku aż do rozpuszczenia się lub zniknięcia. | | |
|--|----------------------|---|------------------------------|---------------|
| Zupa z tłuszczem i chlebem. | gotowana | ..... | 2 g. | |
| Ryż z okrasą . . . . . | „ | ..... | 2 g., 2 g. 45, 3 g., 3 g. 15 | |
| Soczewica z jajkami . . . . . | „ | ..... | 2 g., 2 g. 45 m. | |
| Wątroba wołowa | surowa | 2 g. 15 m. | | |
| Indyk | smażony | 2 g. 25 m. | | |
| Prosię | gotowane | 2 g. 30 m. | | |
| Mięso jagnięcie | „ | 2 g. 30 m. | | |
| Groch | gotowany | 2 g. 30 m. | 2 g. | |
| Kartofle | „ | 2 g. 30 m. | 2 g. 30 m. | |
| Kapusta | „ | 2 g. 30 m. | | |
| Kalafiory z okrasą . . . . . | „ | ..... | 2 g. 30, 2 g. 45 | |
| Ryż z winem i okrasą . . . . . | „ | ..... | 2 g. 30 m. | |
| Makaron z okrasą . . . . . | „ | ..... | 2 g. 30, 3 g. 45 | |
| Ostrygi. | surowe | } 3 godziny | | |
| Baranina | duszona | | | |
| Jajka na miękko | gotowane | | | |
| Besfsteak . . . . . | ..... |  |  |  |
| Szynka | gotowana | | | |
| Chude mięso wołowe. | smażone | | | |
| Biały chleb | pieczony | | | |
| Ryba | gotowana | | | |
| Zupa cebulana. | „ | | | 3 godz. |
| Jajka z cukrem | | | | 3 godz. 30 m. |
| Wieprzowina | pieczona | } 4 godziny | | |
| Drób | „ | | | |
| Wołowina i cielęcina. | „ | | | |
| Chleb pytlowy. | pieczony | | | |
| Chrząstki | gotowane | | | |
| Kapusta | „ | | | |
| Wieprzowina | solona | | } 5 godzin | |
| Jajka na twardo | gotowane | | | |

Tablica ta ułożoną została na podstawie spostrzeżeń, czynionych nad dwoma chorem z przetoką żołądkową. Pierwszym z nich był znany kanadyjczyk H. M a r t i n (obserwowany przez BEAUMONT'A), którego przetoka powstała na skutek postrzału. Drugi przypadek dotyczył chorego, któremu VERNEUIL zmuszonym był wykonać przecięcie żołądka, z powodu nader silnego bliznowatego, zwężenia przełyku, jakie wytworzyło się po wypiciu ługu potażowego. RICHEL, badając tego chorego, żywił go przy pomocy pokarmów wstrzykiwanych do żołądka przez przetokę. Prócz tego znanymi są w literaturze przypadki: SCHRÖDER'A, GRUNEWALD'A, KRETSCKY'EGO i UFFELMANN'A, jednakże dane z nich poczerpnięte są, na nieszczęście, zbyt mało dokładne, aby mogły być wcielone do tej tablicy.

Podobnego rodzaju badania nie mogą mieć zupełnie ścisłej wartości; z prac RICHEL'A, który kilkakrotnie dochodził strawności tychże samych pokarmów, łatwo się przekonać można, jak zmiennym jest ich czas przebywania w żołądku. Wiadomo nam również jak dalece trawienie w żołądku zależy od stanu ogólnego, od różnorodnych czynników psychicznych i t. p.

Z wszelką też RICHET powiedział słusznością, że, „*nil organe, peut être, n'est aussi fantasque dans sa fonction que l'estomac.*“

Zbojętnianie soku żołądkowego lub też przymieszka doń żółci znosi trawienie, albowiem, wedle BURKART'A, kwasy żółciowe tworzą osad, który opadając na dno, pociąga za sobą, w sposób mechaniczny, pepsynę. Do tego jednakże potrzebną jest znaczna ilość żółci, mała jej bowiem przymieszka jak o tem łatwo się przekonać, nie przerywa trawienia. Dla tego też wątpliwem mi się wydaje, aby żółć, spływająca do światła dwunastnicy, mogła natychmiast zrównoważyć działalność pepsyny, znajdującej się w cieczy, która tylko co przybyła z żołądka. Wszelkie sole metali ciężkich jako to: octan ołowiu, kalomel i t. p. przeszkadzają i zwalniają trawienie żołądkowe; pamiętając o tem, powinniśmy przyjąć za zasadę, aby nie podawać ich nigdy tuż przed albo zaraz po jedzeniu. W podobnyż sposób działa wyskok, kw. karbolowy i stężone roztwory alkali; drażniąc błonę śluzową, wywołują powstawanie alkalicznego przesieku, przeto i takiegoż soku żołądkowego. Wedle BUCHHEIM'A owe przesławione *amara* i *carminativa*, nie mają bynajmniej pomagać trawieniu, przeciwnie zaś korzenie, jak o tem powszechnie wiadomo zwiększają ilość wydzieliny. Powiadają, że sok żołądkowy traci swoje działanie przy gotowaniu, zamrażaniu zaś nie ma wywierać nań takiego wpływu. Nieraz sok żołądkowy psa, otrzymany za życia zwierzęcia przy pomocy cewnika, wyparowywałem na wodnej kąpieli, a pomimo to, pozostała reszta nie była pozbawioną swoistego działania na białko; nie działałem również, aby wyciąg glicerynowy z żołądka wieprzowego tracił swą działalność po dodaniu doń wody i ogrzewaniu.

Pozwolę sobie nakoniec powiedzieć słów parę o tem, gdzie właściwie w żołądku wydziela się pepsyna, czy mianowicie w czynności tej przyjmuje udział tylko dno żołądka, czy też i okolica odźwiernika.

Kwestyja ta była przedmiotem bardzo ożywionych sporów, na nasze jednakże szczęście nie potrzebujemy się bliżej niemi zajmować, albowiem zostały one załagodzone przez HEIDENHAIN'A a to w następujący sposób. Oddzielił on całą okolicę odźwiernikową, wraz z jej siecią i naczyniami, od pozostałej reszty żołądka. Następnie resztę żołądka zeszył z dwunastnicą, a utworzywszy z okolicy odźwiernikowej rodzaj woreczka, połączył jego brzegi z raną brzuszną. Jeżeli pies wytrzymał następstwa podobnego rękoczynu, w takim razie wytwarzał się z owego woreczka rodzaj przetoki, wydzielającej lepki, przezroczysty śluz, który po rozcieńczeniu 0,1 procentowym roztworem kwasu solnego przetrwał bardzo prędko krzepnik i ścinał świeże mleko, nie wytwarzając przytem kwasu. Jeżeli sobie teraz przypomnimy, że gruczoły pomieszczone w okolicy odźwiernika, posiadają tylko tak zwane komórki środkowe, w takim razie przekonamy się, że doświadczenie to przemawia za tem, iż w komórkach środkowych upatrywać winniśmy część gruczołu wydzielającą pepsynę, podczas gdy komórki obwodowe odegrywają podobnąż rolę względem kwasu. Pogląd ten znajdował wielu przeciwników, wszelako HEIDENHAIN dowiódł jego słuszności, opierając się tak na mikro-chemicznym zachowywaniu się komórek, jak również i na rozmaitej ich odporności na działanie rozcieńzonego kwasu solnego.

Śluz zaś gęsty, pokrywający powierzchnię żołądka, zawdzięcza prawdopodobnie swoje pochodzenie, szczególnież w okolicy odźwiernika, przemianie śluzowej nabłonka.

ODCINEK.

Sprawozdanie z VI-go spółnarodowego zjazdu oftalmologów,
jaki odbył się w Medyolanie od 1 do 4 Września 1880 r.

(Ciąg dalszy.— Zobacz Nr. 44).

Posiedzenie popołud. 2 Września. Przewodniczący: LIEBBRECHT i GAYET.

VII. SECONDI z Genui odczytuje pracę o leczeniu oddzielenia się siatkówki (*amotio retinae*). Krom przekłócia oddzielonej siatkówki i sklerotomii, nie zaniedbuje leczenia ogólnego (pilokarpina, wcierania rtęciowe, poziome ułożenie chorego). Rozróżnia wyniki leczenia bezpośrednie i późniejsze. Na 17 przypadków spostrzeganych, z wyników bezpośrednich 5 było ujemnych, 8 pomysłnych, 4 wątpliwe. Wyniki późniejsze przedstawiają się jak następujące: w dwóch przypadkach wyleczenie trwało 15 dni, w trzech—trzy miesiące; w dwóch—10 miesięcy; w jednym 12 miesięcy, w jednym—dwa lata. Jeden chory wyleczony jest od lat pięciu. Inni operowani znajdują się jeszcze pod spostrzeganiem autora.

GAŁĘZOWSKI sądzi, że przy rozpoznawaniu i leczeniu oddzielenia się siatkówki, wielkiego są znaczenia stosunki etjologiczne. W przypadkach, gdzie siatkówka uniesiona jest wysiękiem surowiczym nieznacznym, leczenie wewnętrzne wystarcza do usunięcia choroby. Autor przy takich oddzieleniach się siatkówki otrzymał bardzo dobre wyniki z leczenia przeciwzapalnego. Zupełnie inny zachodzi stosunek przy znacznych oddzieleniach siatkówki.

PONCET twierdzi, że tak spostrzeżenia kliniczne jak wyniki badań anatomo-patologicznych upoważniają do rozróżniania kilku rodzajów *amotio retinae*. Autor przy *irido-choroiditis* spostrzegał przypadki oddzielenia się siatkówki z wysiękiem wynoszącym 0,2—0,3 milimetra, w podobnych razach stwierdził maceracyją nabłonka naczyniówki i barwika; tu wyleczenie jest bardzo możliwe. Gdy ciało szkliste jest rozmiękzone, gdy w jego komórkach osiędzie barwik, wyleczenie jest prawie niemożliwe; sprawa chorobowa doprowadza najczęściej do zaniku gałki ocznej. Autor przypuszcza, że krom zapalenia przewlekłego naczyniówki, zdarzają się zaburzenia nerwów naczynio-ruchowych błony naczyniowej, które powodują szybkie wytwarzanie się wysięków, zupełnie tak samo jak to ma miejsce w opłucni w następstwie uszkodzenia zwojów spółczulnych.

MEYER nie sądzi, aby przypadki o których wspomina PONCET można odnieść do kategorii *amotio retinae*.

GAŁĘZOWSKI odpowiada, że pod nazwą *amotio retinae* rozumieć należy nie tylko przypadki typowe, ale i takie, gdzie pole widzenia jest zmniejszone a badanie wzornikiem wykazuje obrzęk siatkówki i naczynia pozaginane.

VIII. STILLING ze Strassburga okazuje wyroby anatomiczne, uwiadczenia budowę skrzyżowania nerwów wzrokowych i przebieg włókien tychże nerwów. Na rzeczonych wyrobach najdowodniej przekonać się można o słuszności podań dawnych anatomów o przebiegu włókien nerwowych *in chiasmata* (*commissura anterior et posterior, fibrae laterales et portio centralis cruciata*). Też wyroby wykazują, że włókna nerwów wzrokowych dochodzą aż do mostu VAROL'A.

IX. BOUCHERON z Paryża mówi o leczeniu zezowości. Przypomina o konieczności przecinania przyczepów mięśnia do woreczka TENON'A, a to odpowiednio do stopnia poprawy, jaki otrzymać zamierzamy. Przy zezie

przepuszczającym (*strabismus intermittens*) stosowanie atropiny doprowadza do zupełnego wyleczenia.

JAVAL już przed 15 laty zalecał wkraplanie atropiny przy zezie zbieżnym i środek ten przy zezowatości przepuszczającej uważa za najzupełniej wystarczający. Przy zezowatości stałej, atropina zwiększa zбочenie oczu i przez to powoduje zdwojenie się obrazów. Jeżeli zбочenie oczu przekracza 10—15 stopni, wyleczenia oczekiwać nie można ani od środków midriatycznych, ani od szkieł przyzmatycznych, ani od ćwiczeń gimnastycznych oka; w takich razach operacja jest niezbędną.

BOUCHERON nigdy nie zauważył, aby zezowatość zwiększała się pod działaniem atropiny. Jeżeli po 15 dniach wkraplania atropiny zez nie ustaje, przystępuje do operacji. Zez powstały w następstwie chorób rogówki ustępował pod wpływem wkraplania atropiny przez dni 13. Atropinę stosować należy dotąd, dopóki osie wzrokowe nie zbiegną się na przedmiocie trzymanym w odległości 30 ctm. od oczu.

PIERD'HONY z Medyolanu przyznaje skuteczność środków midriatycznych stosowanych bezpośrednio po tenotomii. Wkrapla on atropinę przez 2—3 tygodnie po tenotomii i sądzi, że ten sposób leczenia zasługuje na rozpowszechnienie.

X. BOUCHUT opowiada spostrzeżenie ze swej praktyki, mające dowodzić związku chorób ucha z mózgiem i przyrządem wzrokowym. U dziewczynki 12-letniej choroba rozpoczęła się wyplywem z ucha (*otorrhoea*) i zawrotami głowy; ostrość widzenia była prawidłowa. We wnętrzu oka stwierdzono obecność krwawych wybroczyn i zaciśniętą tarczeczkę nerwu wzrokowego. Po jakimś czasie chora uskarżać się zaczęła na osłabienie mięśni; wystąpiły objawy padaczkowe i zбочenie w ustawieniu głowy. Ostrość widzenia zmniejszała się aż nareszcie pojawiła się zupełna ślepotą. Wzianikiem wówczas wykryć było można oznaki *neuritidis opticae* i *neuro-retinitidis exsudativae*. Napady padaczkowe stawały się coraz częstsze; przyłączył się bezwład, aż nareszcie śmierć położyła kres cierpieniom dziewczynki. Badanie pośmiertne wykazało: ropienie kości skalistej, zapalenie osłon mózgowych, nowotwór (*gliosarcoma*) na dnie 4-ej komory mózgowej.

PONCET sądzi, że w przypadku przerzeczonym cierpienie ucha nie było pierwotnem; że przyczynę całej choroby stanowił nowotwór w 4-ej komorze mózgowej, który wywołał sprawę chorobną w nerwie wzrokowym, słuchowym i w mózgu. (c. d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Apomorphina jako expectorans w praktyce dziecięcej. KORMANN używał tego leku z dobrym skutkiem w 76 przypadkach niezbyt grubszych i drobnych oskrzeli u dzieci, w dwóch przypadkach zapalenia płuc niezbytowego, w niezycie ostrym krtani i w jednym przypadku dyfterji gardzieli. K. zalecał chlorek apomorphiny u dzieci rocznych w ilości $\frac{1}{60}$ grana do $\frac{1}{6}$ gr. *pro die* w wodzie, powiększając o $\frac{1}{120}$ gr. tę dawkę na każdy rok wieku dziecka. Lek ten podaje się w roztworze wodnym z dodatkiem kilku kropli kw. solnego (*acidi hydrochlorici*) oraz odpowiedniej ilości ulepku i zaleca się łyżkę stołową co godzinę; pożądaný skutek ma już po kilku dawkach występować: kaszel suchy staje się wilgotnym, duszność się zmniejsza, a osłuchiwanie wykazuje obecność rzeń wilgotnych w oskrzelach. W niektórych tylko przypadkach powstawały wymioty. Na trawienie lek ten wcale nie wpływał, nawet zdaje się autorowi, że w niektórych przypadkach chęć do jadań nieco się powiększała. W większej liczbie przypadków K. zauważył zmniejszenie częstości tętna o 10—12 uderzeń na minutę i z tego też względu radzi u dzieci niedokrwestych do-

dawać do powyższej mieszanki nieco *Liq. ammonii anisati*. W przypadkach zapalenia nieżyłowego płuc w których K. podawał ów środek jednocześnie ze sporemi dawkami starego wina, następowało niezwykle szybkie rozejście się nasiąknięcia zapalnego. Przy dyfteryji zejście było niepomyślne. Jako ważne przeciwwskazanie do użycia apomorfiny autor uważa obecność organicznego zwięzienia w krtni lub tchawicy.

(*Journal f. Kinderheilkunde* XVI—1880. *Ref. w Wiener. Med. Wochst.* 42—1880). A. S.

Pilokarpina przeciw dyfteryji. GUTTMANN na zasadzie 81 przypadków pomyślnie wymienionym lekiem leczonych, wielce takowy zachwala i uważa go za lek swoisty w tej chorobie. Przepis autora jest następujący: dla dzieci. *Rpe: Pilocarpini muricati* $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ gr. (0,02—0,04), *Pepsini* 10—12 gr. (0,6—0,8), *Acidi hydrochlorici gutt.* 2, *Aq. destil.* $2\frac{1}{2}$ —3 unc. (80,0) *M. D. S.* Co godz. łyżeczkę od kawy. Dla dorosłych: *Rpe: Pilocarpini muriat.* $\frac{1}{2}$ —1 gr. (0,03—0,05). *Pepsini* 30 gr. (2,0). *Acidi hydrochlor. gutt.* 3. *Aq. dest. unc.* 7—8 (240,0) *M. D. S.* Co godz. łyżkę stołową. Szczegółowy przepis leczenia jest następujący: Co godzinę podaje się łyżeczkę od kawy przepisanego lekarstwa (dorosłym łyżeczkę stołową) i bezpośrednio po tem łyżeczkę (dorosłym łyżkę) starego wina węgierskiego, bez przerwy tak w dzień jak i przez noc całą (nie zważając nato że chorey śpi). Trzy razy w ciągu doby, zatem co 8 godzin zmieniany okład rozgrzewający na szyję; dalej co 2 godziny naprzemian w niewielkich naraz ilościach: mleko, kawę, albo polewkę mięsną i nakoniec jako rzeczywiście wspierający działanie głównego leku środek podawanie za napój dużo i bardzo często wodę z lodu, jako też galki lodowe do polykania. Działanie pilokarpiny autor w ten sposób objaśnia: powstaje mniej lub więcej obfite ślinienie, w skutek czego błony rzekome i nasiąknięcie dyfteryczne całkiem się rozpuszczają; nato ustępują także gwałtowne objawy zapalne: błona śluzowa mocno zaczerwieniona, sucha, wkrótce staje się wilgotną, blade czerwona i pod każdym względem wraca do stanu prawidłowego. Autor nadto zalecał pilokarpinę przy zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli (*pharyngitis, angina aphthosa et tonsillaria*) z mocnem nabrzmieniem migdałów, z równie pomyślnym skutkiem tak, że już w ciągu 12 godzin objawy zapalne ustąpiły. Wreszcie pilokarpina może być zdaniem autora, wyborynym lekiem przeciw krupowi krtniowemu (*Larynxcrup*). (*Berl. klin. Wochst.* Nr. 40—1880). J. R.

Przypadek porodu z całkowitą utratą macicy opisuje NIEPRASCH. Był on przywołanym do 7-my raz rodzącej, w położeniu nóżkowem. Został rodzącą w stanie znacznego upadku sił, a między jej udami leżało dziecko donoszone, którego głowa była otoczona wyrwaną macicą, trzymającą się tylko na jednym więzadle okrągłem. Jelita wypadły przez otwór sromny. Następnego dnia oddzielono macię, odprowadzono jelita, do pochwy wprowadzono gąbkę napejoną roztwem kwasu karbolowego, którą często zmieniano. Po upływie trzech tygodni gorączka ustąpiła i chora w zupełności przyszła do zdrowia, tak, że obecnie zajmuje się zwykłą swoją pracą.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 27—1880). Dr. St. Kondratowicz.

Wiadomości z medycyny publicznej.

Przewożenie chorych z chorobami zakaźnymi i zaraźliwymi. W większych miastach angielskich, gdzie niemal każdy przypadek choroby zakaźnej daje powód do śledztwa lekarskiego, przekonano się bowiem niejednokrotnie, że powozy, fiakry i t. p. służące do przewożenia chorych do szpitali stają się źródłem szerzenia się zarazy. Niebezpieczeństwu temu starano się zapobiedz rozmaitemi środkami. Obecnie na ważny ten przedmiot zaczęto zwracać baczną uwagę w miastach francuzkich i belgijskich. W ustawie holenderskiej z r. 1872 o zapobieganiu chorobom zaraźliwym stanowczo i pod karą zakazaniem jest użycie powozów i statków publicznych do przewożenia chorych zaraźliwych. W Brukselli wejść mają obecnie w wykonanie przepisy, które tu podajemy, a które są wyrazem wymagań higieny w tym nader ważnym przedmiocie. 1) Zakazaniem jest użycie powozów najętych, fiakrów, omnibusów w celu przewożenia do szpitala osób dotkniętych chorobami zakaźnymi lub zaraźliwymi. 2) Jeżeli woźnica powożący fiakrem lub t. p. wezwany

będzie do odwiezienia osoby chorej do szpitala, winien przed tem żądać okazania świadectwa lekarskiego przekonywującego, że osoba ta nie jest dotknięta chorobą zakaźną ani zaraźliwą. 3) Do chorób zakaźnych i zaraźliwych zaliczać wypadki: cholere, durzycę, ospę, płonicę, odrę i błonicę. 4) Przewożenie osób temi chorobami dotkniętych odbywać się ma za staraniem zarządu miasta, powozami wyłącznie na ten cel utrzymywanemi. 5) Jeżeli osoba dotknięta jedną z rzeczonych chorób będzie miała udać się do szpitala lub gdzie indziej, natenczas komisarz policyi odpowiedniego cyrkułu wezwie wspomniany powóz, a to za okazaniem stosownego poświadczenia lekarskiego, określającego naturę choroby. Po każdej takiej jeździe powóz poddany będzie stosownej desinfekecyi, według wskazań służby sanitarnej i pod jej nadzorem. 6) Koszt przewozu ponosi osoba przewożona lub zarząd szpitali, dobroczynności publicznej. Koszta obliczane będą według taryfy obowiązującej dla powozów publicznych z doliczeniem 50⁰/₀. 7) Każdy inny powóz którymby wbrew powyższym przepisom do szpitala odstawiono chorego dotkniętego chorobą zakaźną lub zaraźliwą, poddany będzie zaraz w szpitalu przymusowej, dokładnej desinfekecyi. Dyrektor biura higienicznego w Brukselli polecił już zbudować odpowiedni powóz (za 2300 franków). Szczegóły dotyczące tego przedmiotu znajdujemy w ostatnim zeszycie *Revue d'hygiène* 1880. (Nr. 9 str. 758).

Dżdżownice (glisty ziemne) jako roznosiciele zarodników wąglkowych. PASTEUR przekonał się, że dżdżownice przenoszą z dołów, w których zakopane były sztuki bydła padłego na wąglík, na powierzchnię ziemi zarodniki tej straszliwej choroby, które spożyte z trawą szerzenie się wąglíka sprawiają. Szczegóły poszukiwań autora znajdują się w Nr. 28 „*Bulletin de l'Academie de medecine*” z r. 1880. Jeżeli to odkrycie PASTEUR'A się potwierdzi, to w przyszłości zakopywanie bydła padłego na wąglík winno być surowo zabronione, a natomiast nakazane palenie. Z drugiej strony dżdżownice zasługują na baczną uwagę gospodarzy wiejskich, dla których wąglík jest wielką plagą. Z tego powodu ministerium rolnictwa w Paryżu naznaczyło 50000 franków na dalsze poszukiwania PASTEUR'A dotyczące wąglíka i t. z. cholery kur.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Zakład prywatny dla podrzutków. Pisma codzienne donoszą, że staraniem księdza LASOCKIEGO ma być bezwzględnie utworzony w Warszawie zakład dla podrzutków. „MEDYCINA” niejednokrotnie już wypowiedała zdanie przychylnie otwarciu tego rodzaju zakładu. I dziś zatem spieszmy pochwalić szlachetny zamiar i energiją tych, którzy niezrażeni najróżnorodniejszymi przeszkodami przystępują do urzeczywistnienia wymagań dyktowanych przez zdrowy rozsądek i przez sumienie publiczne. Wiadomo przecie że oficyjalny organ dobroczynności publicznej stanowczo wszelkiemu zakładowi dla podrzutków do ostatnich czasów był przeciwnym. Wynikające z tego powodu trudności niepozwołały by zamiar księdza L. przybrał szerszy zakres i uzyskał tę organizacyję jaka jest konieczną, jeżeli zakład o którym tu mowa ma działać ocalająco. Przyznajemy otwarciu że mamy pewne obawy iżby ludzie zresztą najlepszej woli ale nieuczolnieni specjalnie w sprawie ochrony i opieki nad niemowlętami, niewzięli się do roboty i przez szlachetny ale nieogledny entuzjazm, nie stworzyli nowego miśsiernego „sportu”, którego gorączkowem będzie zadaniem dostać niemowlęta do przytułku. Jak to nieraz gdzie indziej już się działo, opieka nad niemowlętami robi „fiasco,” jeżeli jest uorganizowaną i bezpośrednio kierowaną przez ludzi gorącego serca i wielkiego miłosierdzia, ale nie wiedzących o tem jakiej pomocy potrzebuje niemowlę stosownie do swego wieku, stopnia odżywienia, rodzaju zaniedbania czy opuszczenia w jakim się zakład dostaje, wreszcie stosownie do rodzaju choroby, tak często zaraźliwej jak świerzba i syfilis, z jaką niemowlę do zakładu wchodzi. Gorące uczucie miłosierdzia ze strony inicjatorów i najczulsza troskliwość ze strony Siostry miłosierdzia lub jakiejś dozoreczyni w zakładzie, pozostaną bezużytecznymi w sprawie ocalenia podrzutka i innych niemowląt w zakładzie schronienie mających, bez stanowczej i we wszystkim ostatecznie rozstrzygającej interwencyi le-

karza, obeznanego ze sztucznem karmieniem niemowląt, z ich chorobami, z higienicznem urządzeniem przytulków i t. d. i t. d. Wypowiadamy to przekonanie bez ogródki, wiedząc z góry że nie dla wszystkich będzie ono milem i że z niejednej strony pożytanem będzie za wyraz uzurpatorskiej zachcianki, o jaką my lekarze ze strony pewnych powag nieraz posądzeni bywamy. Wszak niedawno słyszeliśmy na publicznem zgromadzeniu jak głos bardzo poważny lekceważąco odzywał się o higienie, która jako nauka jakoby nie istnieje a do której praktycznego zastosowania „dostyć jest być człowiekiem rozsądnym”. Otóż bojemy się aby to hasło grzeszenie nieraz zarozumiałości „nie święci garnki lepią” nie stało się dla ludzi świętych ale niemających o garncearstwie wyobrażenia pobudką do rozpoczęcia bardzo trudnej roboty około opieki nad opuszczonemi niemowlętami.

Lecznice dla przychodzących chorych. Oprócz ambulatoryjów przy szpitalach, miasto nasze posiada obecnie 6 lecznic których zadaniem ma być niesienie pomocy lekarskiej chorym bezpłatnie lub za niewielką opłatą. Według pewnych wiadomości w lecznicach tych daje się dziś już około 80000 porad lekarskich rocznie, czyli na 5 jednostek ludności miejskiej przypada 1 porada lekarska bezpłatna lub prawie bezpłatna. O tych instytucjach, które zdaniem naszym, bez usprawiedliwionej potrzeby wyrastają w Warszawie jak grzyby po deszczu, można by i należałoby nieraz obszernie pomówić. Sprawa lecznic, szczególnie po ogłoszeniu reklamatorskich sprawozdań lecznicy Krzyża Czerwonego, w której osoby „wszelkiego pochodzenia i stanu” znajdują pomoc bezpłatną, jest w rzeczy samej ściśle związana ze sprawą godności stanu lekarskiego, materyjalnych interesów ogółu lekarzy praktykujących w mieście, ze sprawą przeczorności klass średnich wśród naszej ludności, a nakoniec z kwestyją mniej lub więcej sumiennego wykonywania praktyki lekarskiej. Jeżeli o lecznicach, o ich niezawodnej pożyteczności w pewnej mierze i o bardziej jeszcze niezawodnej szkodliwości, dotąd prawieśmy wcale niemówili, to jedynie dlatego, że kwestyja jest niesłychanie drażliwą i że wolelibyśmy aby zdrowy rozsądek i poczucie solidarności koleżeńskiej pozwoliły uniknąć traktowania jej w szpaltach naszego pisma. Jednakże niechcemy być posądzeni o to, jakobyśmy ignorowali bieżące a palące kwestyje stanu lekarskiego w naszym mieście i jakobyśmy byli gotowi milczeniem przechodzić zdrożne kroki tego stanu. Na dziś pozwalamy sobie jedynie zwrócić uwagę tych kolegów którzy o godność ciała naszego dbają, na wyniki nadmiaru i nieestosownego zaofiarcowania bezpłatnej lub prawie bezpłatnej pomocy lekarskiej w niektórych wielkich miastach, a szczególniej w Londynie (zob. *Die unentgeltliche Krankenpflege in London* von dr. HOFFMANN — *Deutsche V. f. öff. G.* tom VIII. 1876, 3 zeszyt). O tym smutnym wyniku nierozważnego systemu tak zwanych „*dispensaries*” jeden z lekarzy z tą fuszerką praktyki lekarskiej obeznany tak się odzywa: „Panujący dziś system wstręt we mnie budzi, jest on więcej jak niedorzecznym, jest istotnie nieustającym kłamstwem, ale rady przeciw temu niema; usiłowania dążące ku zmianie napotykają na opozycyją najnędrniejszego rodzaju i czynią nasze stanowisko lekarzy nie tylko nieznośnem ale nawet wprost niemożliwym”. U nas, na szczęście, tak źle jeszcze nie jest i da Bóg nie będzie nigdy.

Korrespondencyja Redakcyi.

W-mu d-rowsi Z. M. w Radzynie. O dawce bursztynianu żelaza przeciw kamieniom żółciowym nie możemy dostarczyć żadnych objaśnień nad te, jakie podaliśmy w N-rze 30-tym MEDYCYNY z r. b. albowiem o ile nam wiadomo czasopisma „*The London med. Record*” nikt w Warszawie nie otrzymuje. Co się zaś dotyczy źródła z którego referat był wzięty, to tam jedynie podano dawkę w ilości łyżeczki od kawy, bez oznaczenia wagi. Bądź co bądź 1 skrupuł na raz nie wydaje się nam dawką zawiętką. W Warszawie, o ile nam wiadomo, nikt tego leku dotąd nie używał.

W-mu d-rowsi S. w Zamościu. O „Kalendarzu lekarskim” dotąd nie nie slychać; sądzimy, że z powodu mającej wkrótce nastąpić zmiany wydawcy „GAZETY LEKARSKIEJ,” takowy kalendarz w tym roku nie wyjdzie.

OGŁOSZENIA.

Dr. med. Władysław Krajewski, lekarz zdrojowy w Teplicach Czeskich powrócił na zimę do **Lwowa**, ul. Kościuszki Nr. 6.

Dr. J. Tymowski, ma honor zawiadomić Szan. kolegów, że przez sezon zimowy praktykuje w **San Remo** (*Italia Riviera di Ponente*).

Dr. Leon Nencki, ma zaszczyt zawiadomić Szanownych kolegów, iż utworzył u siebie **pracownię zoochemiczną** w której dokonywa: rozbiory tak jakościowe jak i ilościowe: *a*) moczu, *b*) kamieni moczowych i żółciowych, *c*) wszelkich wydzielin patologicznych (plwociny, zawartości żółdkowe, torbielowe) oraz poszukiwania mikroskopijne osadów moczowych, ciałek nasiennych krwi i t. p. — Przyjmuje do 9^{1/2} rano i od 4—7 po południu.—**Zielna 7.^b**

Do sprzedania za 120 rs.

Aparat galvano-kaustyczny Stoerer'a

o 4-ch elementach (duży z pudłem) wraz z wszelkimi narzędziami do galvano-kaustyki potrzebnymi. Wiadomość w biurze Redakcyi **MEDYCYN**.

Warszawski Dom Zdrowia

6. Szpitalna 6.

Istniejący pod nazwą powyższą zakład leczniczy, przeznaczony jest dla stałego pomieszczenia chorych dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiet spodziewających się słabości. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną chorym zostaje.

Zakład mieści się w umyślnie w tym celu zbudowanej i urządzonej posesyji, otoczonej ogrodem. Pokoje dla każdego chorego są oddzielne. Leczeniem chorych zajmują się podpisani właściciele zakładu. Na żądanie chorych, do porad wzywani są lekarze do Zakładu nienależący.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie, dowiedzieć się można na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy zakładu. Ci ostatni udzielają też informacji listownych.

J. Brzezinski (Mazowiecka Nr. 10), **K. Dobrski** (Królewska Nr. 6), **J. Gutwein** (Plac Grzybowski Nr. 10), **A. Thieme** (Marszałkowska Nr. 38).

Zakład Przyrodoleczniczy.


WODOLECZNICA

W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ
gubernija Piotrkowska, powiat Rawski

Sezon zimowy.

Zakład jak w porze letniej, tak i zimowej przyjmuje chorych. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galerija do przechadzek. Bilard, czytelnia, dwóch stałych lekarzy. Wielec skuteczne leczenie wodą podczas zimy w chorobach nerwowych, katarach żołądka i kiszek, niemocy męzkiej i t. d. Bliższe objaśnienie w Warszawie, w aptece H. KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 480, lub w Nowem Mieście, w Zarządzie Zakładu.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.