

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

**Cena Gazety Lekarskiej.** W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

**Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich.** W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

**Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich.** Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**PREŚĆ:** **Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.** O zmianie w oku spowodowanych uderzeniem piorunu. Podał *Henryk Downar*, ordyn. szpitala wojsk. w Lublinie. Przypisek *Dra Talko*. — **Rozprawy naukowe.** Kilka uwag dotyczących chirurgii polowej. Przez *Prof. Nussbauma*. — O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości. Przez *Dra Władysława Strawińskiego* (Dalszy ciąg). — **Korrespondencya.** Z Sandomierza. Zakład przyrodo-leczniczy *Dra Bielińskiego* w Nowym Mieście nad rzeką Pilicą. Podał *Leon Chodakowski*, lekarz powiatu sandomierskiego. — **Kronika zagraniczna.** O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym. Przez *Prof. Leberta* (Dalszy ciąg). — **Wiadomości bieżące.** Akampora jako surrogat chininy. Kwestye wojenno-sanitarne. — **Dodatek.** Anatomii chirurgicznej ark. 52. Chorób z zaburzeń w odżywianiu ark. 26, 27, 28 i 29. Ogł. farm. lekars.

## O zmianach w oku spowodowanych uderzeniem piorunu.

Podał *Henryk Downar*, ord. szpitala wojskowego w Lublinie.

Dnia 27 czerwca r. b. do wojskowego szpitala w Lublinie przybył szeregowiec *Tymoteusz Juryn*, uskarżający się na znaczne osłabienie wzroku, które wystąpiło nagle po oprzytomnieniu chorego od zemdlenia, spowodowanego uderzeniem piorunu. Wypadek ów, według opowiadania chorego, miał miejsce 4 września r. z. w obozie na Bielanych pod Warszawą. Piorun uderzył w namiot, w którym się chory znajdował; ślady jakie w przejściu pozostawił stanowiły dwa otwory w górnej i bocznej części namiotu, ostatni blisko wezgłowia chorego. Jak długo trwał stan bezprzytomny chory nie pamięta, odcuony, miał czarne ślady oparzeliny od piorunu na obu rękach i twarzy. Odwieziony do szpitala w Warszawie wyszedł z tamąd bez polepszenia wzroku. (Opis podaję ze słów chorego). Obecny stan chorego jest następujący: na rękach i twarzy żadnych oznak bliznowych, jako śladów głębszej oparzeliny. Według subiektywnych wskazówek chorego wzrok znacznie osłabiony: prawem okiem różnia N. 100 pisma *Snell*. na 10 stóp, lewem na 4 zaledwie, kontury przedmiotów widzialnych niejasno, całe pole widzenia jest jakby gęstą gazą zasłonięte. Rogówka i łącznica zupełnie normalne, przy bokowym oświetleniu na

przednich powierzchniach obudwóch soczewek widzieć się dają miejscowe powierzchnowe plamy nieforemnego kształtu, w prawym umiejscowiona w centrum, w lewym cokolwiek na zewnątrz: tylna powierzchnia soczewki daje reflex (odbicie promieni) dość znaczny w skutek zmętnienia większej powierzchni. Sama soczewka daje odbłask zlekką opalizujący. Przy badaniu wzornikiem ocznym w kierunku prostym kształt zmętnienia widzialny jest dokładnie w prawym oku, ma ono formę prawidłowej gwiazdy, przytem zmętnienie przedniej powierzchni przy ruchach gałki zmienia pozycyę odnośnie do gwiazdźistego zmętnienia tylnej powierzchni; w lewym oku zmętnienie ma kształt nieokreślony i mniej zgęszczony.

Przy badaniu wzornikiem w kierunku odwrotnym (z soczewką), w prawym oku z powodu gęstego zmętnienia, dno oka nie było jasno widzialnym, jednakże znacznych zmian w nim nie byłem w stanie zauważyć. W lewym oku przez wewnętrzną część soczewki dno jego widzialnem jest dokładniej: w przebiegu naczyń siatkówki od strony plamki żółtej kilka nie wielkich wynaczynień, a z trzech stron pozostałych tarczę nerwu wzrokowego w niewielkiej od niej odległości otaczają obfite złogi barwnika ciemnego łukiem dość szerokim, nierównym. W samej tarczy zmian nieprawidłowych nie dostrzegłem. W zewnętrznym odcinku dno oka widzianem było również niewyraźnie jak i w oku prawem. Zmiany te zdają się dostatecznie usprawiedliwiać osłabienie wzroku na jakie się chory skarża.

Opis powyższy zasługuje na uwagę ze względu na to, że wypadki takie nie są zbyt często obserwowane, oraz ze względu na bezpośrednią przyczynę zmian dostrzeżonych. Tu mogą mieć miejsce dwa przypuszczenia: albo wynaczynienia siatkówki są następczym objawem wylewu krwi w mózgu lub jego oponach, zmętnienie soczewek spowodowane jest przez silne ich wstrząśnienie (jak to utrzymują niektórzy autorowie, podający za przyczynę katarakty wstrząśnienia przy silnym kaszlu kokluszowym); albo obadwa zjawiska są bezpośrednio wywołane przez strumień elektryczny. Kształt wynaczynień siatkówki i umiejscowienie ich na pewnej odległości od tarczy nerwu wzrokowego przemawia przeciwko następczemu ich pochodzeniu, gdyż krwotoki mózgowe objawiają się na dnie oka najczęściej wylewem krwi między błonkami pochwy nerwu. Nagłe zaś wystąpienie objawów osłabienia wzroku, zachowanie statu quo w ciągu całego roku, oraz kształt zmętnienia soczewek, również i to, że zmętnienia zajmują torebkę, pozostawiając miąższ prawie nietkniętym, każą przypuszczać bezpośrednie działanie prądu elektrycznego, którego główny strumień przeszedł po powierzchni ciała, i temu zawdzięcza chory zachowanie się przy życiu.

---

#### **Przypisek Dra J. Talko, okręgowego okulisty.**

Opisy uszkodzeń oczu elektrycznością piorunu są nadzwyczaj ubogie w literaturze oftalmicznej. Zwykłym następstwem tego bywa wstrząśnienie i sparaliżowanie siatkówki, nieraz nieuleczalne (Duchenne). Znane mi są kilka

wypadków podobnego rodzaju, a mianowicie 2 Pétrequin'a (Nouv. recherches sur la thérapeutique de l'amaurose Ann. d'Ocul. t. II, str. 212) i 1 podany przez Henrota y w Ann. d'Oculistique (XXVII, str. 71); u pierwszego chorego po roku nastąpiło polepszenie w skutek jakoby użycia hałunu (?); u drugiego jasna ślepotą przeszła w *coecitas diurna* (nyctalopia), a po pewnym czasie nastąpiło raptowne wyzdrowienie; u 3-go reumatyka, u którego piorun uderzył w galwaniczny łańcuch noszony na szyj i piersiach, zupełna ślepotą przy rozszerzonych i nieruchomych źrenicach po 6-ciu dniach przeszła w wyzdrowienie jakoby w skutek dużej wezykatoryi postawionej na karku. Dr Grosz w rozprawie swój „o leczeniu ocznych chorych na równinie węgierskiej“ (Grosswardein 1857) wspomina o pewnej dziewczynie rażonej piorunem w chwili stania pod drzewem. Skutkiem tego miała być różyczkowa czerwonosć twarzy i *cataracta capsularis*. Patrz też obserwacją Servais „*cataracte produite par foudre*“ (Ann. d'Ocul. t. 52. str. 185).

Podobne spostrzeżenie podaje obecnie kol. Downar, z tą tylko różnicą, iż oprócz obustronnego zaciemka powierzchownych warstw przezroczystych soczewek, na dnie oka, w około tarczy wzrokowej, dają się spostrzegać wziernikiem znaczne złogi barwnika, mówiące na korzyść byłego tu krwotoku wywołanego silnym prądem elektryczności. Jak wiadomo, wybróczy ny krwi, w siatkówce często bywają konstataowane po silnem wstrząśnieniu takowej (*commotio retinae*), co też miało miejsce i w danym wypadku. Chorego tego, zwiedzając szpital lubelski, miałem sobie przedstawionego i stwierdziłem wierność podanego wyżej opisu.

Nakoniec przypomnieć tu muszę dość ciekawe spostrzeżenie Sämisch'a, podane w Zehender's Monatsbl. f. Augeneheilkunde (1864. str. 22): jednocześnie z osłabieniem ruchów prawych kończyn 18 letniej chorzej w skutek porażenia jej piorunem, stwierdzono paręzę prawego n. wzrokowego i części nerwu okoruchowego, rozgałęziających się w m. *levator palp.* i *rectus superior*. We 3 miesiące po tem wypadku chora tem okiem zaledwo rozpoznawała światło, jednakże po 4 razowym użyciu pijawki Herteloup'a mogła czytać Nr. 16 J., a po 6-ciu—Nr. 3. *Ptosis* zupełnie uleczono; pole widzenia pozostało jednak zwężone; wziernik wykrywał przekrwienie tarczy nerwowej.

---

### Kilka uwag dotyczących chirurgii polowej.

Przez Prof. Nussbauma.

Najznakomitszym objawem postępu jaki w ciągu wieków zdobyty został w dziedzinie chirurgii wojskowej, jest bez wątpienia zastosowanie w r. 1859 systemu odosobnionego, a zarazem ruchomego, który w r. 1866 i 1870 świetne wydał rezultaty.

Jakkolwiek mniej świadomi lekarze przez czas długi poczytywali za okrucieństwo niepozostawianie rannych przez całe miesiące w jednym miejscu, przecież skutki systemu rzeczzonego okazały się tak przekonywające i przema-

wiające na korzyść takowego, że obecnie każdy chirurg chętnie doń się stosuje.

Decentralizacya rannych zalecana przez system rzeczony, w zupełności odpowiada terażniejszemu sposobowi wojowania, gdyż tym sposobem zapewnia się ciągle wakujące miejsca dla przybywających pacjentów, co zaś do samych rannych, to takowi zamiast nagromadzać się w szczupłych przestrzeniach i wydawać z siebie zabójcze wyziewy, jak pyaemię i zarazę szpitalną, od których dawniej jak zarówno od bólu, nędzy i biedy na nędznem posłaniu chorzy ginęli, obecnie pokrzepiają się świeżem powietrzem, gdyż przy zastosowaniu systemu w mowie będącego nie pozostawia się ich długo w jednym miejscu. Nadto nie wywiązują się z nich trujące zarazki i w miarę oddalania się od teatru wojny stan ich sanitarny w coraz lepszych znajduje się warunkach.

Gdy w r. 1870 nie jednemu ciężko rannemu zagotowywaliśmy ostatni kęs kielbasy grochowej w wodzie z rowu czerpanej, co stanowiło jedyne pożywienie, jakie można było nieraz podówczas posiadać, (pożywienie wprowadzić nie zbyt odpowiednie dla ciężko rannych, ale lepsze niż żadne), gdy leżał on rozciągnięty na nędznem, twardem i brudnem łożu, oczekiwał nań za obrębem linii bojowej przyjemny i wspaniały pokój, wyborne, wygodne i czyste posłanie i dobra zupa z jajkiem, a często szampań mrożony, lody i t. p. Gdy w obrębie placu boju zdarzał się brak rzeczy najpotrzebniejszych, za granicami onego, miłość bliźniego gotowała dlań największe wygodę i wyborny posiłek.

Przy zastosowaniu decentralizacyi, owe straszne choroby, które za czasów Napoleona w szpitalach więcej zgubiły ludzi niż kule nieprzyjacielskie w boju, stały się wyjątkowem. W roku 1870 groźnego zdarzenia zarazy ani razu nie spotkałem pomiędzy przeszło 10000 rannych.

W ostatnich latach uczynione drugie ważne odkrycie, które wywołało zmianę poglądu na system leczenia rannych. Odkrycie to, nie będące zresztą żadną tajemnicą, zależy na tem, że niepomysłne zakończenie kuracyi nie zależy od rodzaju rany i kompleksyi pacyenta, lecz zawisło od wpływów zewnętrznych, a to z przyczyn które obecnie są nam dość dobrze znane i którym zapobiegać umiemy.

System antyseptyczny (przeciwzgnilny) cudów dokonał. Często powtarzano w ostatnich czasach zapytanie: jakim sposobem wyborny nasz system przeciwzgnilny dałoby się zastosować podczas boju? Otóż jasną jest rzeczą, że przykry ten i mozolny sposób opatrunku na polu bitwy jest niemożliwy, nie mniej przeto żałowaćby należało, żeby tak ważnego odkrycia za naszych czasów nie można było zastosowywać do uratowania tych, dla których ojczyzna żadnych ofiar powinna nie szczędzić. Owóż tedy widzę się obowiązany wyznać otwarcie, w jaki sposób ja sam zapatruję się na ważną tą kwestyę i pragnę odpowiedzieć wymaganiom czasu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że antyseptyczny system Listera opatrywania ran jest najlepszym ze znanych. Nawet ci ze specjalistów, którzy

podejrzliwie nań spoglądali na ostatnim kongresie w Berlinie zniewoleni zostali podzielać to przekonanie.

System leczenia ran zwany aeracyjnym długi czas walczył o lepsze z metodą przeciwną Listera, lecz z wolna tracił na wziętości, aż nareszcie został zupełnie zaniechany. Gdy za pomocą metody Listera bez żadnego niebezpieczeństwa i z zupełnem powodzeniem dokonywa się laparatomia i wyłuszczenie stawów; system aeracyjny okazuje się w tych razach bezsilnym, gdyż przy nim nie można i nie należy odważyć się na pierwszą albo na drugie. Któż bowiem bez zastosowania metody Listera zdołał kiedykolwiek dokonać bez żadnego wypadku śmierci 70 do 80 kuracyi skomplikowanego złamania kości, któż kiedykolwiek przedstawiał tuziny zdrowych wojaków, którym nogi w goleni były amputowane?

Rezultaty podobne zapewnia jedynie metoda Listera. Podczas wojen Krymskiej i Włoskiej na 100 amputowanych w goleni umierało 94 do 98, gdy tymczasem za pomocą metody Listera prawie wszyscy amputowani pozostają przy życiu.

Zwracam uwagę moich słuchaczy na prowadzoną przezemnie klinikę. Do czasu zastosowania metody Listera, prawie na każdym łóżku dawał się widzieć wypadek róży, corok tuzinami umierali chorzy z pyaemii, 80% wszystkich ran i wrzodów bywało dotkniętych zarazą szpitalną, codziennie bywało w użyciu żelazo rozpalone celem pokonania téj strasznej choroby, lub też zmuszeni bywaliśmy patrzeć na to, jak żyły były jadem nadgryzane i jak śmierć następowała w skutek krwotoków. Obecnie zaś wszystkie podobne wypadki w klinice niniejszej nie mewają miejsca, nie ma ani jednego zdarzenia róży, ani pyaemii, ani też zarazy szpitalnej, zastosowanie żelaza rozpalonego ustało, przy tejże samej liczbie chorych od czasu zaprowadzenia téj wybornéj metody ani połowy nie ma poprzedniej śmiertelności. Umierają prawie tylko ludzie starzy, suchotnicy i ranni śmiertelnie. Wcale się zatem nie dziwię, że panowie tak zajmujecie się metodą i codziennie powtarzacie pytanie, w jaki sposób dałaby się zastosować ona podczas wojny. Otóż z doświadczeń dotychczasowych wynikła ta niewątpliwa prawda, że każdy z lekarzy, który tylko nie życzy obarczać własnego sumienia, powinien w szpitalach wojskowych zastosowywać metodę Listera, jak to się praktykuje w klinice naszej. Przewszystkiem jednakże należy oddać pierwszeństwo przed wszelkimi innymi środkami opatrunkowemi gazie Listera, gdyż żaden z nich nie jest tak przepuszczalny i żaden tak szybko nie wsiąka i nierozkłada wydzielin jak takowa.

Wata salicyłowa zastosowana przez radcę tajnego Thiersch'a jest bez wątpienia bardzo dobrym opatrunkiem uproszczonym, lecz skutkami niedorównywa gazie Listera, gdyż w warstwach zewnętrznych wata rzeczona pozostaje zupełnie suchą i nie zużytą, w zewnętrznych zaś nagromadzają się kleiste masy wydzielin, a rana nigdy nie przedstawia się tak czystą jak przy użyciu gazy Listera. Wszelkie inne też środki opatrunkowe przysposobione ściśle wedle przepisów Listera zapewniają skutki nader pomyślne, a podczas wojny z powodu swéj prostoty mogłyby zasłużyć na pierwszeństwo przed wie-

lu innemi środkami opatrunkowemi. Do téj kategorii należałoby zaliczyć opatrunek salicylowy Dra Thirsch'a, składający się jedynie z gazy hygroskopijnej i waty salicylowanej. Również zaleca się i opatrunek z juty karbolowanej Bardelebena, dający się nader łatwo przysposobić. Niemniej każdy inny opatrunek przeciwzgnilny godzien jest zastosowania pod deszczem kroplistym (Spray), byleby pamiętano o tem, żeby nie dotykał bezpośrednio rany, lecz żeby oddzielała go od niej tkanina opatrunkowa, jedwabna lub papier gutaperkowy, opatrunek zaś do tego stopnia posiada własności pochłaniające, że wsiąka w siebie i rozkłada wszelkie wydzieliny aż do następnego przewiązania.

Przy niejakiéj wprawie nader jest łatwo przygotowywać takie opatrunki a najpomyślniejsze i szybkie rezultaty są niezawodne. Lubo metoda Listera przy ścisłem zachowaniu przepisów jego zapewnia skutki nader świetne, nie mniej przeto na polu bitwy całkowicie zastosowywać się nie daje. Komu jest tylko wiadomem, że podczas wojny przychodzi się nieraz opatrywać rannych w stodółach, na dziedzińcach, w rowach lub prosto na murawie, ten przyzna, że o zastosowaniu podówczas téj drobiazgowéj metody niepodobna jest myśleć. Jednakże pierwszy opatrunek rannego jest najważniejszym, gdyż wtedy właśnie rana jest najpohopniejszą do zakażenia się zgnilizną, zarodki której rozproszone są w powietrzu. W czasie następnym wewnątrz rany ochrania się za bliźnianiem, dalej zaś w skutek parowania wody, wydzieliny rany stają się tak skoncentrowanemi, że żyjątka wzbudzające zgniliznę nie znajdują w nich pożywienia. Według znakomitych badań prof. von Naegeli, najżywotniejszy płyn staje się dla tych żyjatek trucizną, skoro tylko się skoncentruje. Pierwsze więc chwile po zadaniu rany są najważniejsze pod względem przeciwzgnilnego postępowania, zachodzi więc pytanie największej doniosłości, jak należy opatrywać rany na polu bitwy, aby uchronić je od niebezpiecznego wpływu żyjatek zgniliznę wzbudzających?

Nasz znakomity kolega prof. von Esmarch starał się pytanie rozwiązać na kongresie chirurgów i zalecał, aby ran wcale nie dotykać rękami, lecz szybko zatykać przeciwzgnilnym tamponem i tym sposobem ochraniać od wpływu żyjatek pomienionych, dopóki chory nie dostanie się do szpitala i nie zostanie opatrzony wedle znakomitej metody Listera. Prof. Esmarch doradza na ten cel nie wielkie tampony kuliste z juty salicylowanej obwiniętej w gazę salicylowaną, które każdy żołnierz może mieć przy sobie za podszewką swego uniformu. Częstokroć upływają całe godziny zanim uda się odszukać ranionego i przynieść mu pomoc, rada więc Esmarcha tembardziej zasługuje na uznanie, że na razie jeden żołnierz drugiemu może bezzwłocznie pomocy takiej udzielić.

Szanowny mój kolega Dr Port, lekarz sztabowy, z którym w materii niniejszój konferowałem, znajduje, że doradzony przez Esmarcha sposób noszenia tamponów pod podszewką uniformów przedstawia nader ważne niedogodności. Uniformy bowiem ulegają zbyt często przez okniecie i suszenie

przed ogniem, trzepaniu prętem, czyszczeniu i myciu szczotką, że zawarta w tych tamponach salicyna z łatwością utracić może swoje własności.

Przeciw jucie salicylowanej lub podobnej wacie, obwiniętej w gazę salicylowaną nie zarzucić nie można, jednakże ze względu, że cukier, guma, a nawet płyn najżywotniejszy, jakieśmy to wyżej nadmienili, skoro tylko stężeją nie sprzyjają rozwojowi żyjatek do jakiego niezbędna jest wilgoć, to przeczność nakazuje aby środki opatrunkowe przyspasabiane były z prawdziwie antyseptycznych materiałów. Do rzędu takowych należy kwas salicylowy, gdyż dłużej od wszystkich innych środków przeciwzgnilnych, zachowuje swe własności, nie ulatnia się, łatwy jest do nabycia, zapakowania i przewożenia. Otóż zamiast przechowywania tamponów wyżej pomienionych w mundurach żołnierskich, nie zabezpieczającego ich od utraty przymiotów właściwych, wypadaloby raczej zaopatrywać w dostateczny zapas takowych tragarzy, chirurgów i lekarzy wojskowych. Zdaje się, że w tornistrze każdego żołnierza znalazłoby się jednakże dosyć miejsca na przechowywanie tych zbawczych środków. Rany od broni palnej zwykle są bardzo małe, a więc i nie wielkie tamponiki byłyby przydatne.

W kampaniach odbytych przezemnie zauważyłem jedną okoliczność, która mi leży na sercu. a mianowicie ów okropny przeciąg czasu upływający od chwili otrzymania rany, przez który raniony pozostaje bez ratunku aż do chwili doznania takowego. Nie jeden raniony pozostaje przez kilka lub kilkanaście godzin bez opatrzenia, pośród nocy, w miejscu samotnem i zawdzięcza odnalezienie swoje wypadkowi. jeżeli nie służbie zdrowia wypełniającej swe obowiązki aż do utraty sił fizycznych. Od chwili jednak odnalezienia go i złożenia na nosze, okropność położenia ustaje, gdyż staje się on już wtedy przedmiotem największej troskliwości, a więc ów oplakany przeciąg czasu jest czarnem piętnem obecnego sposobu prowadzenia wojny. Rodzaj terażniejszej broni i sposób użycia jej, w krótkim czasie przyspasabiają tyle ranionych, że najusilniejsze starania służby zdrowia nie mogą podziałać potrzebie szybkiego oprzątnienia ich z pobojuwiska. Pod tym względem zapewne nastąpią wkrótce ulepszenia, a czem prędszą zapewnią one pomoc ranionym, tem skuteczniejszą okaże się porada Esmarcha.

Niektórzy z chirurgów zarzucają metodzie jego, że tampony nie mogą przeniknąć do wszystkich zakątków rany, i sądzą, że przed założeniem tamponą należałoby za pomocą sitka nasypać wewnątrz takowej jakiego antyseptycznego proszku.

W ostatnich czasach próbowałem zasypywać wewnątrz rany przed założeniem tamponu, dobrze sproszkowanym kwasem salicylowym. Przekonawszy się jednakże, że takowy działa w sposób irytujący, zaniechałem użycia onego i doszedłem do tego przekonania, że sam tampon Esmarcha w zupełności odpowiada oczekiwaniu. Nawet w takich razach, gdy rana jest wązka, kątowata lub kręta, tampon wystarzeza, albowiem za pomocą wydzielin kwas salicylowy

w nim zawarty rozpuszcza się i przenika we wszystkie jej zakątki, ztąd też przepowiadam świetną przyszłość pomysłowi Esmarcha.

Na pierwszy rzut oka metoda jego wydaje się nader pospolitą, nie mniej przeto takowa jest owocem głębokiego namysłu człowieka z wielkim doświadczeniem. Jeżeli tampon nie jest zbyt twardy i przygotowany z gazy i waty albo też juty salicylowanej, skutek jest niezawodny. Z powodu długotrwałej działalności kwasu salicylowego, rana opatrzona tamponem wolną jest przez dni kilka od przystępu zgnilizny i każdy lekarz szpitalny rad będzie opatrzyć pacjenta z raną w ten sposób zabezpieczoną. Niekiedy się zdarza, że pod tamponem rozpoczyna się zabliznianie, lekarz więc powinien go zostawić nietkniętym. Przy ranach powierzchownych, do których nie dostały się żadne części obce, łatwo jest sobie wyobrazić podobnie szczęśliwy przebieg kuracyi. W innych zaś razach lekarz szpitalny przedewszystkiem oczyści obwód rany, wyjmie tampon, pod deszczem kroplistym kwasu karbolowego wyszuka w ranie ciała obcych, założy drenaż i opatrunek Listera. Przebieg zaś kuracyi i rezultat onę przewyższy wszystko cośmy dotychczas wiedzieli z dziedziny chirurgii wojskowej. Statystyka wzbudzi powszechny podziw, a każdy ranny poczyna się za szczęśliwego jeżeli zostanie w sposób powyższy opatrzony.

Nie mało poczyniłem doświadczeń nad sposobem zapakowania tamponów Esmarcha. Nadmieniałem już wyżej, że rany od broni palnej nie mają wielkiego obwodu. Dla tego też każdego żołnierza radziłbym zaopatrzyć tylko w dwa tampony, które razem nie przerosłyby wielkości pięści dziecka. Jeden niechby był wielkości sporęj lubaszki, a drugi moreli. Takie dwa tampony razem z obwinieniem ważą tylko 8 gramów, to jest pół łuta. Tampony powinny być miękkie, nie ścisłe, a to dla tego, żeby je można było wgniatać we wszystkie zakątki rany. Powinny być przysposobione z waty salicylowanej albo juty (11%) i obwiązane w gazę salicylowaną. Oba tampony należy obwinąć w pargamin roślinny celem uchronienia od kurzu i wilgoci. Cynfolia, papier gutaperkowy, wedle moich spostrzeżeń okazały się na ten cel nieodpowiedniami, a puszka blaszana niepodatną i ciężką. W danym razie, gdy ratunek nie jest prędko spodziewany, każdy żołnierz, któremu zastosowanie tamponów było poprzednio wskazane, mógłby zakładać je swoim ranionym towarzyszom na placu boju, i tym sposobem dałoby się uratować tysiące ranionych, którzy bez tego najczęściej giną marnie.

Owóż tedy sądzę, że zadane mi pytanie rozwiązałem sumiennie, jeżeli zaś dałem na odpowiedź oczekiwać dni kilka, to wybaczcie to mi panowie z tego względu, że sposób zapakowania tamponów nie był jeszcze przezemnie należycie wypróbowany.



## O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości.

(Rozprawa konkursowa Red. Gaz. Lek.).

Przez Dra Władysława Strawińskiego.

(Dalszy ciąg).

VII. Przeniesienie warstwy osteoblastów, tak zwanéj *couche osteogene* (Ollier), pod skórę czola lub uda królikowi dały rezultat ujemny. Wyżéj wspomnianą warstwę zeszkrobywałem z wewnętrznej powierzchni okostnej za pomocą ostrza skalpela, przyczem na brzegu narzędzia pozostaje lekko zaczerwieniony płyn, jeżeli okostna odpowiednio była wilgotną; płyn ów zawierający masę osteoblastów przenosiłem natychmiast w odpowiednie miejsce. Po upływie kilku tygodni od czasu przeniesienia tam, gdzie było przeniesienie zrobione, nie zgoła nie znaleziono.

VII. Przeniesienie pojedynczych kawałków kości długich pod skórę innemu królikowi.

70) dni 27. Wypiłowane części środkowe świeżych jeszcze kości goleniowej i łokciowej. Okostna na obu kościach (*ulna et tibiae*), jako też szpiki pozostawione. Długość wypiłowanych kawałów wynosiło około 1 ctm.; kość łokciowa przeniesiona pod skórę szyi; kość goleniowa — pod skórę uda; obie te kości należały do królika młodego. Badaniem mikroskopowem wykryta na preparatach kości rozmiękczonych obecność naczyń w okostnej i szpiku, którego komórki właściwe nie były stłuszczone. Okostna żadnych zmian tak co do budowy jak i grubości swéj, nie okazywała.

71) dni 33. Wypiłowano środkowe kawałki świeżéj kości przedramienia; okostna z obu kości (*ulna et radius*) zdarta; oddzielone od siebie kości przeniesiono razem pod skórę karku. Przy badaniu drobnowidzowem okazało się co następuje: oba przeniesione kawałki kości pokryte błoną włóknistą w rodzaju okostnej, pomiędzy którą to błoną a kością, w pewnych miejscach znajdują się osteoblasty. Kanały Havers'a w samej kości wypełnione drobnoziarnistą masą. Błona pokrywająca kość dochodzi do brzegu końców kości, tu się zachyla i wnika na podobieństwo zatyczki do jamy szpikowej, gdzie się wkrótce ze szpikiem stłuszczonym spotyka. W błonie otaczającej kość znajdujemy naczynia (injekowane błękitem), mianowicie przy końcach kawałków kostnych; ztąd naczynia przechodzą do wspomnianej wyżej zatyczki, a po części i do szpiku kostnego.

VIII. Przeniesienie chrząstki szklistéj (żebrowéj) z młodziutkiego królika pod skórę równie młodego króliczka. Jakkolwiek nie posiadam dostatecznéj liczby odnoszących się tu doświadczeń, to jednak pozwalam sobie przytoczyć tu rezultat obserwowanego wypadku. Chrząstka taka badana po 5-ciu miesięcznym przeciągu czasu przedstawiała następujące zmiany: zewnętrzne warstwy chrząstki nie zdarzały się być wcale zmienionemi, zaś część ośrodkowa okazywała stłuszczenie komórek chrząstkowych, oraz zwapnienie substancji międzykomórkowej; miejscami skutkiem wsiąknięcia substancji zasadniczej, pojedyn-

cze jamki chrząstkowe łączyły się z sobą, tworząc większe przestrzenie tłuszczem wypełnione.

IX. Przeniesienie szpiku kostnego z kości goleniowej (*tibiae*) młodego królika pod skórę karku lub brzucha innemu królikowi. Użyty do przeniesienia szpik był zawsze mniej lub więcej stłuszczony, zawierał jednak znaczną ilość właściwych ciałek szpikowych. Doświadczeń tego rodzaju wykonałem blisko 12. Po jednym lub paru miesiącach badałem miejsca, gdzie był przeniesiony szpik, przyczem w żadnym wypadku najmniejszego śladu kostnienia szpiku nie mogłem dostrzedz. Z początku rzeczywiście zdawało się jakoby w przeniesionym szpiku jakieś zmiany postępowe zachodziły, sądząc po tem, że w pierwszych dniach po przeniesieniu łatwo można było pod skórą namięcać guzik twardej, konsystencyi chrząstki, zupełnie tak samo jak to obserwujemy przy przeniesieniu okostnej; po niejakiem atoli czasie guzik rzeczony stopniowo zaczynał maleć, w końcu nareszcie całkiem znikał, przyczem pod skórą albo nie nie znajdowano, albo też pozostawały tylko resztki od przeniesionego szpiku, przedstawiające się w postaci żółtawej, miękkiej, nader rozciągliwej tkanki, niekiedy wyraźnie unaczynionej; właściwe komórki szpikowe po większej części okazywały stłuszczenie ich treści.

Wyniki powyżej przywiedzionych doświadczeń będą się przedstawiać w formie następujących twierdzeń:

1) Przeniesiona okostna u królików w największej liczbie wypadków wytwarza kość. Niepomyślny w tym względzie rezultat zdaje się być zależnym w części od niedokładnego zamknięcia rany, w części od zanieczyszczenia rany podczas operacji.

2) Przeniesiona okostna raz wytwarza samą tylko tkankę kostną, drugi raz—kość wraz z chrząstką. Jaki jest powód tego objawu trudno jest powiedzieć, wszelako zdaje się być pewnem, iż występowanie chrząstki uwarunkowanem jest energiczniejszym odżywieniem przeniesionego kawałka okostnej, ponieważ częściowe przeniesienie okostnej, o ile mogliśmy zauważyć, daje masy chrząstkowe bardziej obfite.

3) Wytwór kostny w przeniesionej okostnej daje się także otrzymać i u źle odżywionych osobników. (Dośw. 15).

4) Pierwsze początki kostnienia w przeniesionej okostnej dającego się wysledzić za pomocą mikroskopu, przypadają zwykle pomiędzy 4 a 7 dniem po przeniesieniu; niekiedy zresztą w 7 dniu mamy już kość dobrze rozwiniętą. Bliższa przyczyna różnicy tej co do czasu pojawienia się tkanki kostnej nie jest nam znana.

5) Ukazanie się w przeniesionej okostnej nowoutworzonych naczyń krwionośnych zawsze poprzedza rozwój w tem miejscu tkanki kostnej. U bardzo młodych królików (dośw. 42) obserwowałem rozwinięte naczynie już na drugi dzień po przeniesieniu okostnej. Z powyższego wypadałoby wnosić, że u młodych indywidualów i pierwsze utworzenie się kości w przeniesionej okostnej musi występować wcześniej niż u dorosłych.

6) Przyszycie przeniesionój okostnój do skóry zdaje się nie mieć ważniejszego znaczenia pod względem stopnia rozwinięcia się kości.

7) Przeniesienie zupełnie oddzielonój okostnój pod skórę czola lub uda, oraz goleni, nie przedstawia wybitnój różnicy co do rezultatu wytwarzania się kości.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## KORRESPONDENCYA.

Sandomierz, 24 lipca 1877 r.

### Zakład przyrdo-leczniczy Dra Bielińskiego w Nowym Mieście nad r. Pilicą.

Podał Leon Chodakowski, lekarz powiatu sandomierskiego.

Może nie każdy z kolegów miał sposobność przeczytania sprawozdań Dra Bielińskiego z czynności przyrdo-leczniczego zakładu w Nowym Mieście nad rzeką Pilicą i dla tego sądzę, że obznajmić ich z położeniem miejsca, urządzeniem, celem i kierunkiem pomienionego zakładu nie będzie bez interesu dla czytelników *Gazety Lekarskiej*.

Pod Nowem Miastem w powiecie Rawskim gub. Piotrkowskiój znajduje się szeroka piękna pokryta zielenią dolina zasłonięta licznymi wzgórzami. Na wzgórzach tych ciągnących się od Zachodu na Wschód powstało Nowe Miasto. W dalszym ciągu pasma tychże samych wzgórz znajduje się kościół Nowomiejski, po za miastem wzorowo utrzymany klasztor Ojców Kupucynów, a na przeciwko klasztoru wzniesiony został niegdyś przez hrabiów Małachowskich, dawniejszych właścicieli tój ziemi, przeszliczny park z pałacem, do którego od Zachodu przytyka lasek sosnowy Kowalówką zwany. Z pomienionych wzgórz a szczególnie z parku i lasku Kowalówki przedstawia się malowniczy widok na dolinę, którą rzeka Pilica przerzyna na obszerne lasy i wioski znajdujące się po drugiej stronie Pilicy. Na całej przestrzeni wzgórz wytryskują u ich podnóża liczne i obfite źródła. Woda niektórych zawiera wiele części wapiennych, jest nader przyjemna w smaku, czysta i nadewszystko zimna. Postrzeżenia prowadzone przez lat kilka przez Dra Bielińskiego przekonały go, że temperatura dwóch najobfitszych źródeł zasilających zakład kąpielowy nie przechodzi 6—6½°R. tak podczas zimy jako też i w lecie. Obfitość wody wielka, bo źródło zwane Browarne daje przeszło 25 tysięcy wiader na dobę.

Rzeka Pilica pod Nowym Miastem splawna, płynie korytem równym, żwirowato piaszczystym, ma podobno zawierać wiele części żelazistych, fala na rzece silna i bystra. Kąpiele w rzece przyjemne i zdrowe.

Uroczę położenie miejsca, obfitość wody, świeżość Nowo-Miejskiego powietrza, brak wreszcie podobnego zakładu w kraju, oto powody które skłoniły Dra Bielińskiego do założenia i otworzenia zakładu wodo-leczniczego w Nowem Mieście. Dr Bieliński prowadząc przedsięwzięcie własnymi siłami, musiał zwalczać wiele trudności i przeszkód zanim był w stanie stworzyć na małą skalę zakład kąpielowy. Zachęcony życzliwością kolegów i względami leczącój się publiczności w ciągu 4-eh niespełna lat, potrafił postawić zakład na tój stopie, że z różnych stron kraju Król. Polskiego, Litwy, Podola, Wołynia, Ks. Poznańskiego i Galicyi zgromadzająca się publiczność znajduje tu na różne cierpienia pomoc lekarską podawaną przez Dra Bielińskiego z całą sumiennością i zakład ten prowadzony w ścisłym, że tak powiem, naukowo lekarskim kierunku.

Zakład przyrdo-leczniczy posiada obecnie:

1. Leczenie hydroterapeutyczne do którego służą łazienki zaopatrzone w przyrządy do leczenia hydroterapeutycznego w obszernym jego zastosowaniu, jako to: natryski (*douches*) kropliste, strumieniowe, stałe i ruchome, kąpiele nasiadowe z natryskami skierowanemi, już to na krzyż, już na odbyt czyli tak t. zw. *douches haemorrhoidales*, *lumbales*, *vaginales*. Jeziorka (*piscines*) wody ciągle przebiegającój. Oprócz tego

łazienki do kąpiei ciepłych i innych lekarskich. W nowo wybudowanym domu mieszkalnym połączonym z domem szwajcarskim długą galerią, służącą podczas niepogody za miejsce przechadzki przy użyciu wód mineralnych, są na ukończeniu nowe łazienki z wannami do kąpiei zimnych i ciepłych.

Jako pomocniczy środek leczenia kąpielowego, a przytem i nie zależny oddzielną metodę stanowiący zaprowadzono w zakładzie:

2. Leczenie mlekiem, serwatkami i kumyse.
3. Wody mineralne sztuczne i naturalne.
4. Gimnastykę.
5. Leczenie elektrycznością.
6. Leczenie ścieśnionem powietrzem przy pomocy aparatu Waldenburga.
7. Kąpiele rzeczne w Pilicy.

Oprócz Dra Bielińskiego jest 2 lekarzy stale przy zakładzie pozostających. Każdy chory mieszkający w zakładzie przez czas trwania leczenia jest prawie codziennie widywany przez lekarzy. Prowadzenie dzienników przebiegu choroby i kuracji jest notowane z całą możebną ścisłością i dokładnością.

Ponieważ Dr Bieliński nie uważa hydroterapii jako sposobu wszystkie choroby i wszystkich leczącego, przekonał się jednakże, że wiele jest chorób w których hydropatia jest dzielnym pomocniczym środkiem. W wielu też wypadkach leczenie hydropatyczne połączone z wodami mineralnemi (*cura mixta*), z kuracją mleczną najlepsze dało rezultaty. Unikając tym sposobem jednostronności w leczeniu wodą Dr B. staje w możności leczenia chorób nie podpadających pod leczenie hydroterapeutyczne.

Leczenie hydroterapeutyczne zdaniem Dra B. jest wskazane szczególnie w następujących chorobach:

Choroby układu nerwowego: melancholia, hypochondrya, bezwładność (*paralyse*), hysterya, katalipsya, epilepsya, taniec św. Wita, nerwobóle, cierpienia mleczna pączykowego, nerwów peryferycznych i ośrodków nerwowych.

Choroby narządu krwi krążenia: krwotoki kiszki, zaburzenia w krążeniu krwi.

Choroby narządu oddychania: chroniczne katary oskrzeli, chrypka, nasięki płuc, dychawica, usposobienie do gruźlicy.

Choroby narządu trawienia: katary żołądka i kiszki, kurecze, hemoroidy, cierpienia wątroby i śledziony.

Choroby narządu zieliowego: niemoc męzka, nasieniotość, polucye, onanizm, cierpienia chroniczne nerek i pęcherza, bialkomocz.

Choroby macicy: katary, białe upławy, krwotoki, bezpłodność.

Choroby krwi: blednica, skrofule, zakażenia rtęciowe, reumatyzmy, podagra etc.

Choroby skóry, mięśni, stawów, ucha i oka.

Choroby rekonwalescentów i w ogóle leczenie higieniczne.

Zakład wodo-leczniczy Dra Bielińskiego, zdaniem moim, ma wielką przyszłość przed sobą jeżeli życzliwość kolegów i względy leczącej się publiczności i nadal wspierać go będą. Gdyby kapitalisci, których kapitały beczynnie uwięzione w biurku spoczywają, dając posiadaczom co najmniej 5% chcieli przystąpić do stowarzyszenia i powierzyli takowe w ręce Dra Bielińskiego, można śmiało zaręczyć, że summy te przyniosłyby im daleko większe procenty a zakład przyrodolecznicy nad Pilicą stanąłby na równi z pierwszorzędnymi tego rodzaju zagranicznymi zakładami. Pieniądz, który nieraz bezpotrzebnie wywoziemy z kraju, w nimby pozostał a konsekwentnie i byt materialny nie jednej jednostki zwiększyłby się musiał.

Że leczenie wodami mineralnemi przy jednoczesnym użyciu hydroterapii może być z korzyścią stosowane miałem sposobność przekonania się na sobie samym.

Po przebyciu w ciągu życia mego rozmaitych chorób i przykrości z naszym lekarskim zbratanych powołaniem, po wycierpieniu tyfusu, tego drugiego namaszczenia na stopień lekarza, przy rozpoczęciu praktyki lekarskiej i nakoniec po przebyciu przed 20 laty ciężkiego zapalenia płuc leczonego upustem krwi i kalomelem, organizm mój zawsze wwały podtrzymywałem użyciem środków tonicznych i obmywaniami zimną wodą ciała. Nabawiwszy się przed dwoma laty chrypki i kaszlu, rad nierad z przyczyny zimnego mieszkania obmywania rzeczono zaprzestać musiałem. Pomimo użycia rozli-

cznych środków rewulsyjnych, narkotycznych, tonicznych, a w końcu i kuracyi mlecznej siły moje z dnia na dzień zmniejszać się zaczęły w skutek bezsennych nocy, który powodował kaszel dręczący mnie w nocy i w godzinach poobiednich z przypadkami dyshawicy, kończący się wymiotami pewnej ilości cieczy białkowanej, pianistej, rzadko kiedy wyrzutem małej ilości szluzu (flegmy).

W takim położeniu rzeczy nie będąc wprawdzie zwolennikiem leczenia ostrych zapaleń płuc kąpielami zimnemi (I r g e n s o n), ale też nie dzieląc opinii tych, którzy kąpiele i chłodne powietrze uważają za stanowczo przeciwwskazane w chronicznych cierpieniach dróg oddechowych, przekonaawszy się nareszcie, że moi pacyenci, których z chronicznymi katarami płucnymi i naciekami po przebytych zapaleniach posyłałem do Nowego Miasta, wracali ztamtąd po użyciu hydropatycznej terapii jedni zupełnie zdrowymi a drudzy z widocznym polepszeniem, udałem się sam w r. b. do Nowego Miasta i z całym zaufaniem oddałem się kuracyi zacnego kolegi Dra B.

W 60 roku życia, przy budowie wątlój, przy ogólnym osłabieniu połączonym z wielkim rozdrażnieniem ustroju nerwowego, przy charakterze kaszlu nie sądziłem, czy przy tych warunkach potrafię znieść kuracyą hydropatyczną.

Dr B. po starannym mi nie zbadaniu, opierając się przy opukiwaniu klatki piersiowej na stłumionym tonie w szczycie płuca prawego, a na jawnym po stronie lewej klatki piersiowej i ze znaków powziętych z przysłuchu postawił dyagnozę, że jestem dotknięty dawną infiltracyą powstałą po zapaleniu płuc, zajmującą wierzchołek płuca prawego i rozedmą lewego. Ból zaś w dolku zwiększający się na ucisk, znakomita koprostaza, wymioty płynu białkowego, pianistego, brak apetytu naprowadziły go na myśl, że oprócz zadawnionego wyżej oznaczonego cierpienia płuc, głównym cierpieniem jest katar żołądkowy, że kaszel z dusznością bywa wywoływany na drodze reflexu ad locum minoris resistentiae, gdyż ani wysokość rozedmy, ani szerokość infiltracyi nie byłyby w stanie jako takie sprowadzać przypadków kaszlu i duszności z wymiotami białkowatymi, pianistymi.

Takie postawiwszy rozpoznanie, po usunięciu koprostazy użyciem wody Hunyady zalecił mi wodę karlsbadzką z jednoczesnym użyciem przed obiadem i na noc herbaty z gorzkich ziółek, kwaśnego mleka z pierniczkiem, stosownego ruchu, odpowiedniej diety i zastosowaniem z początku wycierania ciała gąbką napojoną letnią wodą, później coraz zimniejszą, opaski z zimnej wody na brzuch, a następnie codziennie z rana natrysk kroplisty, później strumieniowy skierowany na okolicę klatki piersiowej i żołądka.

Przy takim postępowaniu w ciągu trzech tygodni kaszel prawie zupełnie ustał, duszność zniknęła, sen wrócił, apetyt znakomicie się powiększył, trawienie i odżywianie widocznie się polepszyło, gdyż na wadze przybyło mi w tak krótkim czasie 2½ funta. Nie mogąc z powodu spraw domowych przedłużyć kuracyi opuściłem Nowe Miasto, unosząc w moim sercu wdzięczność dla kolegi Dra B., którą mu publicznie w obec kolegów niniejszym pismem składam.

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym

Przez Prof. Leberta

(Dalszy ciąg).

Jeszcze bardziej uderzającą różnicę między naszą statystyką genewską spostrzega się w latach 60—70. Stosunek ten wynosi 29,1 : 16,3, z którego większa cyfra przypada na Genewę. Najwybitniejszą zaś różnicę widzimy w wieku podeszłym w latach 70—90, w których Genewa dostarcza jeszcze 23,9 proc., podczas gdy nasi chorzy szpitalni dają tylko 4,4 pr. Ten ostatni procent jest zapewne bardziej powszechnym dla warstw biedniejszych, aniżeli procent genewski. Teraz jednak statystyka genewska ograniczona głównie do miasta, dałaby najpewniej zupełnie inne cyfry, aniżeli przed laty trzydziestu. Wówczas Genewa była dobrze się mającym małym miastem, w którym osiedlanie się cudzoziemców napotykało na duże trudności. Teraz zaś Genewa jest

znacznie większą i, z powodu łatwości dłuższego w niej przebywania, przyciąga z okolic wielu należących do biedniejszej warstwy ludności.

Wszystkie te dane statystyczne pokazują z jednej strony jak ważną jest rozległa, rozmaita, porównawcza i składająca się z dobrych jednostek statystyka; z drugiej zaś strony, jak liczne są źródła błędów, które się nawet w pewnym stopniu pomnażają w miarę zwiększającej się różnorodności materiału, jak przezornym być trzeba w wyciąganiu wniosków i jak nie należy ich wreszcie rozszerzać po za zakres swego własnego materiału. Z drugiej zaś strony nie należy być znowu zbyt bojaźliwym i bezwzględnym, by nie zmniejszać wartości ustalonych prawideł z powodu zdarzających się wyjątków i wahań, zarówno jak i nie odejmować wartości tym ostatnim. Jednym słowem, należy być w zestawieniu sprawiedliwym i o ile można wszechstronnym i należy oddzielać to co jest faktycznie na pewno już wykrytem od rzeczy prawdopodobnych i problematycznych.

Wpływ miasta i wsi. Mniemano że życie miejskie usposabia. W brew temu d'Espine znalazł na 108 chorych 53 z miasta a 58 ze wsi. Wówczas w Genewie ludność miejska i wiejska były dość sobie podobne. Rezultat ten jednak ma tylko miejscowe a może nawet czasowe tylko znaczenie.

Wpływ miesięcy i pór roku. Początek choroby daje się często bardzo trudno określić i nierzadko jest on ukrytym. Zresztą ponieważ średni czas trwania cierpienia wynosi cokolwiek więcej niż rok jeden, to rozumie się, że tablica wykazująca chorobliwość stosownie do miesięcy i pór roku, jest podobną do tablicy śmiertelności z małymi wyjątkami, tak że ta ostatnia tylko służy pod tym względem za miarę.

Zestawiam w tem miejscu moją tablicę z rezultatami otrzymanymi przez d'Espine'a.

	Lebert.	d'Espine.
styczeń . . . . .	11	11
luty . . . . .	7	6
marzec . . . . .	7	13
kwiecień . . . . .	13	5
maj . . . . .	7	13
czerwiec . . . . .	7	8
lipiec . . . . .	9	8
sierpień . . . . .	9	9
wrzesień . . . . .	9	11
październik . . . . .	15	9
listopad . . . . .	17	12
grudzień . . . . .	8	11
	119	116.

Porównywając pojedyncze miesiące znajdujemy, że styczeń i luty są w obu tablicach podobne, w marcu większa śmiertelność w Genewie, u mnie zaś większa w kwietniu, w maju zaś znowu większa u d'Espine'a. Do października liczby są równe, następnie zaś w październiku u mnie wypada znacznie więcej, a w grudniu więcej u d'Espine'a. Największa śmiertelność u mnie wypada w miesiącach: styczniu, kwietniu, październiku i listopadzie; dla Genewy zaś: w styczniu, marcu, maju, wrześniu, listopadzie i grudniu.

Zgadniają się więc tylko miesiące styczeń i listopad.

Według kwartałów, to pierwsze trzy są u mnie podobne; w czwartym zaś śmiertelność wypada znacznie większa. W tablicy genewskiej nie spotyka się znaczniejszej różnicy; nawet cyfra najwyższa 32 w czwartym kwartale nie ma prawie znaczenia w obec cyfr 30, 26, 28 odpowiadających pozostałym trzem kwartałom.

W ogóle więc zdaje się, że nie ma stanowczego wpływu miesięcy i pór roku. Jednakże największa częstość, która w mojej tablicy wypada na kwartał czwarty, zasługuje na uwagę przy dalszych poszukiwaniach nad tą rzeczą. Z zestawienia mego najczęstszych miesięcy, jak: styczeń, kwiecień, październik i listopad i tych które po nich zaraz pod względem śmiertelności następują, jak: lipiec, sierpień, wrzesień nie wi-

dać wcale, by miesiące zimowe się odznaczały z powodu częstszego szukania porady lekarskiej i zapełnienia szpitali.

**Wpływ zamożności i ubóstwa.** Wiadomo, że w zamożniejszej praktyce prywatnej rak spotyka się bardzo często. Rozumie się, że klinicysta widzi daleko więcej wypadków raka w szpitalu i poliklinice, lecz w tych miejscach koncentruje się wielka ilość chorych biedniejszych. Dla tego trudno jest dojść do jakiegoś wniosku, nie porównując śmiertelności wszystkich klas dla całej ludności pewnego miejsca. Wprawdzie d'Espine podaje, że na 21 chorych, których zajęcie było wiadomem, 15 należało do bogatszej a 6 do biedniejszej warstwy; ale liczba ta jest zbyt małą, by mogła posiadać pewne znaczenie. Ważniejszym jest sam fakt przez niego wykryty, że szczególnie rak napotyka się w Genewie przynajmniej równie często jeżeli nie częściej w warstwie bogatszej niż biedniejszej. I w tym jednak względzie są potrzebne dalsze badania, a dotychczasowe pod żadnym pozorem nie zezwalają na rozstrzygnięcie kwestyi.

**Wpływ zajęcia.** I pod tym względem otrzymałem dotychczas tylko rezultaty negatywne. Zresztą kwestya ta jest skomplikowaną, lecz we wszystkich moich rozbiórach znajduje w tym względzie odpowiedź negatywną. We wrocławskiej poliklinice na najbiedniejszą dzielnicę, na najwilgotniejsze mieszkania w piwnicach wypadło przynajmniej nie więcej dotkniętych rakiem, aniżeli w mieszkaniach zdrowych. Wszystkie warunki usposabiające bardzo do kataru żołądka: jak pokarm trudnostrawny, nadużycie napojów wyskokowych, niedostateczne albo nieodpowiadające stopniowi zużycia sił pożywienie zarówno mało wpływają na powstawanie raka żołądka, jak zaziębienie, przemoknięcie i inne zewnętrzne wpływy.

Szczególniej zadziwiająca jest względna rzadkość raka żołądka u nałogowych pijaków. U chorych moich notowałem najrozmaitsze rodzaje zajęcia. Ani siedzący sposób życia, ani praca na powietrzu, ani lekki rodzaj pracy, ani też praca połączona z wielkiem natężeniem sił nie wywierają stanowczego wpływu. I u ludzi zamożnych nie zdołałem stwierdzić wpływu zajęcia lub sposobu życia.

Ze względnie częstego napotykania tego cierpienia przy sposobie zajęcia, wymagającym natężenia sił, wypływa tylko, że silne i zdrowe konstytucje względnie częściej podlegają rakowi żołądka aniżeli słabe. Częste napotykanie raka w wieku starszym potwierdza ten wniosek, gdyż szczególnie pomiędzy ludnością szpitalną indywidua silniejsze dosięgają późniejszego wieku, słabsze zaś nie dochodzą do wieku, w którym się rak zwykł rozwijać (*Krebsalter*).

Niektórzy chorzy przypisują wprawdzie powstanie raka żołądka wpływom traumatycznym, i zresztą nie nie mówi stanowczo przeciwko temu momentowi etiologicznemu. W każdym jednak razie uderzenie albo pchnięcie mogą tylko przy istniejącem już usposobieniu wywołać raka. Albowiem tak częste kontuzye okolicy żołądkowej tylko rzadko są podawane jako przyczyny raka, a jeszcze rzadziej mogą być w ten sposób udowodnionemi. Inne wpływy traumatyczne także podawane są nadzwyczaj rzadko. Gdy zaś istnieje usposobienie, to rozumie się, że wartość wpływu traumatycznego jest sama w sobie bardzo małą. Ponieważ oprócz tego często istnieje przez czas dłuższy peryod utajony, to związek cierpienia z wpływem traumatycznym w tych rzadkich wyjątkowych wypadkach, w których o nim mowa, da się po największej części objaśnić w taki sposób, że trauma wywołując silne bóle, bardziej ujawnia cierpienie, które dotychczas istniało w stanie ukrytym.

(Dalszy ciąg nastąpi).

---

## Wiadomości bieżące.

---

— **Akampora jako surrogat chininy.** Dr Stan. Zagirelli, sprawozdawca komisji wyznaczonej od neapolit. medyko-chirur. akademii, twierdzi, że proszek akompory, w skład którego wchodzi kilka neapolitańskich roślin, jest najlepszym surrogatem chi-

niny. Przy mocnej budowie ciała daje się 2 gm. na dobę, rozdzielonych na 4 dawki, przy wadliwej — 1/2 gm., dla dzieci — 1 gm. Zapija się czystą wodą, a nie kwaśnymi napojami.

— **Kwestye wojenno-sanitarne.** Na Kaukazie oprócz naczelnego chirurga Minkiewicza, nie mało mają zajęcia i inni przybyli tam chirurdowie, z liczby których wymienić należy docenta Rejera i Dra Heyfeldera. Ranni przewożą się tu w furgonach lub na konnych noszach, z Rionskiego oddziału rozwożą się drogą żelazną Poti-tyfliską. Wielkich operacyi mało dotąd zrobiono, trzymają się bowiem konserwatywnej chirurgii. Rany po większej części opatrują się sposobem Listera. Dr Rejer odkrył lazaret w Alexandropolu na 100 łózek, Dr Tilling—od hollenderskiej kolonii na 20 łózek. Marszałek szlachty mosk. Szeremetje w odkrył szpital niedaleko Suramu na 145 łózek. Do Tyflisu przybył pełnomocnik mosk. społeczeństwa Wsiewołodski wraz z sanitarnym pociągiem i środkami w celu urządzenia 1200 łózek dla rannych. W kwestyi sanitarnej armii kaukazkiej dotąd bardzo mało wiemy, niektóre nawet pisma donosiły, że pod tym względem wiele jeszcze pozostaje tam do życzenia. Spodziewamy się jednak, że nie długo czekać będziemy na wiadomości skreślone ręką specjalistów, których nie zbywa w gronie lekarzy kaukazkich, a którym przoduje nasz znany i niestrudzony chirurg Dr Minkiewicz.

— Do 27 lipca w Maléj Azji zabito 29 oficerów i 606 szeregowców, ranniono 141 oficerów i 2488 szeregowców, prócz tego podano razem zabitemi i rannymi 1665 żołnierzy (Więstnik Narod. Pomoszczi). W ogóle łatwo sprawdzić, że liczba rannych w obecnej wojnie stosunkowo jest mała do liczby zabitych, i bowiem zabity wypadła na 3—4 1/2 rannych.

— Podczas 23 dniowego oblężenia Bajazetu znaczna ilość rannych z załogi mieściła się w nadzwyczaj ciasnym lokalu, chorym wydawano nie wielką ilość wody, karmiono ich tylko czasami gotowaną strawą, a to dla braku krwią okupowanej wody, i do tego trupem cuchnącej; rany przemywano wodą pierwsze dwa dni oblężenia, a opatrunki prawie nie zdejmowano, gdyż bandaży nie było czem przepierać: dochodziło bowiem do tego, że garnizon odbierał porcyę wody „po łyżce stołowej”. Pomimo takich niehygienicznych warunków epidemia w fortecy nie rozwinęła się, a w szpitalu objawiło się tylko 4 wypadków gangreny. Zapisać musimy imiona lekarzy, którzy tu cierpieli katusze wraz z nieszczęśliwymi bezpomocnymi rannymi: Dr Siwicki, (starszy lekarz) i Kitajewski (młodszy lekarz).

— Pod Plewną z 200 ludzi sanitarnego składu 40 zabito na placu boju, w chwili gdy usiłowali zabierać rannych.

— 12 sierpnia turecy podczas rzezi w Kazanlyku spalili szpital ze wszystkimi w nim rannymi, rossyanami i bulgarami. (Times).

— Dr Grube, prof. z Charkowa, wyjechał sanitarnym pociągiem Polakowa w celu rozwożenia rannych z teatru wojny po szpitalach wewnątrz Cesarstwa.

— Drowi Eristanowi, uczniowi Petenkofera, zaproponowano zarządzać dezynfekcyą na polach bitew. (St. Petersb. Zeit.).

— Na europejskiej widowni wojny nie zginął dotąd żaden lekarz, w Azji zaś jeden—Jurcki.

— Dr Stan. Wojno, ordynator chirurg. uniw. kliniki, został mianowany przez Warsz. Towarz. czerwonego krzyża starszym lekarzem czasowego szpitala w Sławucie (na Wołyniu).

— Wiadomość podana przez niektóre pisma Warszawskie o przywiezieniu rannych do Warszawy jest mylną: dotąd ani jednego nie dostarczono z teatru wojny do Ujazdowa.

Dr J. T.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 18 (30) Августа 1877