

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. Podał dr. med. Konrad Rumsziewicz. (Z drzeworytem). — Kazuistyka. Cięża zewnątrz-maciczna w jamie Douglas'a. Podał dr. Aleksander CZAPLICKI. — Streszczenia i wyciągi. (29). Rozpoznawanie i leczenie władu rdzenia pączyrowego, ze szczególnym wzgłędem na okres zaczątkowy. (Dokończenie). 32. Virchow o dnie. 33. Przyczynek do chorób kisek. 34. Szczególna odmiana pierwotnego stwardnienia przymiotowego. — Odciłek Sprawozdanie roczne z działalności szpitali Warszawskich. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. — Ogłoszenia.

PRZYSZYNEK DO NAUKI O WADACH ROZWOJOWYCH OKA.

Podał dr. med. Konrad Rumsziewicz okulista okręgowy w Kijowie.

II. Przypadek wielorakiej źrenicy.

Niedawno zdarzyło mi się widzieć przypadek wielorakiej źrenicy, którego wizerunek dołączam do niniejszego artykułu. 21-letni N. S., włościanin miernego wzrostu, zupełnie prawidłowej budowy. Powieki i rogówki żadnych nie przedstawiały zmian. Tęczówki barwy szarawo-błękitnej. Brzeg źrenicy w obu tęczówkach bardzo wyraźny. Na prawej tęczówce, w odległości

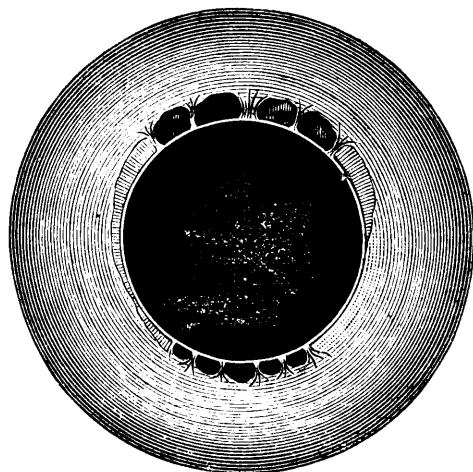


Fig. 1.

mniej więcej jednego milimetra od brzegu źrenicznego, ku górze i ku dołowi spostrzegamy niewyraźną linię wężykową, która stanowi zwykle przedział między zewnętrznym a wewnętrznym pierścieniami tęczówki. Linia

ta wszakże, jako wężykowata, daje się spostrzegać tylko ku górze i ku dołowi. Na zewnątrz przyjmuje kierunek prostej linii, niżej poziomej średnicy tęczówki łączy się z brzegiem źrenicznym, lecz zaraz znów się od niej oddala, łącząc następnie z wężykowatą linią dolnej połowy tęczówki; ku górze i ku wewnątrz, linia prosta, stanowiąca dalszy ciąg wężykowatej linii łączy się z brzegiem źrenicznym w miejscu poziomej średnicy. Wiadomo, iż najczęściej pas źreniczny tęczówki, położony pomiędzy linią wężykowatą a brzegiem źrenicznym, ma prążkowatość promienistą; taką prążkowatość widzimy też i w naszym przypadku, lecz w tych tylko częściach, gdzie linia wężykowata staje się prostą, t. j. w wewnętrznej i zewnętrznej częściach tęczówki; ku górze zaś i ku dołowi spostrzegamy budowę wcale odrębną. Mianowicie od brzegu źrenicznego, naksztalt promieni, udaje się ku linii wężykowatej w górze pięć, w dole zaś sześć wyrostków, pomiędzy którymi, linią wężykowatą, a wązkim pasemkiem stanowiącem brzeg źreniczny tęczówki, spostrzegamy zupełne przerwy w tkance tęczówki; w górnej połowie tęczówki mamy cztery takie przerwy, w dolnej pięć i te znacznie są mniejsze. Przerwy tworzą dokoła zwykłej źrenicy dziewięć dodatkowych mniejszych. Rysunek wyobraża tęczówkę w kilka minut po zadaniu atropiny. W zwykłym stanie oka dodatkowe źrenice są mniejsze i jeszcze więcej się zmniejszają po użyciu ezeryny. Przeciwnie, po dłuższem działaniu atropiny, zwykła źrenica rozszerza się ad maximum, w dodatkowych zaś zmniejszają się tylko wymiary poprzeczne. Prawidłowe rozszerzanie i ściąganie źrenicy spostrzegamy zresztą nie tylko przy użyciu atropiny lub ezeryny, lecz nadto przy mniejszem lub większem działaniu światła. Dodam jeszcze, iż ani przyrząd optyczny, ani też dno oka żadnym nie uległy zmianom, tylko w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego ku górze i ku dołowi znajdowały się w siatkówce długości jednej średnicy, a szerokości jednej trzeciej tarczy nerwu wzrokowego, pasemka włókien, mających rdzennikowe pochewki. Wszystkie czynności oka były zupełnie prawidłowe, mieliśmy prawidłowowzroczność.

Ponieważ budowa tęczówki w danym przypadku znaczne przedstawia zmiany, wypada więc zwrócić uwagę na to, czy zawierała ona dwa mięśnie, mianowicie zwieracz i rozszerzacz. Wiemy, iż zwieracz tworzy dokoła brzegu źrenicznego pierścień mięśniowy 0,8—1,0 mm. szeroki (MERKEL ¹⁾), rozszerzacz zaś, według badań MERKEL'A i IWANOWA, tworzy w tęczówce człowieka całkowitą warstwę, ciągnącą się od brzegu rzęskowego ku źrenicznemu. Że zwieracz znajdował się dokoła brzegu właściwej źrenicy, mamy stąd dowód, iż źrenica, czy to w skutek działania światła, czy też przy zastosowaniu ezeryny, ściągała się zupełnie prawidłowo, zawsze zachowując kształt okrągły. Łatwo zrozumieć, iż gdyby w górze i w dole brakowało włókien zwieracza, źrenica, przy ściąganiu, niezawodnie przybrałaby kształt poprzecznego owalu. Tak więc zwieracz był zachowany, musiał tylko sta-

¹⁾ Handbuch der gesamten Augenheilkunde von Graefe u. Saemisch. Bd. I, s. 26.

nowić o wiele węższe kółko, ponieważ cały wyraźnie odznaczony środkowy pierścionek tęczówki, który ku górze i ku dołowi sam jeden stanowił brzeg źreniczny, wynosił tylko niespełna 1 mm. Co się tyczy rozszerzacza, nie ulega wątpliwości, iż ten nie mógł stanowić całkowitej warstwy, gdyż ku górze i ku dołowi widzieliśmy zupełne przerwy w tkance tęczówki. Ponieważ jednak i przy rozszerzaniu źrenica zachowywała kształt okrągły, przeto wnioskować stąd możemy, iż znajdujące się pomiędzy dodatkowymi źrenicami przegródki zawierały włókna rozszerzacza. Tak więc w naszym przypadku, w górnej i dolnej częściach tęczówki, rozszerzacz, pod względem budowy, przypominać musiał budowę rozszerzacza u królika, według którego to typu, zawdzięczając KÖLLIKEROWI, przez czas długi przypuszczano iż musi być urządzony rozszerzacz u człowieka.

W mym opisie przypadku podwójnej źrenicy ¹⁾ wspomniałem, iż ostatniemi czasy zwątpiono już o istnieniu podwójnej, jakoteż wielorakiej źrenicy; dodałem nadto, iż w nowszej literaturze wcale nie znajdujemy opisów podwójnej źrenicy. Słusznie poniekąd kol. TALKO w swym przypisku do artykułu mego zarzucił mi, iż nie wyszczególniłem kilku przypadków wielorakiej źrenicy, znanych w literaturze. Wspomnę więc o nich teraz pokrótce, by dowieść iż właściwie przypadki te, jeśli były wrodzone, nie mogą przecież być uważane za wady rozwojowe. Pierwsze dwa przypadki podał AMMON ²⁾. W jednym z nich dodatkowa źrenica znajdowała się niżej zwykłej, oddzielona od niej tylko wązkim pasemkiem tkanki tęczówki; ku zewnątrz zaś ciągnęła się do samego brzegu rzęskowego. Przypadek ten obecnie nazwiemy nie podwójną źrenicą, lecz prawdopodobnie mieć tu będziemy szparę tęczy ze spoidłem (TALKO ³⁾, SAEMISCH ⁴⁾). W drugim przypadku AMMON'A „w środku tęczówki spostrzegano dwie małe źrenice, w kształcie szpar, pod nimi zaś większą, okrągłą. Wada powstała w ten sposób, iż od brzegu źrenicznego, mianowicie w górze i z boków powstały wyrostki, które następnie zrosły się razem i w ten sposób przeistoczyły pojedynczą źrenicę w potrójną”. Opis dość lakoniczny, jeśli nadto zwrócimy uwagę, iż promienie przedniej powierzchni tęczówki w kierunku swym stosują się do wszystkich trzech źrenic, a nadto iż błękitna barwa tęczówki w okolicy źrenic staje się żółtawą, łatwo przypuścić możemy, iż zmiany spostrzegane spowodowane być mogły przez przyczepy, powstałe wskutek stanu zapalnego. TALKO w pierwszym swym przypadku ⁵⁾ opisuje dwie źrenice w lewym oku 45-letniego dymisyonowanego szeregowca. Rogówka była cokolwiek mniejszą, środkowa źrenica prawidłowe zajmowała miejsce, średnica jej równała się 3,5 mm. Dodatkowa źrenica była

¹⁾ Medycyna 1882. Nr. 39.

²⁾ Atlas. Tab. IX, Fig. 23.

³⁾ Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde 1868, str. 19; 1871 August u September—Heft Kauk. med. Zbornik Nr. 5 i 10.

⁴⁾ Klinische Monatsblätter 1867, str. 85.

⁵⁾ Żurnal woj.-medycyny 1868 Styczeń, rys. 1867 Wrzesień Iridodistasis congenita ocul. sinistri (po rosyjsku).

położoną w kierunku dolno-wewnętrzznego południka gałki; długość jej wynosiła 2 mm., sama zaś przedstawiała się jako trójkąt, którego podstawa, położona w miejscu połączenia rogówki z białkówką, wynosiła 2 mm. wysokość trójkąta tyleż, wierzchołek zaś oddzielało od brzegu prawidłowej źrenicy pasemko tkanki tęczówki 2 mm. szerokie. W dolnej części prawidłowej źrenicy znajdowały się resztki błony źrenicznej, lub też wysięku (patrz następujący przypadek, str. 35). Przy zwężaniu i rozszerzaniu prawidłowej źrenicy spostrzegano też zmiany w kształcie i wielkości dodatkowej źrenicy, lecz zmiany te były li tylko bierne. Oko nigdy nie ulegało obrażeniu. W drugim przypadku d-ra TALCO ¹⁾ dodatkowa źrenica zajmowała obwodowo-skroniową część tęczówki; długość jej wynosiła 2 mm. szerokość w środku 1 mm. Zewnętrzną granicę stanowiło miejsce połączenia rogówki z białkówką, wewnętrzną tkanka samej tęczówki; nadto dodatkowa źrenica tak wyglądała, jak gdyby powstała wskutek oderwania w tym miejscu tęczówki od ciała rzęskowego. Że tak być mogło w istocie, dowodzi obszerna tylna przyczepina zewnętrznej części tęczówki. Okoliczność zaś iż chory zaprzeczał jakoby poprzednio cierpiał na zapalenie oczu, dowodzi tylko iż cierpienie to prawdopodobnie miało miejsce jeszcze podczas życia zapłodkowego. Dwa te przypadki zupełnie są do siebie podobne, zważywszy zaś iż w pierwszym autor spostrzegał w dolnej części brzegu źrenicznego dodatki, co do których w drugim swym artykule nie zaprzecza iż mogły stanowić resztki przyczepin, w drugim zaś przypadku bezwzględnie znalazł obszerną przyczepinę tęczówki, widzimy iż oczy mogły ulegać stanom zapalnym, wskutek których powstały przyczepiny, te zaś łatwo spowodować mogły częściowe braki tęczówek (*Irideremia*), powstałe wskutek częściowego oderwania tychże. Braki takie mogły być wprawdzie wrodzone, trudno jednakże przyznać w tych przypadkach wady rozwojowe.

Wreszcie DUFOUR ²⁾ swój przypadek streszcza mniej więcej temi słowy. Miał on do czynienia z wadą wrodzoną, mianowicie z wolą rogówki w wysokim stopniu (*megalocornea*) z odsuniętymi ku wewnątrz źrenicą i układem soczewkowym, dalej sama tęczówka miała wygląd zanikowy. Wskutek obrażenia oka (uderzeniem pięścią), w 12-tym roku życia, utworzyły się w tęczówce dwie szpary promieniste, w skroniowej części zupełna a w nosowej niezupełna, oddzielone od brzegu źrenicznego pasemkiem tkanki tęczówki. Pierwsza z tych szpar, wskutek tego iż równik soczewki przecinał ją w połowie, wraz ze zwykłą źrenicą, wywoływały strojone widzenie. Tak więc jakkolwiek oko w istocie przedstawiało wadę rozwojową, wszakże dodatkowa źrenica powstała widocznie wskutek obrażenia oka.

W 1881 roku opisałem przypadek podwójnej źrenicy ³⁾. Oko nie ulegało ani obrażeniu, ani też stanom zapalnym. Na zewnątrz i ku górze

¹⁾ Drugi przypadek *Iridodiasis congenitae oculi sinistri*. *Kauk. med. Zbornik*. Nr. 5 (po ros.).

²⁾ *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 1870.

³⁾ *Przytoczenie do nauki o rozwoju oka*. Kijów 1878 (po ros.).

od zwykłej źrenicy znajdowała się mniejsza o wiele, jednakże zupełnie okrągła dodatkowa źrenica. Zważywszy iż MANZ ¹⁾ w swej rozprawie o powrotnościach oka zaprzeczał poniekąd istnieniu dwu lub wielowzroczności starałem się wyjednać dla wady na nowo prawo obywatelstwa w dziedzinie teratologii. Artykuł mój streszciał kol. TALCO w *Revue générale d'ophtalmologie* (1882. Nr. 5). W wykazie bibliograficznym *Annales d'oculistiques* (1882, str. 285) znalazłem następującą notatkę z powodu mego przypadku: „on met en doute aujourd'hui l'existence de la polycorie et l'on prétend que dans les cas cités de polycorie, il s'agissait de fissures radiales de l'iris, de colobomes avec ponts, de restes de la membrane pupillaire. Le cas de Rumszewicz est un cas de véritable diptocorie congénitale”. Przypadek obecny jest już zatem drugim przypadkiem wielowzroczności rozwojowej w ścisłym tego słowa znaczeniu. Chodzić nam tylko może o sposób powstawania wady. Powstanie dwuwzroczności tłumaczyłem niedostatecznym zrośnięciem się dwóch części składowych tęczówki zapłodka, mianowicie przedniej części pęcherzyka ocznego i warstwy listka średniego, przeznaczonej dla tęczówki. Na mocy własnych badań ²⁾ rozwój tęczówki u zapłodka ssących streszcic mogę temi słowy. Bardzo prędko po utworzeniu się następczego pęcherzyka ocznego, w pobliżu przedniego brzegu tegoż, spostrzegamy na cięciach poprzecznych trójkącik z komórek listka średniego utworzony (zapłodek owczy 2,3 ctm. długości), którego skierowany ku tyłowi wierzchołek łączy się z ciałkiem szklistem; kąt przednio-wewnętrzny, z zawiązkiem rogówki i błony źrenicznej. W środku trójkąta znajduje się przecięte poprzecznie większe koło tętnicze tęczówki. Następnie przedni brzeg pęcherzyka staje się cieńszym i posuwając stopniowo ku przodowi, podnosi tylny kąt trójkąta i skierowuje go ku wewnątrz. Z tego to kąta tylnego rozwija się zawiązek części tęczówki od listka średniego pochodzącej, przednia zaś część pęcherzyka ocznego przeistacza się w nabłonek barwikowy tęczówki. Wszakże obie te warstwy rozwijają się dość długo każda z osobna i początkowo brzeg pęcherzyka znajduje się po za brzegiem listka średniego. Dopiero później (zapłodek owczy 9 ctm. długości) brzegi równają się ze sobą, brzeg pęcherzyka nieco się zagina, obejmując przedni brzeg listka średniego i wreszcie w tym dopiero okresie zrasta się z nim. Zrośnięcie to stanowi ważną epokę w rozwoju tęczówki, gdyż po niem dopiero powstaje prawdziwy zawiązek tęczówki, jako całości oddzielający się od błony źrenicznej. Otóż zrośnięcie nastąpić może na całej powierzchni, lub też nie. W pierwszym przypadku, jak to zwykle miewa miejsce, otrzymamy, prawidłową tęczówkę, czyli przeponę z jednym tylko otworem, w drugim zaś, jeśli w jednym lub kilku miejscach zrośnięcie nie nastąpi, łatwo powstać może rozrządzenie tkanek i spowodować utworzenie się dodatkowych jeszcze otworów w przeponie, czyli otrzymamy dwu lub wielowzroczność. Widzimy więc, iż historia rozwoju dostatecznie wytłumaczyć nam

¹⁾ Graefe u Saemisch. Handb. d. gesamt. Augenheilkunde. Bd. II, 1, str. 96.

²⁾ l. c.

może powstanie wady, nie mamy przeto żadnej potrzeby uciekać się do podanej niedawno przez DEUTSCHMANN'A ¹⁾ teorii zapalnej powstawania wad rozwojowych oka, co do której zresztą, w zastosowaniu jej do dwóch innych wad rozwojowych oka, wypowiedziałem już dawniej moje zdanie ²⁾.

Ciąża zewnątrz-maciczna w jamie Douglas'a.

Wydobycie płodu przez odbytnicę. Wyzdrowienie.

(*Graviditas extrauterina fossae Douglassi*).

Podał Aleksander Czaplicki lekarz szpitala Ś-go Aleksandra w Kielcach.

Jadwiga Ździebko włościanka ze Stopnickiego, lat 36 mająca przyślaną została do szpitala w Kielcach prez kol. SULICKIEGO i w dniu 10 Lipca r. z. badana, opowiedziała mi co następuje: zameżna od 18 lat, regularność miewała co 28 dni, porodów odbyła cztery, z tych pierwszy bliźniętami trudny, pozostałe trzy łatwiejsze, z chorób przechodziła tylko zapalenie płuc, zresztą zawsze dobrem cieszyła się zdrowiem. Ostatni raz zaszła w ciążę przed szesnastu miesiącami, ruchy płodu uczuła w piątym miesiącu i czuła je ciągle do dziewiątego miesiąca, w końcu którego, t. j. przed siedmioma miesiącami, rozpoczęła się sprawa porodowa, bólami w brzuchu i krzyżu, poczem w parę godzin odeszły wody, błony i nieco krwi, ale dziecię się nieurodziło; bóle wkrótce ustały a brzuch niewiele zmalał. W ciągu następnych trzech dni, czuła jeszcze wyraźne ruchy płodu, które słabnąc, powoli zupełnie ustały. Połóg przebiegał jak zwykle, chora po tygodniu wstała, zajmowała się domowem gospodarstwem, czując się zdrową, dolegały jej tylko i niepokoiły: trudność w oddawaniu kału i ciężar w dole brzucha. Po czterech tygodniach spokoju, zjawiły się bóle w dole brzucha, które jej już nieopuściły, i nakoniec wstawiły się krwotoki z odbytnicy, a po ich ustaniu rozwolnienie, z ciekłemi mocno cuchnącemi wypróżnieniami, wskutek czego po sześciotygodniowem leczeniu się domowemi środkami, udała się do szpitala Stopnickiego na kurację, zkąd odesłaną, została do Kielc.

Badanie uskutecznione w d. 11 Lipca dało nam następujące wyniki: chora wzrostu średniego budowy prawidłowej, skóra blada, ziemistego koloru, błony śluzowe bezkrwiste, puls słaby, ogólne wyniszczenie i upadek sił: brzuch wypukły, u dołu z prawej strony, poczynając od pępka do kości łonowych, daje tępy ton opukowy, macica daje się wyczuć w prawym dole biodrowym, jako ciało gruszkowate spłaszczone, a po nad jej dnem, przez wiotkie ściany brzuszne, z łatwością wyczuć się dają drobne części ruchome, zachowaniem się swoim, i formą dające się rozpoznać

¹⁾ Zur pathologischen Anatomie der Iris-und Aderhautcaloboms, als Grundlage eines Erklärungsversuches der sogenannten Hemmungsbildungen überhaupt. Klinische Monatsblätter f. Augenfeilkunde. Marzec 1881.

²⁾ Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. Pamiętnik Tow. lekarskiego Warszawskiego z r. 1882 i w Centralblatt Hirschberga. Maj 1882.

jako nóżki. Ujście macicy stoi wysoko, skierowane na lewo i ku tyłowi, w prawej połowie tylnego sklepienia pochwy, palec śledzący wyczuwa ciało twarde, okrągłe, będące główką płodu. Po przestrzyknięciu odbytnicy, wprowadziłem do takowej palec, i powyżej wewnętrznego zwieracza odbytu, w odległości pół cala po nad jego obrączką, w poprzedniej ścianie odbytnicy, natrafiłem na otwór wielkości srebrnej dziesięciogłotówki, w którym tkwiły, obnażone już z części miękkich, kości czaszki. Chora wtedy gorączkowała (Temp. 38,5 C.) przyczem codziennie lekkie przechodziły ją dreszcze.

Mając tak wyraźne dane, ani chwili nie wątpiłem iż mam do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną, z umiejscowieniem płodu w jamie Douglass'a, która w całości wypełnioną była główką odpychającą macicę ku przodowi, a odbytnicę ku tyłowi, przyczem ściana przednia tej ostatniej uległa już zniszczeniu.

W obec takiego stanu rzeczy zaprosiłem na naradę kolegów ANDRZEJOWSKIEGO, Cwirko, LEWIŃSKIEGO, STRAWINSKIEGO i WIETRZYKOWSKIEGO, którzy stwierdziwszy moje rozpoznanie, zaproponowali wydobyć płodu za pomocą laparotomii, od czego jednakże w następstwie odstąpili, zgodziwszy się ze mną na to: iż w obec stanu znacznej bezkrwistości, w jakim się chora znajdowała, i z uwagi na rozkład płodu, a więc i na możliwość wessania się produktów rozkładowych, przy zetknięciu się takowych z otrzewną, byłoby dla pacjentki daleko mniej niebezpiecznem a równie dobrze prowadzącem do celu, wydobyć płodu drogą wskazaną przez sam proces t. j. przez otwór w odbytnicy, po uprzednim uprzystępnieniu takowego, za pomocą przecięcia zwieracza odbytu i części miękkich do kości ogoniowej.

W d. 13 Lipca w obec tychże kolegów i przy ich łaskawej pomocy przystąpiłem do wykonania operacyi, momenta której w ten sposób dadzą się opisać: chcąc raz jeszcze upewnić się o położeniu główki, po uprzednim oczyszczeniu odbytnicy zapomocą irrygatora, zaprowadziłem do takowej dwa palce lewej ręki, a wyczuwszy kości czaszki i przekonawszy się, iż w stałej ze sobą pozostają spójni, wprowadziłem mocne szczypce polipowe (*Kornzange*) ująłem jedną z kości ciemieniowych i zwinąwszy ją w trąkę, pod ochroną palców wyprowadziłem na zewnątrz odbytu, a po niej jeszcze jedną z kości licowych. Więcej kości w ten sposób wydobyć niebyło można, przeto po zachloroformowaniu chorej przeciąłem wszystkie części miękkie w linii środkowej, od odbytu do końca kości ogonowej, przyczem prawie że niebyło krwotoku i przez tak rozszerzony odbyt wprowadziłem lewą rękę, pod przewodnictwem której, starałem się wydobyć szczypcami resztę kości czaszkowych, a następnie i płód, lecz po dosyć długiem usiłowaniu udało mi się wydobyć zaledwie kilka małych kawałków kości i dopiero za pomocą ostrego haka uchwyciłem za lewe przedramię sprowadziłem je do odbytu i tu je odciąłem, a następnie przy pomocy tegoż haka wydobyłem kiszki płodu i kilka żeber. Nareszcie po paru usiłowaniach ostrym hakem wbiłem w ściany brzuszne płodu, a po zrobie-

niu nim kilku obrotów, silnie pociągnąłem ku dołowi, i wtedy ręką lewą wyczułem zstępujące do odbytnicy nóżki płodu, za które uchwyciwszy powoli sprowadziłem je do odbytu, a pociągając ostrożnie za nie wyprowadziłem cały płód na zewnątrz, oprócz główki, która stawiała taki opór, iż musiałem ją oddzielić, i dopiero częściowo za pomocą szczypców pod osłoną palców lewej ręki wydobyć. Po przestrzyknięciu odbytnicy wodą wprowadzony do niej palec wdążył do jamy, którą poprzednio zajmował płód, i natrafił na łożysko, mocno do tylnej ściany macicy przytwierdzone, nad którą pod formą ogrążłego wału wystawało i od której nawet częściowo nie dało się oddzielić, a przeto raz jeszcze przestrzyknąwszy i zdezinfekowawszy odbytnicę i jamę Douglass'a, nałożyłem trzy szwy szpilkowe na ranę pooperacyjną, z których jeden głęboki i opatrzyłem jodoformem. Płód wydobyty mocno był zgniły, sądząc po rozmiarach zupełnie donoszony, pępownina około 12 cali długa, mocno ścięczona i zeschnięta.

Przebieg samego leczenia pooperacyjnego nie godnego uwagi nie przedstawiał. Chora pod wpływem chininy, sporych dawek spirytusu, oraz odpowiedniej diety pożywnej, zaczęła zwolna, lecz stale powracać do normalnego stanu; rana, po rozejściu się szwów opatrywana maścią jodoformową (1:8), goiła się pięknie, tem bardziej, iż niebyło wcale *incontinentionis alvi*, z pewnością dla tego iż przy cięciu udało się oszczędzić kilka włókien wewnętrznego zwieracza odbytu. Otwór istniejący w przedniej ścianie odbytnicy powoli się zmniejszał, lecz nawet 17-go Września t. j. w dniu wyjścia chorej ze szpitala, był takiej wielkości, iż mógł przepuścić dwa palce, ściany tylko torbiela, zawierającego niegdyś płód, zbliżyły się do siebie tak, iż tylna ściana macicy, wraz z zorganizowanym łożyskiem, przyczyniała się do utworzenia brakującej części przedniej ściany odbytnicy, tworząc jamkę o paru calach sześciennych objętości. Regularności przez cały czas pobytu w szpitalu niebyło, stan ogólny w chwili opuszczenia szpitala zupełnie zadowalający. Dalsze losy chorej są mi nieznane, wiem tylko tyle że żyje i po dawnemu ciężko pracuje.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

(29). Rozpoznawanie i leczenie władu rdzenia pacierzowego, ze szczególnym względem na okres początkowy. (*Diagnose und Therapie der Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung des Initialstadiums*). D-ra Franciszka MÜLLERA docenta uniwersytetu w Gracu. (*Dokończenie*).

Leczenie. Z poszukiwań różnych badaczy (BERGER, ERB, KRAFT-EBING, RUMPF, SCHULTZE i inni), do których autor swe własne 3 spostrzeżenia dołączyć jest w stanie, wynika, że: przy władzie rdzenia kręgowego, możemy przez leczenie, istotne polepszenie otrzymać, a w rzadkich przypadkach, nawet wyleczyć go można zupełnie. Ale poprawa ta odnosi się tylko do objawów, zmiany bowiem anatomicznej, już istniejącej, żadnymi sposobami nieusuniemy. Zatem, zadanie leczenia polega, na ograniczeniu postępu zaburzenia w rdzeniu i utrzymaniu czynności ustroju, w jak najlepszym stanie. Z a p o b i e g a w c z e (profilaktyczne) l e c z e n i e, polegać

będzie na: unikaniu zaziębień, zamoczeń nóg i stóp, nadużycia w chodzeniu, wspinania się po górach i t. p. szkodliwości. Ogólne leczenie przy wiaździe, polega na dyecie krzepiącej. Kawy i mocnej herbaty, autor zabrania, a napoje spirytusowe, w małej ilości i znacznem rozcieńczeniu pozwala. Dalej, zaleca: zmianę zajęć potrzebujących wielkiego ruchu nogami, lub wystawiania się na zmiany powietrza, na bardziej siedzące i unikanie zmian podobnych. Zabrania stosunku pściowego i kąpeli wodnych gorących i parowych. 4) Leczenie ogólne skierowane przeciwko samej chorobie. 1) Chemiczne leczenie. Od lat 3 używa autor ze skutkiem, połączenia saletranu srebrowego ze sporyszem; połączenie to, z początku używane empirycznie, racjonalnie objaśnione zostało, poszukiwaniami TUCZEK'A. *Rp. Nitr. argenti 0,30. Extr. sec. cornuti 3,00. Pulv. et Extr. Quassia: aa q. s. f. pilulae 30. Consp. pulv. acor. S.* Trzy razy dziennie po 1 aż do 3, trzy razy dziennie powiększając, zażywając je najlepiej po jedzeniu. Po wyżyciu 1.50, *Arg. nitr.* należy zapauzować 3 tygodnie, a po nich znowu leczenie powtórzyć. Trwać ono winno 4—6 miesięcy. EULENBURG zaleca srebro w roztworze podskórnie jako saletran podsiarczano-srebrowy. *Rp. Argenti chlor. rec. 0.10. Natri subsulfur. 0.60, Aq. destill. 20.0. S.* Do wstrzykiwań podskórnych. Dawka 1.00=0.005 saletranu podsiarczano-srebrowego. Autor, z własnego doświadczenia nie może nie powiedzieć, co do skuteczności tego środka w wiaździe. Co do nierozstrzygniętej jeszcze ostatecznie kwestyi, o ile przymiot powoduje rozwój wiaźdu, autor, pomimo powagi ERB'A, który przyczynę takową przyjmuje w swoich 213 przypadkach, przyczyny bezpośredniej w przymiotcie nie widział. Co do przeciwprzymiotowego leczenia wiaźdu, to widział po takowem wyraźne pogorszenie, a nie poprawę w objawach. Tam zatem tylko, gdzie przymiot jest widocznym, radzi go leczyć, ale wcieraniami i bardzo znacznemi dawkami jodku potassu, gdyż mniejsze nie wywierają żadnego działania. II. Leczenie elektryczności. a) Galwanoterapia. Autor, wychodząc z postawionego przez się wniosku, że wiaźd jest chorobą mózgowo-rdzeniową, elektryzuje rdzeń i opuszkę rdzeniową (*bulbus*). Rdzeń pacierzowy elektryzuje w taki sposób: elektrod płaski 13 ctm. dług. 5 ctm. szer. jeden umieszcza się na zgrubieniu szyjnym, drugi na lędźwiowym, i powoli, powoli, posuwa: dolny z dołu do góry i zatrzymuje chwilę, poczem go zsuwa na dół. Czas trwania galwanizacyi, nie powinien przechodzić 5 minut, siła prądu: 8, do 15 elementów, stosownie do znoszenia, kierunek prądu winien być zstępujący (*irrelevant*). Rdzeń przedłużony (*bulbus*—opuszka rdzeniowa), elektryzuje się umieszczając jeden elektrod (5 ctm. w przecięciu) na szyi, drugi na wyrostku sutkowym prawym, potem na lewym. Siła 5 do 7 elementów, czas elektryzacyi 3 min. Unikać należy wywoływania zawrotów głowy galwanicznych i zmian prądu. Przy końcu każdego posiedzenia, stawia A nodę na zgrubieniu lędźwiowym, K atodę zaś na jednym i drugim na przemiany m. czworogłowym, i przepuszczając prąd na 6—10 elementów mocy, wywołuje skurcze mięśni. Postępowanie podobne, działa orzeźwiająco na mięśnie nóg. Do mierzenia siły prądu, proponuje poziomy, kieszonkowy galwanometr EDELMANN'A a zwłaszcza, BÖTTCHER'A podobny galwanometr. b) Fardoterapia. Ogólne skórne penzlowanie, prądem przerywanym. W tym celu stawia chorego bosemi nogami na płycie metalowej pokrytej ręcznikiem lub irchą zinoczoną w gorącej wodzie i połączonej z biegunem dodatnim wtórnej cewki stosu indukcyjnego. Prąd ujemy łączy się ze srebrną miękką szczoteczką albo z wygładzonym czulnym—elektrodem ERB'A i przesuwą się po krzyżu, tułowiu i kończynach mocnemi, śmiałemi pociągnięciami, przez 6—10 minut, raz na dzień lub co drugi dzień. Jeżeli

chory takiego leczenia nie znosi, zaniechać go natychmiast należy. W odpowiednich przypadkach, można galwaniczne leczenie łączyć z faradyzacją. Leczenie elektrycznością po 8—10 tygodniach przerwać należy, później znowu powrócić doń można. III. Leczenie wodą najważniejszy wywiera wpływ na wiać rdzenia, jeżeli tylko prowadzone jest racjonalnie, z uwzględnieniem indywidualności chorego, a nie szablonowo. Autor zaleca unikać przy tem leczeniu, wszelkich drażniących manipulacji, jakimi są: nacierania mokre ciała, zbyt zimne (niżej 15° R.) kąpiele. Najodpowiedniejsze są: kąpiele połowiczne od 24°—23° do 20° R., przez 3 do 5 minut trwające, zaraz po wstaniu z łóżka. Całkowite, podobne kąpiele wskazane są szczególnie, w przypadkach, w których szyjna część rdzenia jest procesem dotknięta. Zakłady wodolecznicze, najodpowiedniejsze są, położone w górskich, wysokich miejscowościach. Kąpiele ciepłych, wodnych i parowych, po nad 27° R., zaleca, wszelkimi sposobami unikać; o ile są one pomocne przy gośćcowych cierpieniach, o tyle przy władzie bardzo szkodzą. Trzy wymienione sposoby leczenia, mogą być razem łączone, zawsze jednak, zbyt wielkich nadziei wyleczenia pokładać w nich nie można. IV. Mechanoterapia jak *Massage*, mało dotychczas jeszcze używana, nie zdaje się wielkich w władzie rokować nadziei. V. Wyciąganie nerwów (*Nervendehnung*) wielkich pni nerwowych, gorąco zalecane przez LANGENBUCH'a, według autora, nie oddaje odpowiednich usług w władzie. B) Leczenie pojedynczych objawów. 1. Bóle leczą się nacieraniami narkotycznymi z chloroformu, weratryny i ol. hyoscyami. Miejsca natarte pokrywa się batystem BILLROTH'a. Okłady Priessnitzowskie, często ulgę przynoszą. Bardzo dzielny środek stanowi zastosowanie Termokauteru, przez BENEDIKT'a wprowadzone w użycie; zastosowanie t. zw. *Points de feu*; jakoteż chłosta (*Geissel*) i moksa elektryczna. Morfina podskórnie z wielkimi dawkami *Natri salicylici*, w 5% wodnym roztworze z 0.01 morfiny, na raz 1 gramową pravazowską spryckę. Przy t. z. napadach gastrycznych, radzi autor stosować elektryczność (Anoda na epigastrium) i faradyzacją penzelkiem elektrycznym, oraz galwanizacją rdzenia przedłużonego, tam bowiem, prawdopodobnie znajduje się ich punkt wyjścia. 2. Bez władzy. Przeciwno bezwładom akomadacyi, przyjmują 0,10 roztwór Eseriny w 10.00 wody. S. 1% na raz, chociaż eserina nie stanowi właściwego leku. Elektryczność galwaniczna, jest odpowiedniejszą. Siła prądu 3—4 elementów. Trwanie 2 minuty. Zaburzenia w widzeniu poprawiają się przez okulary, stale noszone. Przeciwno bezwładom zewn. mięśni oka, używa autor także galwanizmu; katodę stawia około gałki oka, anodę na karku lub na wyrostku sutkowym. Siła: 3—5 elem. czas 2 minuty. Przeciwno podwójnemu widzeniu (*diplopia*) i mroczkom w oczach (*Augenschwindel*) radzi autor zawiązanie jednego oka, lub używanie szkła matowego. Przeciwno zanikowi nerwów wzroku i słuchu, nie nie pomaga, najlepiej jeszcze znoszą chorzy elektryczność galwaniczną. 3. Kurcze. Napady kurczowe kaszlu i łechtania w gardle, znoszą się najlepiej wdychaniami chloroformu. Kurcze pęcherza moczowego, znosi *Extr. cannabis ind.* z magnezją (aż do 0.10). Także z tego samego wyciągu czopki (*suppositoria*) autor zaleca, a morfinę i atropinę odrzuca. Przy osłabieniu pęcherza, bezwładach i nieżytych, radzi używać tylko elastycznych cewników. Do przepłókiwania pęcherza, używa albo zwyczajnego cewnika NELATON'a i łączy go z przyrządem HEGAR'a, albo używa cewnika amerykańskiego, firmy Tiemann'a et Comp. w Nowym-Yorku. Do przemywania używa letniej wody z mlekiem, albo roztworów 2—5% resorcyiny, lub 3% roztworu kali chlorici. Przepłókiwanie robi co dzień lub co drugi dzień, ze skutkiem świetnym. W lekkich przypadkach kataru pęcherza można kali chlor.

podawać wewnątrz, 2 $\frac{1}{2}$ % roztwór, co 2 godz. po łyżce, z ostrożnością, aby nie otruć chorego. Również przy osłabieniu pęcherza, oddaje usługi *T-ra nuc. vom.* po 10 do 15 kropli 2 razy dziennie. Także *massage* dolnej części brzucha oddawał autorowi usługi w tych razach.

(*Centralblatt für gesammte Therapie* Januar 1884. Wien). Dr. Dobieszewski.

32. Virchow o dnie (GICHT). W odczycie, który znakomity patolog miał ostatnimi czasy w berlińskim towarzystwie lekarskiem, przytacza on w liczbie innych faktów rezultaty spostrzeżeń nad przebiegiem własnej ciężkiej choroby, jakiej uległ był w roku zeszłym. Przedewszystkiem zastanawia się nad stosunkiem dny do zmian chorobnych w nerkach i całym układzie moczowym. Nie podziela on ogólnie rozpowszechnionego zdania o stosunku moczanów przedstawiających się w postaci piasku, lub kamieni nerek i pęcherza, do choroby o której mowa; spostrzeżenia VIRCHOWA, przeważnie anatomiczne, nie potwierdzają tego. Co się tyczy kamieni pęcherza złożonych z moczanów, to liczba przypadków, w których powstają one przy niewątpliwej dnie, jest nader małą; co zaś się tyczy kamieni nerkowych i miedniczkowych, to i pod tym względem wykazuje obserwacja, że osady te w cokolwiek większej nagromadzone ilości nie napotykają się jako właściwe powikłanie podagry, (liczba przypadków, w których osady pomienione występują przy jednocześnie istniejących wybitnych objawach podagry, jest minimalną). Co się tyczy owych wybitnych zjawisk dnie właściwych, zwraca autor uwagę na okoliczność nie dość uwzględnioną w literaturze, że postaci dny bez wybitnych napadów podagrycznych zdarzają się często, jak o tem przekonał się VIRCHOW wykonywając sekcye, przy których istniały wyraźne zmiany dnie właściwe, pomimo, że historie chorób nie wykazywały najmniejszego podejrzenia tej choroby. (Oдноśne spostrzeżenia autora już dawniej ogłoszone zostały w rozprawie HARTMANN'A, r. 1868). Badanie wykrywało zawsze właściwą postać złogów podagrycznych i olbrzymią ilość moczanu sodowego w takowych; złogi takie oznacza autor nazwą „tophus” opierając się na ich konsystencji. Charakterystyczne osady moczanu sodowego dotyczą nie były ani razu wykryte przy nieobecności co najmniej podejrzenia dny. Ale trzeba rozróżnić właściwą dnę z napadami charakterystycznymi od podagry o przewlekłym, ukrytym przebiegu, przy którym nie występują wcale napady, a jednak większe zmiany mogą występować niż przy podagrze paroksyzmatycznej; do pewnego stopnia różnica ta odpowiada dawnemu podziałowi dny na *arthritis divitum* i *art. pauperum*. Według autora, należy wszakże rozróżniać jeszcze w liczbie postaci chronicznych—właściwą *art. deformans* i specyficzną dnę moczanową (Harnsaure Arthritis). Autorowi znany jest jeden tylko przypadek, w którym stawy dotknięte były zmianami obydwóch kategorii. Chcąc stworzyć teorię dla powyższych faktów, przyjął wypada, że ciężkie z gwałtownymi napadami połączone postaci występują u osób, u których wielka ilość materiału zawierającego azot podlega sprawom rozkładu, że dna znajduje się więc w pewnej zależności od zbytłownego pożywienia, a mianowicie od spożywania nadmiernych ilości pokarmów azot zawierających; łatwo przynajmniej można sobie wytłómaczyć, że gwałtowne zjawiska mogą zależeć od większego wytwarzania się kwasu moczowego w danej jednostce czasu pochodzącego od zwiększonego użycia istot białkowych. O podagrze jednak w ogólności rzecz biorąc, powiedzieć tego nie można, jak o tem przekonały liczne obserwacje autora, dotyczące przypadków dny u ludzi wszelkich zbytków pozbawionych, a mianowicie w szpitalu więziennym. Co się tyczy zachowania się nerek, zauważa autor, że moczan sodowy nagromadza się w kanalikach moczowych; złogów w tkance łącznej, opisanych niedawno przez EBSTEINA, nigdy nie obser-

wował autor pomimo wielkiej liczby spostrzeganych przypadków. Przeważnie znajduje się osad w istocie rdzeniowej. Pod mikroskopem przedstawia się on nie w postaci cienkich igielek, ale w wielkich pryzmach rombicznych zupełnie bezbarwnych, nagromadzonych w wielkiej liczbie. Nader często zdarza się, że podobne złogi znajdują się jednocześnie w stawach. Otóż zachodzi pytanie, czy obecność kryształów dowodzi, że badany organizm dotknięty jest sprawą podagryczną? Istnieją bez wątpienia przypadki, w których niepodobna w zwykłych miejscach wykryć złogów moczanowych, ale przypadki te są o tyle rzadkie, iż autor odnosi je również do podagry, przypuszczając w tych razach obecność złogów w innych miejscach. Zresztą, od stanowczego zdania wstrzymuje się tu VIRCHOW. Przy obecności powyższych zmian w nerkach, istnieją zwykle i inne zaburzenia, mianowicie zaś, przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek (*nephritis interstitialis chronica*), które jednak umiejscowione bywa w innych niż złogi miejscach, a mianowicie, przechodzi od powierzchni nerki do substancji korowej; usposobienia zaś do zmian parenchymatycznych nie obserwowano wcale. Znajomość faktów tych posiada doniosłe znaczenie, albowiem tylko dwa jeszcze znamy procesy, przy których powstaje takie śródmiąższowe zapalenie nerek, a mianowicie: zapalenie osierdzia i przymiot. Stopniowo powierzchnia nerki staje się nierówną, następuje stan zbliżony do zwyrodnienia ziarnistego (*granulardegeneration*), wreszcie zanik, przyczem i kłębki (*glomeruli*) ulegają zmianom wstecznym. Proces podagryczny można sobie w ten sposób przedstawić, iż w stawie, pod wpływem bodźca chorobnego tworzą się złogi moczanów, które wywołują proces zapalny. Zapalenie wszakże powstaje w innem miejscu, a mianowicie: złogi umiejscowione są zwykle na chrząstkach i więzadłach, gdy zapalenie dotyczy worka maziowego; przypuszcza więc autor, że raczej wysięk niż same złogi są przyczyną zapalenia tego.—Dalej, stara się autor rozwiązać pytanie, czy może istnieć dnawe zapalenie nerek przy braku złogów moczanowych? Przedewszystkiem zaznacza autor, że właściwym bodźcem zapalnym są tu przeładowane solami składniki, o czem stanowczo przekonał się autor, obserwując w roku zeszłym własną chorobę. Nie miał on przedtem ani jednego napadu podagrycznego; od czasu do czasu miewał małe obrzmienia w stawach palców, oraz w kilku miejscach nieznaczne wyniosłości. W zeszłym roku naraz dostał mocnej drażliwości pęcherza, palenia w cewce moczowej, parcia na mocz. Pewnego razu z przyczyn zewnętrznych dostał autor dreszczy, a po ustąpieniu gorączki wszystkie objawy wzmogły się i z cewki moczowej odchodził od czasu do czasu płyn wyglądający jak czysta ropa. Co do siedliska choroby, zdania lekarzy były w najrozmaitszy sposób podzielone. Pewnego razu wreszcie, sam chory wziął się do mikroskopowania i wykrył obecność młodych komórek okrągłych rozmaitej wielkości, niezmiernie ruchliwych. W celu wykonania próby na śluz, dodał VIRCHOW do preparatu nieco kwasu octowego i zdziwił się mocno spostrzegłszy mnóstwo kryształków moczowych; nadmienić wypada, że ani osadu moczanów w urynie, ani piasku lub kamieni nerkowych nie obserwowano u autora nigdy. Natychmiast zażył on znaczną ilość boranu sodowego i następnego już dnia nie wydzielał ani owego płynu ropnego, ani białka, ani cylindrów. Kuracja alkaliczna przez dłuższy czas stosowana sprowadziła zupełne uleczenie. Autor przekonany jest, że silne podrażnienie było w tym przypadku następstwem przeładowania moczanami zawartemi w roztworze. W końcu zwraca autor uwagę na dyagnostykę zaburzenia. W nerkach znajdują się w pewnych przypadkach ciała zupełnie podobne do opisanych; zdarza się to mianowicie przy stanach chorobnych połączonych z osadzaniem się wapna. Troskliwie przeprowadzone badanie daje jednak zawsze możność

odróżnienia tych procesów. Przy uważnem badaniu sprawy, odróżnić można dwie główne postacie zwapnienia rerek. Pierwsza odznacza się tem, iż na wierzchołkach brodawek pojawiają się grube białe linijki; następuje tu zwapnienie otoczeni (tunicae propriae) kanalików moczowych pozabawionych nabłonka. W innych przypadkach znowu, same kanaliki moczowe wypełnione są masą wapienną. Stan ten najczęściej spostrzegać się daje w istocie korowej; a mia nowicie często, w torebkach kłębków. Ta właśnie postać częstokroć powikłaną bywa zapaleniem śródmiażdżowym nerek odznaczającą się skłonnością do tworzenia torbieli. (*W. Med. Bl. Nr. 1 i 2—1884*).

33. Przyczynę do chorób kiszek p. NOTHAGELA. Autor stara się rozstrzygnąć kwestyę w jaki sposób i przy jakich stosunkach można rozpoznać przewlekły nieżyt kiszek. Anatomicznie wyraża się nieżyt rozrostem przestrzeni międzygruczołowych, ze znacznem nagromadzeniem komórek okrągłych częścią w tych ostatnich, częścią wzdłuż mięśni Brückego; nagromadzeniem brunatnego lub żółtego pigmentu na tychże miejscach; w końcu, błona śluzowa może zanikać. Kliniczne rozpoznanie przewlekłego nieżytu może być postawione z własności i liczby stolców. Według N. przy wyłącznem zajęciu kiszek grubych, zwykle bywa zaparcie stolca, wyjątkowo tylko codzienne wypróżnienie, 2) przy wyłącznem zajęciu kiszek cienkich, również bywa leniwość stolca, 3) przy równoczesnem zajęciu kiszek cienkich i grubych może być nieustanna biegunka. 4) Przy nieżycie kiszek grubych może zaparcie stolca być przerywane biegunką, albo regularnie w odstępach kilkodniowych, albo też w odstępach czasu nieprawidłowych. Oprócz tych form zdarzają się i inne. Są np. przypadki cechujące się tem, że wypróżnienie wypada w porze obiadowej lub też stolce nie bywają we dnie, a tylko w porze od późnego wieczoru do wczesnego ranka. Nerwowe wpływy mają ważne znaczenie także i przy przewlekłym nieżycie. Dla czego człowiek raz dziennie tylko miewa stolce, to zależy według N. od stopnia pobudzalności zwojów nerwowych w kiszki. Kiedy zwoje kiszek cienkich pobudzane bywają częściej, grubszych rzadziej, a w dolnym odcinku raz na 24 godzin. (Według GLAXA jednorazowe codzienne wypróżnienie zależy od przyzwyczajenia. Można dzieci przyzwyczaić o pewnej godzinie mieć stolec; toż samo można zrobić z psem, chociaż ten na wolności ma stolec kilka razy dziennie). Co się tyczy stanu kiszek przy zastojach żylnych, to przy wadach zastawek, dopóki takowe są dobrze kompensowane, stolce są prawidłowe jak u zdrowego; jeżeli zaś występuje puchlina ogólna i silniejszy zastój żylny, stolce zwykle bywają leniwe. Przy końcu życia, gdy sinica coraz bardziej się powiększa, bywa zupełne zaparcie stolca, chociaż zdarza się i przeciwnie. Badanie pośmiertne w tych razach wykazuje zastój żylny cienkich i grubych kiszek, ale bez objawów nieżytowych, przyczynę więc według N. zaparcia stolca przy zastoju żylnym nie należy szukać w nieżycie, ale w zmianach działalności nerwowej, wywołanej przewlekłym żylnym zastojem. W innych przypadkach przy zaburzeniu kompensacji występująca przez miesiące na przemian biegunka i stolec prawidłowy, lub zaparcie mają za podstawę nieżyt kiszek przy zastoju żylnym, mianowicie, nagromadzenie się okrągłych komórek w błonie śluzowej i zmiany nieżytowe tak w grubych jak i w cienkich kiszki.

(*Z-t. f. klin. Med. Bd. 7*). J. R-i.

34. Szczególna odmiana pierwotnego stwardnienia przymiotowego. R. W. TAYLOR opisuje dwa przypadki przymiotu, odznaczającego się szczególnymi cechami pierwotnego stwardnienia. Ostatnie w tych przypadkach przedstawiało się w postaci małej niewyniosłej plamy, srebrzystego połysku i koloru; plamka ta mało widoczna i nie wywołująca żadnych dolegliwości, po-

została bez żadnych zmian przez tygodnie i dopiero po upływie tego czasu przetwarzająca się w owrzodzenie szankrowe. Taką postać pierwotnego stwardnienia spotykał autor nieraz na końcu języka u dzieci, które zarażyły się przymiotem od mamek. (*N. Y. med. Record XXIV. 10. p. 255. Sept. 83*).

ODCINEK.

Sprawozdanie roczne z działalności szpitali Warszawskich.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 5).

W punkcie czwartym poruszoną została kwestya urządzenia szpitala dziecięcego na łóżek 50, wyłącznie służyć mającego dla dzieci chorobom zaraźliwym uległych. Stało się już pewnikiem a zarazem i podstawą racjonalnego szpitalnictwa, iż jedynym środkiem mogącym skutecznie położyć tamę rozprzestrzenianiu się chorób zaraźliwych, jest izolacyja czyli zasada odosabniania chorych od zdrowych. Dokładnie wykonywana dezinfekcyja, niewątpliwie ma ważne znaczenie i nienależy jej lekceważyć, ale jedynym i niezbędnym warunkiem zapobiegającym udzielaniu się chorób zaraźliwych, szczególnież udzielaniu się za pośrednictwem przedmiotów lub osób, jest izolowanie chorych. W myśl tej zasady już od dość dawna budują się szpitale wyłącznie przeznaczone dla uległych chorobom zakaźnym a nawet szpitale wyłącznie dla jednej choroby przeznaczone, jak np. szpitale dla ospowatych, błonicą dotkniętych i t. d., albo też, jeżeli szpital ogólny ma zarazem przyjmować osoby z chorobami zakaźnymi, to ma to miejsce tylko wtedy, jeżeli taki szpital ogólny zbudowany jest wedle systemu barakowego lub pawilonowego, jak np. szpital Ś-go Jakóba w Lipsku z 17-stu pojedynczych baraków się składający, szpital miejski Moabit zwany w Berlinie, również z kilkunastu baraków złożony, albo wreszcie szpital Ś-go Tomasza w Londynie który z 6-sciu pawilonów (siódmy mieści szkołę lekarską) się składa. We wszystkich tych szpitalach chociaż one są szpitalami ogólnymi, każdy z pojedynczych baraków stanowi odosobnioną, zamkniętą w sobie całość, mogącą bez żadnych zmian, w danym razie, jako oddział dla chorych zaraźliwych funkcjonować. Dodawać nie potrzeba, że podobne oddziały mają swoją oddzielną kuchnię, pralnię, obsługę i t. d. słowem, że one są w bezwzględnej izolacyi i bezwarunkowo styczności z innymi barakami lub pawilonami nie mają; i jeżeli one na wspólnem territorium szpitala ogólnego się znajdują, to tylko dla tego, aby w razie pojawienia się jakiejś choroby zaraźliwej w samym szpitalu, można było chorego u którego się choroba zaraźliwa pojawiła, od innych oddzielić. Urządzanie zaś oddziałów dla chorych zaraźliwych w szpitalach starego systemu t. j. w szpitalach stanowiących jeden gmach, a zatem nie mogących zadość uczynić w sposób ścisły zasadzie izolacyi, jest zupełnie niewłaściwem. W jaki bowiem sposób przeprowadzić ścisłą izolacyję w takim szpitalisku stanowiącym jednociągłą masę muru jak Dzieciątka Jezus lub Ś-go Rocha np.? Zrozumiała snąć kommisyja na czem spoczywa postępek w tym względzie skoro zaprojektowała pobudowanie szpitala zupełnie oddzielnego, wyłącznie dla chorych zaraźliwymi chorobami dotkniętych przeznaczyć się mającego. A chociaż projekt ten nie mógł być dla braku środków uskuteczniony, to jednakże wkrótce mieć będziemy coś podobnego. O ile bowiem nam wiadomo, od 1-go Lipca znacznie funkcjonować przy szpitalu dziecięcym na Aleksandryi oddział, wyłącznie dla dzieci chorobom zaraźliwym uległych przeznaczony. Ani na chwilę nie wątpimy, że od-

dział ten będzie miał racyjjonalną wentylację, kamerę dezynfekcyjną, że będzie miał oddzielną administrację, oddzielną kuchnię i t. d. słowem, że będzie absolutnie od gmachu głównego izolowanym i że przynajmniej temu najważniejszemu warunkowi t. j. izolacji, będzie uczynionem zadość.

Również o dobrem zrozumieniu tej kwestyi przez władzę świadczy i to, że szpital za Wolskiem rogatkami urządzony, ma w danym razie jako szpital epidemiczny funkcjonować. Ważną jest rzeczą, że jeżeli szpital podobny niezupełnie po za obrębem miasta ma się znajdować, co byłoby bardzo do życzenia, to przynajmniej środka miasta niech nie zaraża.

Nareszcie, piątym i ostatnim z kolei przedmiotem nad którym obradowano, była kwestyja ustanowienia nowego regulaminu żywienia chorych w szpitalach, mająca na celu racyjjonalne unormowanie porcyj i w ogóle, lepsze chorych żywienie. Wyznać trzeba, iż się tem dawniej zająć należało, gdyż regulamin żywienia chorych ustanowiony przez Radę Gubernijalną Dobr. Publicz. Gub. Warszawskiej w r. 1874 dla szpitali gubernii Warszawskiej, a który i dla szpitali Warszawskich później stał się obowiązującym, nie odpowiadał ani wymaganiom racyjjonalnej dyjetetyki, ani względom praktycznym. Dawny regulamin przez b. Radę Główną Zakł. Dobr. w Królestwie ustanowiony i polegający na 3-ch rodzajach porcyj (cała, pół i ściśła) oraz dodatkach zapisywanych wedle uznania lekarza, nieskończenie był praktyczniejszym od nowego t. j. w r. 1874 ustanowionego, który obejmował 5 porcyj (zwyczajną, średnią, słabą Nr. 1-szy, słabą Nr. 2-gi, oraz mleczną) i dodatki. Miało to niby stanowić urozmaicenie i ułatwiać możliwość stopniowania pożywienia pod względem ilościowym. Tymczasem praktyka wykazała, że z tego powstawały największe zakłócenia; a jeżeli było wziąć pod uwagę owe dodatki, to robił się z tego taki chaos, że chcąc było uczynić zadość literze prawa i trzymać się ściśle tego co regulamin wymagał, musiały się szpitale zaopatrzyć w wyłącznie obliczeniami zajmujących się rachmistrzów, którzy całemi godzinami liczyli i liczyli, aby ostatecznie ilość spożytych produktów powmieszczać w odpowiednie rubryki i tak je porozdzielać, aby one mogły się znaleźć wcielonymi w odpowiednie porcyje których ilość z góry (!) wyznaczoną została. Powiedzianiem bowiem zostało że: na 50 porcyj ogółem, czyli na 50 chorych, wypada porcyj całych 20; porcyj średnich 15; porcyj słabych Nr. 1-szy 10; porcyj słabych Nr. 2-gi 3; porcyi mlecznych 2; summa facit: porcyj 50. To liczebne porcyj owych wyznaczenie miało być wypływem doświadczenia. Jednak zachodzi pytanie: jakiego doświadczenia? Jakiej użyto metody do wyznaczenia tego stosunku? Otóż nie coś innego tylko właśnie doświadczenie wykazało, że cały ów regulamin nie opierał się na doświadczeniu. Regulamin ów miał być z początku sposobem próby na czas jakiś wprowadzony. Pomimo jednakże całej jego niepraktyczności, która natychmiast po jego wprowadzeniu w wykonanie dotkliwie czuć się dawała, przetrwał on lat 8 pono. Najprzód, regulamin ów zawierał ten zasadniczy błąd, że sobie obrał fikcyjną cyfrę (cyfrę 50) za punkt wyjścia, i operacje buchalteryjne na cyfrze 50 dokonywane, przenosił na cyfry większe i mniejsze. Zapewne, że reguła trzech jest dobrą w tym razie gdy nam chodzi o wyznaczenie czegoś innego a nie ilości porcyj, np. gdy powiemy: że jeżeli dla 50-ciu osób potrzeba 300 łokci płótna na koszule, to dla 18 osób takiegoż wzrostu będzie potrzeba łokci 108. Z chorymi jednakże zupełnie jest inaczej; i jeżeli twierdzić będziemy: że gdy na 50 chorych wypada 20 porcyi zwyczajnych to na chorych 15 wypadnie porcyi 6, popełnimy wielki błąd; tak samo jeżeli powiemy, że na 500 chorych wypadnie zwyczajnych porcyj 200. Doświadczenie przekonywa, że jest inaczej i że dla mniejszej liczby chorych czyli dla szpitali mniejszych, stosunki te są in-

ne mianowicie: że w mniejszej ilości chorych więcej jest stosunkowo potrzebujących pierwszej porcji aniżeli w większej. Piętnastoletnie doświadczenie wykazało, że dla szpitali mających przeciętną liczbę 20 chorych dziennie, liczba porcyj całych wynosi minimum 12 t. j. o połowę więcej jak w oficjalnem obliczeniu według którego powinno być $\frac{2}{5}$ ogólnej ilości porcyj czyli 8. Zachodzi pytanie, co ma robić lekarz w obec podobnej ustawy, która wcale nie uwzględnia doświadczenia? Jeżeli weźmiemy cyfrę większą np. 100 chorych, to obliczenie oficjalne może nie dalekiem będzie od rzeczywistości, ale wzięwszy znowu pod uwagę większe cyfry np. 300 osób, to z pewnością w liczbie tej będzie nawet stosunkowo mniej potrzebujących pierwszej porcyj, niż to cyfra oficjalna wyraża. Jestto zjawisko bardzo naturalne, gdyż w szpitalach dużych, w miastach większych, ilość chorych uległych chorobom ostrym lub też takim które przynajmniej czas pewien wzmocnionej porcyi nie wymagają, jest daleko większa niż w szpitalach małych tak, że jeżeli sobie wyobrazimy sposobem przykładu jakąś epidemię, to wszystkie chore osoby, przynajmniej w okresie wybuchu choroby, nie będą potrzebowały pierwszej porcyi, że zatem, nie ma zasady twierdzić że $\frac{2}{5}$ z nich dostaną porcyję pierwszą. Ale gdybyśmy nawet epidemii owej nie brali pod uwagę, to i w zwyczajnych warunkach szpital Dzieciątka Jezus np. będzie miał inny układ cyfr wzajemny stosunek porcyj do siebie wyrażający, aniżeli szpital na 20 lub 30 łóżek. Tworzyć więc w tym razie prawidło które się nie zgadza z rzeczywistością znaczy to samo co od razu postawić kwestyję na fałszywym gruncie. Jakby dla wyrównania tej nieprawidłowości która sama bije w oczy, po umieszczeniu owych cyfr 20, 15, 10, 3, 2 = 50 sposobem objaśnienia dodano następną uwagę „ma się samo przez się rozumieć, że ani maximum ilości dodatków na jakie obecny regulamin pozwala, ani oznaczony ilościowy stosunek porcyj, nie może stanowić bezwarunkowego prawidła. Oznaczenie jednego i drugiego to jest maximum dodatków oraz ilości porcyj, ma służyć tylko ordynatorom dla oryentacyi, uznaniu wreszcie których, pozostawia się robienie w miarę potrzeby odpowiednich zmian lecz z tym warunkiem, aby przepisywana ilość porcyj w danym przeciągu czasu, naprzykład dwutygodniowym, nie przekraczała przeciętnej cyfry dziennego kosztu wyznaczonego w etacie na żywność dla chorych”. Otóż, w tem twierdzeniu jest *contradictio in adjectu*; jeżeli bowiem w danym przeciągu czasu zamiast oficjalnej cyfry 8 porcyj całych czyli zwyczajnych na 20 chorych, wypada z konieczności zapisać porcyj przypuścmy 13, co w małych szpitalach w $\frac{3}{4}$ liczbie przypadków faktycznie ma miejsce, to chcąc być w zgodzie z obowiązującym regulaminem i z własnej nie płacić kieszeni, należy następnych dni po 3 tylko porcyje całe na 20 chorych zapisywać, czyli, że to co w jednym dniu z konieczności nadebranem być musiało, znowu w drugim odjąć należy tak, że w ciągu danego czasu, muszą być takie dni w których z konieczności, żywienie chorych stanie się niedostatecznem. I nie może być inaczej, gdyż wszystkie obliczenia zrobionemi zostały według wyżej podanej normy. Obliczono ile kosztuje summa porcyj każdego gatunku oraz ile kosztuje maximum dodatków jakie robić można, a ostateczna cyfra jaka z tego wypadła podzielona przez 50 dała przeciętną normę jakiej przekraczać pod odpowiedzialnością własnej kieszeni nie było wolno. W czasach owych t. j. w r. 1874 przeciętna ta cyfra wynosiła na chorego 13,16 kopiejek czyli na 10 np. chorych rs. 1 kop. 31,6. W szpitalach większych, gdzie liczba chorych jest znaczniejsza, można było jako tako z tego chorych żywić, ale w szpitalach małych po kilkanaście chorych liczących, żywność za te pieniądze nabywana stanowczo była niedostateczną, a prócz tego regulamin o którym mowa był jesz-

cze pod tym względem jak wspomnieliśmy niedogodny, że trzeba było według stosunku jako norma przyjętego, rozmieszczać porcje oraz części składowe produktów z czego wypadają ułamki i ułameczki, które kilkom cyframi wyrażać było trzeba. W cyfrach większych i okrągłych np. 100 lub 50, buchalteryja owa jeszcze nie przedstawiała trudności, ale niech kto wspomniane stosunki obliczy np. na taki szereg chorych, jak to z wykazu dziennego ruchu chorych jednego ze szpitali prowincjonalnych kopiujemy: 17, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 31 i t. d. Powodem niemałego zawikłania i utrudnienia w obrachunku było wprowadzenie nowej wagi. Jeżeli już chodziło koniecznie o to ażeby wagę z którą wszyscy w kraju dobrze byli obeznani wyrugować, toć daleko właściwsiem było wprowadzić na jej miejsce wagę francuzką a nie wagę zołotnikową, i miarę na krużki która i tak prędzej czy później przez system decymalny ma być zastąpioną. Ażeby mieć wyobrażenie o łamigłówkach które się nazywały dodatkami, dość jest skopiować objaśnienie co do dodatków w postaci mięsa t. j. w postaci pieczeni lub cielecego kotleta przepisywać się mających. Powiedziane bowiem zostało, że średnio biorąc, na 15 chorych można przepisywać: trzy porcje pieczeni lub też trzy kotlety na dwa dni. Ponieważ zaś kotlet cielecy składał się z pół funta mięsa (nb. nigdzie w regulaminie nie powiedziano czy mowa jest o mięsie czystem, bez kości, czy też z kośćcami, co znakomitą ze względów dyjetetycznych stanowi różnicę), czterech zołotników (tut i ćwierć) tartej bułki, 6 zołotników (dwa łuty) masła i ćwierci jaja, zachodzi pytanie co z owemi pozostałymi ułamekami jaja robić, jeżeli mamy przepisać trzy kotlety w ciągu dwóch dni? W obec niedogodności o których mogli mieć pojęcie ci co sami dotykali się w praktyce rzeczonoego regulaminu, niezmiernie była pożądaną jaknajwcześniejsza i radykalna reforma w tym względzie i dla tego wiadomość o utworzeniu się kommisyi złożonej z ludzi umiających uznać wymagania nauki i rozumiejących rzecz, bardzo dobrze przez wszystkich została przyjętą. Mamy właśnie przed sobą naukowo wypracowany przez ową kommisyję regulamin żywienia chorych wraz z ułożoną sposobem graficznym tablicą, która jako wskazówka do ilościowego i porównawczego przedstawienia odżywczych składników w różnych substancjach zawartych tak dla lekarzy jako i osób sprawami szpitalnemi się zajmujących ma służyć. Ponieważ kwestyja żywienia chorych jest rzeczą niezmiernie ważną, preto pracę kommisyi przedstawimy *in extenso* na innym miejscu.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Wiadomo iż przed 1½ rokiem zaprowadzono w Warszawskich szpitalach księgi, do których zapisują się nazwiska tych chorych, którym dla jakichkolwiek powodów odmówiono przyjęcia w szpitalu. Otóż, obecnie mamy przed sobą wyciąg z tych ksiąg za rok ubiegły 1883. Wszystkich odmów w szpitalach ogólnych Warszawskich było koło 3600. Pojedyncze liczby rozkładają się na szpitale w następujący sposób:

W szpitalu Dzieciątka Jezus odprawiono chorych 751

„ Ś-go Rocha	„	709
„ Ś-go Ducho	„	999
„ na Pradze	„	140
„ za Wolską rog.	„	332
„ Ewangelickim	„	143
„ Starozakonnych	„	600

Ostatnia ta liczba jest tylko przypuszczalną, gdyż w szpitalu Starozakonnych księga, do której wpisywano odmowy zaginęła. W Listopadzie najwięcej, a w Wrześniu najmniej

chorym odmówiono przyjęcia do szpitali. Liczby powyższe są nader wymowne. Przede wszystkim dowodzą jak niedostateczną jest ilość łóżek w szpitalach Warszawskich, skoro taka ogromna liczba chorych nie mogła być w nich pomieszczoną. Wprawdzie byli chorzy, których odprowadzono z powodu iż się nie kwalifikowali do szpitala, byli i tacy, którzy z jednego szpitala do drugiego wędrując kilka razy w tej liście figurują, ale tak jedna jak i druga okoliczność tak bardzo na zmniejszenie powyższej liczby nie wpływa, co najwyżej odtrącić należy 12 do 15% czyli że około 3000 biednym chorym odmówiono przyjęcia w szpitalach dla braku miejsca w jednym roku! Nb. wyłączone są z tego szpitale specjalne jak Ś-go Łazarza, przytulki dla rodzących, Ś-go Jana Bożego etc. Jaki los spotkał te 3000 chorych, ile z nich dla braku należytej opieki zmarło na barłogu po poddaszach i suterenach, ile rąk zdolnych do pracy przepadło, jakie straty przez to społeczeństwo poniosło, ile sierot zostało pozbawionych opieki i chleba, wreszcie ile przypadków tyfusu i innych chorób zaraźliwych roznieśli po mieście ci chorzy, pozostający w najgorszych higienicznych warunkach..... któż jest w stanie to obrachować? A jednak należałoby nad tą kwestyą głęboko się zastanowić i warto by pomyśleć o radykalnym zarządzeniu złemu. Nie jestto bynajmniej kwestyą filantropijną, jak to niektórzy sądzą, ale kwestyą społeczną pierwszorzędnej wagi. Każdy kto dba o zdrowie swoje i swoich najbliższych, powinien poświęcić część swojej myśli, swojej pracy i swoich pieniędzy dla zmienienia tego smutnego stanu rzeczy.

Liczby powyższe dalej ponuczają nas, iż największem zaufaniem u publiczności cieszy się szpital Ś-go Ducha który mając tylko 120 łóżek etatowych wydał aż 999 kart odmownych. Nie dziwnego, szpital ten znajduje się w dobrych warunkach higienicznych, o czem uboga publiczność jest widocznie dobrze poinformowaną. Najmniej udają się chorzy do szpitala Dzieciątka Jezus, który mając 4 razy więcej etatowych łóżek niż szpital Ś-go Ducha o tyle mniej chorym zamknął swe wrota (o 248). Niewielki szpital Ś-go Rocha ma poważną cyfrę odmowy 709, co dowodzi iż niezgorszej opinii używa on u pacjentów. Że za rogatką Wolską w domu przytulki i pracy na 60 łóżek etatowych (w zimie 100) aż 332 kart odmownych wydano, tłumaczy się to konieczną potrzebą szpitala w tem miejscu, z powodu gęsto zaludnionej tej okolicy podmiejskiej.

Liczby powyższe mogłyby po części służyć za wskazówkę ilości łóżek szpitalnych potrzebnych w naszym mieście, ale nad tem kiedyindziej wypadnie nam się zastanowić.

— Z powodu szerzącej się epidemii tyfusu i błonicy p Oberpoliomaszter wydał cały szereg przepisów bardzo rozumnych, które w rzeczy samej dużo dobrego by nam wyświadczyły i przyczyniłyby się do ukrócenia epidemii, gdyby były wykonalne. Na nie-szczęście jednak część tych przepisów dla przyzyczyn od światłego zwierzchnika policji niezależnych, zostanie martwą literą. Polecono np. policji „w razie pojawienia się którejkolwiek z powyższych chorób między ludnością ubogą, natychmiast chorych odsyłać do szpitali miejskich”. Jakże spełnić ten rozkaz, skoro szpitale są tak przepełnione iż żadnych świeżych chorych przyjmować niemogą. Dalej rozkazano „w pomieszkaniach, w których leżą chorzy na błonicy lub tyfus, zarządzać najściślejszą dezynfekcyą”. Kto ma tej ostatniej dopełnić? stójkowy czy rewirowy? i w jaki sposób? Czy zostali oni w tym względzie dostatecznie poinformowani? Czy dezynfekcyja ta ma być raz dokonana, czy też codziennie przez cały czas choroby? Co ma być poddane dezynfekcyi: mieszkanie, naczynia, bielizna, pościel, kał chorego czy co więcej? Widzieliśmy nieraz biednego chorego na tyfus w maleńkiej brudnej izdebce, zamieszkałej przez jedną lub dwie rodziny i gdyby nam nakazano wykonać dezynfekcyą, doprawdy niewiedzielibyśmy jak się wziąć do rzeczy. Dezynfekcyja jedynie skuteczna byłaby: wszystko uprzątnąć i spalić mieszkańców wyprowadzić do innych higienicznych warunków. Jakże więc policya może sobie z takimi trudnościami poradzić? Trupów w zwyczajnych trumnach (nie metalowych hermetycznych) niewolno wystawiać w kościołach, a gdzież je podziąć kiedy nie mamy domu przedpogrzebowego?

— Dowiadujemy się iż projekt domu dla obłąkanych w Tworkach pod Pruszkowem wygotowany przez budowniczego Petersburskiego STROMA uzyskał nareszcie zatwierdzenie komitetu technicznego Ministerium spraw wewnętrznych. Wiadomo iż zapropono-

wano aby brakującą część funduszków potrzebnych do zbudowania tego Zakładu (460,000 rs.) zaczerpnąć z procentów od kapitału uzbieranego z kar przez Towarzystwo kredytowe ziemskie i przeznaczanego przez tę Władzę ongi na cele użyteczności publicznej. Wobec takiego stanu rzeczy jest pewna nadzieja iż w roku bieżącym rozpocznie się budowa tego wielce użytecznego Zakładu.

— Donoszono nam iż w jednym ze szpitali.... po kilku chorych w jednej i tej samej wodzie kąpia. Czyżby to było możliwe?

— W jednym ze szpitali Warszawskich używają torfu do dezynfekcji miejsc ustępowych z najlepszym rezultatem. Bez żadnych przygotowań ani przeróbek, wrzucają pewną ilość tego proszku dezynfekcyjnego dosedesów i okazało się to nader skutecznym środkiem.

Z Cesarstwa. Jedno z pism rosyjskich donosi, iż Departament medyczny pozwolił pewnemu kupcowi Palkowiczowi wykonywać doświadczenia w lecznicy pod kierunkiem d-rów MEIDEL'A i OBERMÜLL'A z wynalezionym przez niego a tajemnym środkiem skutecznie leczącym owrzodzenia rakowe!

— *Wracz* powiada iż dr. WIENIAWSKI lekarz-homeopata z Warszawy ogłasza się w gazetach Kijowskich iż bawiąc czasowo w tem mieście przyjmuje chorych i udziela im rady w oznaczonych godzinach!

— *Zdrowie* podaje iż w szpitalu Aleksandryjskim w Petersburgu postanowiono dla oszczędności wszystkim nowo-wstępującym chorym dawać przez pierwsze pięć dni pobytu ich w szpitalu, kleik jako wyłączne pożywienie! Dotychczas naczelny lekarz nie zaprzeczył tej potwornej, pewnie kłamliwej wiadomości.

— *Wracz* donosi iż w pewnej miejscowości Syberji Zachodniej przełożony nad lekarzami (!) przekonawszy się iż niektórzy lekarze młodszej generacyi postanowili ukrócić *przekupstwo w szpitalach*, postanowił zamknąć miejscowe Towarzystwo lekarzy! Zrobił nawet odpowiednie przedstawienie do Gubernatora, ale nie uzyskało ono zatwierdzenia.

Zagraniczne. Dr. v. Linstow podaje w Nr. 5 *Berl. klin. W.* ciekawe szczegóły o epidemii, jakiej ulegają raki rzeczne i o jej higienicznem znaczeniu. O 1 lat 6 pojawia się pewna choroba epidemiczna pomiędzy rakami, zależna od wody w jakiej te zwierzęta przebywają. Zauważono ją już w Niemczech, we Francyi i w Austrii, a w niektórych rzekach tak się rozszerzyła iż skorupiaki te zupełnie wytepione zostały. Raki pod wpływem tej choroby stają się niespokojne, wychodzą na ląd, tracą swoje szczypce i nogi i położywszy się na karku zdychają. W jednej z rzek naliczono takich zdechłych raków 800,000. Epidemia zaczyna się już szerzyć w Odrze, sławnej ze swoich raków i grozi zupełnem ich wyniszczeniem w krótkim przeciągu czasu. Autor badał pod mikroskopem takie zdechłe raki i przekonał się, iż we wszystkich organach, naczyniach krwionośnych, mięśniach, nerwach, skrzelach etc. znajduje się taka kolosalna liczba pewnego rodzaju komórek, iż dotykają one jedne do drugich. Są one owalne, mają długości 0,02 mm., a szerokości 0,013 mm. i mają po jednym lub kilka jasno świecących jąder. Należą one niewątpliwie do gatunku protozoów a rozpadłszy się z gnijącego zdechłego raka, rozpoczynają ruch ameboidowy i dostają się do przewodu pokarmowego zwierząt. Na zapytanie, czy nie należy powstrzymać się od spożywania raków przez obawę zjadania takich chorych jednostek, które mogłyby źle na zdrowie konsumenta wpływać, Autor odpowiada przecząco, z powodu, iż opisane protozoa wcale nie są podobne do pasożytów ludzkich, a w każdym razie, żywotność ich zostaje zniszczoną przez zagotowanie.

— Homeopata Kegel, który nie studyował medycyny, wywiesił przed swem mieszkaniem dużą tablicę z napisem „praktyczny homeopata”, która od r. 1880 wisiła. Obecnie pociągnięty został za przekroczenie prawa do odpowiedzialności i na 50 marek kary skazanym, ponieważ uznano, iż podobny napis należy do rzędu obalamujących publiczność. Podobnej karze uległ w Hamburgu niejaki Hanck za to, że się w gazetach jako „homeopatyczny praktykant” podawał. Natomiast prawo nie ma nie przeciwko tytułowi „dyetetysta”, który nie ma w ścisłem znaczeniu leczniczego charakteru.

Berent i Plewiński.

Rozwijając stale nasz Zakład w miarę postępów techniki chirurgicznej i lekarskiej, będąc w ciągłym stosunku z klinikami warszawskimi, ze szpitalami i ze specjalistami we wszystkich gałęziach sztuki lekarskiej w Warszawie i w kraju, jesteśmy w możności obecnie po przeniesieniu naszego Zakładu do domu

pod Nr. 65, Krakowskie-Przedmieście
w Warszawie

uczynić zadość wszelkim żądaniom pp. lekarzy. Stale na składzie posiadamy w wielkim wyborze następujące materiały i przyrządy:

Materiały opatrunkowe: Wata hygroskopijna w paczkach od 20 grm. — Wata karbolowa w paczkach od 20 grm. — Wata salicylowa w paczkach od 20 grm. — Gaza hygroskopijna w paczkach od $\frac{1}{2}$ metra. — Gaza karbolowa w paczkach od $\frac{1}{2}$ metra. — Silk protective Lister'a. — Mackintosh Lister'a. — Papier kauczukowy na łokieć. — Opaski płócienne. — Opaski flanelowe. — Opaski Martina kauczukowe. — Pasy flanelowe na brzuch. — Krawaty do Priesnicowskiego obwijania. — Dreny kauczukowe. — Dreny rozpuszczające się. — Igły i szpilki. — Nici do ligatur. — Catgut. — Przyrząd Esmarcha. — Kompresy na oczy. — Zawiązki na oczy. — Daszki na oczy.

Przyrządy do badania chorych (stetoskopy, plessimetry, młotki, laryngoskopy, termometry, wszelkie wzierniki do badania nosa, ucha i t. p.). Komplet narzędzi w pugłaresach do badania krtani, uszów, dna oka, przyrządy do urometrii.

Narzędzia chirurgiczne przeważnie paryżkie (LUEB, COLIN) i wiedeńskie (LEITER).

Elastyczne katetery i świeczki (*bougies*) formy angielskiej i francuskiej.

Narzędzia dentystyczne francuskie i wiedeńskie według modeli angielskich i amerykańskich.

Narzędzia akuszerskie i ginekologiczne, wszelkie wzierniki szklane, metalowe i z twardego kauczuku, rozmaite wianki i przyrządy do podtrzymywania i prostowania macicy.

Przyrządy złożone jak PACQUELIN'A, POTAIN'A i t. p. pijawka HARTELOUP'A.

Baterie do prądów stałych i przyrządy indukcyjne w wielkim wyborze i najnowszych konstrukcyi, głównie pochodzące od STÖHRERA.

Mikroskopy ZEISS'A — wszelkie lupy.

Szprycki do podskórnych wstrzykiwań różnych fabryk.

Szpryce gumowe, szklane i metalowe wszelkiego wymiaru i gatunku, fontanny nosowe i oczne.

Różne klyzopompy i irygatory ESMARCH'A.

Przyrządy Waldenburga.

Różne przyrządy do wdychania (inhalatory) par i płynów rozpylonych (pulweryzatory).

Wszelkie wyroby z gumy i twardego kauczuku.

Okulary. NB. Osoby noszące okulary, którym takowe się stłuką lub stają się niedogodne, potrzebują nam jedynie przesłać w liście jedno szkło lub ułamek szkła z nadmienieniem jak dawno tego szkła używały i w jakiej odległości z niem obecnie czytały w możności.