

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodziejących żołądka. Podał A. TUCHENDLER. — Złamanie krtani. Napisał J. BORZYMOWSKI. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny. Przez D-ra Teodora HELMANA. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 27. Przyczyny leczniczego działania cięcia brzuszno- w grzłnicy otrzewny. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 7 marca r. b. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 18, 23 i 24 marca r. b. — **Odcinek.** Ze spraw szpitalnych. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. TUCHENDLER — Contribution au diagnostic des maladies de l'estomac. Insuffisance motrice et ulcerations. 2) D-r J. BORZYMOWSKI — Sur les fractures du larynx.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. TUCHENDLER — Ein Beitrag zur Diagnose der Magenkrankheiten. Motorische Insufficienz und ulcerirende Vorgänge. 2) D-r J. BORZYMOWSKI — Ueber Kehlkopfbrüche.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — S r. Krak.-Przedm. 7.

Z III KLINIKI UNIWERSYTECKIEJ W BERLINIE PROF. SENATOR'a.

Przyczynek DO ROZPOZNAWANIA NIEDOMOGI RUCHOWEJ i spraw wrzodziejących żołądka.

Podał

ANTONI TUCHENDLER.

Przypatrując się temu, w jaki sposób obecnie większość autorów odróżnia prawidłową sprawność ruchową żołądka od upośledzonej, widzimy, że w kierunku tym panuje jeszcze zamęt zupełny. Zwłaszcza tak często używane w patologii żołądka pojęcie „atonii“ odgrywa rolę, zupełnie nie odpowiadającą tej ścisłości, z jaką niektórzy autorowie byliby w stanie określić to, co pod pojęciem tem rozumieją. Ta niedokładność w określeniu powyższego pojęcia oraz zamęt, który w rozprawach na temat czynności ruchowej żołądka ciągle w czasach ostatnich się przejawiał, wynika w znacznej mierze z niejednostajności metod, do dziś dnia używanych do określania wogóle sprawności ruchowej żołądka; prócz tego niektórzy autorowie uciekają się do metod dowolnych, po części nie pozbawionych błędów większych, zamiast sposobów

pewnych, przytem prostych, dogodnych, nie obciążających zbytnio ani chorego, ani lekarza. Między innemi STRAUSS zalecił w ostatnich czasach w tym celu systematyczne mierzenie gazów, wytwarzających się z zawartości żołądka, i dziś już w podręcznikach znajdujemy ocenę istotnej wartości tego rozpoznawczego środka (RIEGEL, BOAS, JAWORSKI¹⁾). Szczegóły, które danej metodzie rozpoznawczej posłużyły za podstawę, a opracowane przez KUHN'a²⁾, następnie przez STRAUSS'a³⁾, dopiero niedawno znów zyskały świetne potwierdzenie w pracy VAUTHEY'a „Gaz de l'estomac“. STRAUSS⁴⁾ polecił również stosowanie próby z koryntkami⁵⁾, a nareszcie określanie całkowitej zawartości żołądka za pomocą wzoru, opartego na oznaczaniu ciężaru gatunkowego przesączu przed i po wleciu do żołądka 100 ctm. sz. wody. Z tylko co omawianych sposobów próba na fermentację gazową powoli znajduje zastosowanie w praktyce. Nad właściwością zastosowania próby z koryntkami w przypadkach wrzodu i nadm. wydzielania zastanawiał się wprawdzie FLEINER i czynił jej pewne zarzuty, które jednak STRAUSS dosyć przekonywająco odparł. W istocie tam, gdzie wrzód już został rozpoznany, próba ta jest zbyteczna.

Sposób określania całkowitej zawartości żołądka dotychczas mało jeszcze znalazł zastosowania w praktyce mimo to, że z codziennego doświadczenia wiemy, że określenie takie uchronić nas może nieraz od całkiem błędnego rozpoznania. Wreszcie i ta okoliczność dowodzi wartości wspomnianej metody, że postępowanie, pierwotnie w tym celu podane, doznało już przeróbki przez GOLDSCHMIDT'a. Metoda ta jednak daje się przeprowadzać tylko wtedy, kiedy ilość zawartości, wydobyta z żołądka, jest cokolwiek znaczniejsza. Wreszcie nie trudno zrozumieć, że dla określania czynności ruchowej żołądka ważniejszym jest wiedzieć, ile wynosi rzeczywista zawartość żołądka, a nie ta, którą niecałkowicie przy ekspresji lub sposobem aspiracyjnym wydobywamy. Już dawniej STRAUSS, biorąc pod uwagę mylne wyniki, otrzymywane drogą ekspresji i aspiracji, oznaczył za pomocą wzoru $V + \left(\frac{a(S_1 - 1)}{S - S_1} \right)$ ⁶⁾ przeciętną zawartość, napotykaną na wysokości trawienia po śniadaniu próbnym na 150 ctm. sz., a po obiedzie próbnym na 190 ctm. sz. Cyfry te zgadzają się niemal z danymi, otrzymanymi przez OPPLER'a, który dla owych określeń posługiwał się postępowaniem MATHIEU'go i REMOND'a, a odbiegają znacznie od danych, uważanych za przeciętne przez innych autorów. Tak, np. podług BOAS'a, ilość przesączu zawartości, wodobytej w godzinę po śniadaniu próbnym, równa się zwykle od 20—50 ctm. sz. ROSENHEIM twierdzi, że ilość tej zawartości równa się od 30—50 ctm. sz. Ztąd zrozumiałem się staję, dlaczego niektórzy autorowie już te przypadki poczytują za atonię, w których zawartość jest jeszcze znacznie mniejsza od tej, jaką STRAUSS uważa za prawidłową. Wracając do prób, o których mówiłem, to jest: 1) próby na fermentację

¹⁾ W. JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Kraków 1899.

²⁾ F. KUHN. Zeitschrift. f. klin. Med. Bd. 21. S. 572

³⁾ H. STRAUSS. Zeitschrift f. Klin. Med. Bd. 26 i 27.

⁴⁾ STRAUSS. Zeitschrift f. praktische Aerzte. 1896, Nr. 6.

⁵⁾ W dniu, poprzedzającym śniadanie próbne, chory otrzymuje wleczorem łyżkę koryntek, nazajutrz przeglądamy wiele koryntek pozostało w zawartości, wydobytej po śniadaniu.

⁶⁾ $a = 100$ ctm. wody

$S =$ ciężar gatunkowy zawartości otrzymanej drogą ekspresji

$S =$ „ „ „ drugiej porcji, rozcieńczonej

$V =$ ilość zawartości otrzymanej przez ekspresję.

tację, 2) próby z koryntkami i określania całkowitej zawartości żołądka, można niezawodnie w każdej z nich znaleźć pewne niewygody, a dokładność każdej z osobna zakwestyonować; śmiem jednakże twierdzić, że zgodny wynik wszystkich tych 3 prób, w każdym przypadku stosowanych, usunie wszelkie możliwe pomyłki. Niezgodność ich z drugiej strony dała mi możliwość wyciągnięcia jeszcze pewnych danych dodatkowych co do rozpoznania wniosków. Już dawniej STRAUSS ⁷⁾ podczas prześwietlania promieniami RÖNTGEN'a chorego na raka żołądka, stwierdził małą zawartość żołądka, a próba fermentacyjna dała wynik dodatni. W drugim przypadku również, wobec niewielkiej zawartości, zalegającej w żołądku, zauważyliśmy resztki koryntek. Niejednokrotnie też spostrzegał STRAUSS przypadki nadmiernej kwaśności, gdzie przy stosunkowo wielkich ilościach zawartości próba na fermentację jakoteż próba z koryntkami dawały wynik ujemny. Z tego to powodu z polecenia i pod łaskawym kierunkiem docenta STRAUSS'a postanowiłem te tylko co omawiane sprawy bliżej przestudjować. Badania, które w załączonych tablicach przytaczamy, przeprowadzałem na chorych 3 kliniki uniwersyteckiej w Berlinie (prof. SENATOR'a). Stosowałem śniadanie próbne, składające się z bułeczki oraz 300 ctm. sz. herbaty, które wydobywałem w godzinę po spożyciu. Tablica I zawiera przypadki, w których próba z koryntkami wypadła ujemnie, Tablica II — przypadki z wynikiem próby tej dodatnim. Dla określenia czynności ruchowej żołądka prócz próby z koryntkami przeprowadzaliśmy próbę na fermentację gazową za pomocą rurek odczynnikowych, opatrzonych podziałką; następnie wyliczaliśmy dokładnie całkowitą zawartość żołądka.

T A B L I C A I.

Przypadki, w których próba z koryntkami oraz próba na fermentację gazową i mleczną dały wynik ujemny.

Nr.	Nazwisko i rozpoznanie.	Ilość zawartości drogą ekspresji lub aspiracji.	Ilość otrzymana na przy pomocy cy wzoru.	Koryntki.	Fermentacja	Kwas mleczny.	Badanie drobnowidzowe.	Całkowita kwaśność.	Wolny kwas solny.
1	Rempe — Hyperaciditas.	280	—	o	o	o	Drożdży mało. Ilość bakteryi prawidłowa.	70	42
2	Mekelenburg — Gastritis acuta.	95	117	o	o	o	Drożdży dużo ale nie w okresie pączkowania.	58	37
3	Fisch — Hyperaciditas transitoria.	62	97	o	o	o	Drożdży dużo ale nie w okresie pączkowania. Ilość bakteryi prawidłowa.	63	40
4	Damaschke — Ulcus.	140	190	o	o	o	Drożdży mało. Drobnoustrojów niewiele.	47	35
5	Boeke — Ulcus.	128	278	o	o	o	Komórki drożdżowe pojedyncze i parzyste.	40	17
6	Sasse — Hyperaciditas.	75	108	o	o	o	Drożdży dużo nie w okresie pączkowania.	73	49

⁷⁾ STRAUSS zwrócił przytem uwagę na to, że zdolność fermentacyjna zawartości, zalegającej w żołądku tylko w małej ilości, wzbudza myśl o nierówności powierzchni śluzówki, wywołanej rakiem lub wrzodem, ponieważ na takim, odpowiednio przygotowanym gruncie znacznie łatwiej zatrzymywać się mogą drobnoustroje, wywołujące fermentację. Verein f. innere Medicin in Berlin. Verelnsbeilage Nr. 24 in Nr. 38 d. Deutsch. med. Wochenschrift, 1896.

Nr.	Nazwisko i Rozpoznanie.	Ilość zawartości drogą ekspresyj- lub aspiracji.	Ilość otrzymana na przy pomocy wzoru.	Koryntki	Fermentacja	Kwas mleczny	Badanie drobnoustrojowe.	Całkowita kwasność	Wolny kwas sólny
7	Steinkraus — Hyperaciditas-Ulcus (?), Ptoxis.	120	305	o	o	o	Drożdże nie w okresie pączkowania. Drobnoustroje prawidłowe.	79	59
8	Kalditz — Gastritis. chron Potator.	80	104	o	o	o	Komórki drożdżowe nieliczne pojedyncze i parzyste, bakteryi niewiele.	14	o
9	Kalditz — Gastritis chron. Potator.	100	177	o	o	o	Drożdże pojedyncze i parzyste. Ilość drobnoustrojów w prawidłowa.	8	o
10	Rodwasser — Ulcus ventriculi Hyperaciditas.	140	187	o	o	o	Drożdży bardzo mało. Drobnoustrojów bardzo mało.	76	+
11	Adam — Cirrhosis hepatis hypertrophica.	22	222	o	o	o	Drożdży dużo, ale nie w okresie pączkowania. Bakteryi mało.	4 lakm.	o neutr.
12	Meyer — Hyperaciditas Ptoxis.	90	153	o	o	o	Drożdży mało; bakteryi niewiele.	82	o
13	Meyer — Hyperaciditas Ptoxis.	99	163	o	o	o	Drożdży mało, bakteryi niewiele.	61	24
14	Rodenvaldt — Hypersecretio.	69	202	o	o	o	Drożdży mało; liczne ziarna scrobil., bakteryi niewiele.	87	37
15	Sasse — Hyperaciditas Ulcus ventriculi.	98	199	o	o	o	Komórki drożdżowe pojedynczo parzyste i w okresie pączkowania bakt. prawidłowo.	82	+
16	Schwarzenberger — Ptoxis T. B. Pulmonum	95	145	o	o	o	Drożdży mało, nie w okresie pączkowania. Bakt. prawidłowo.	32	o
17	Duenow — Neurasthenia	35	45	o	o	o	Drożdży mało w okresie pączkowania.	24	+
18	Klehmet — Intoxicatio Saturnina.	90	135	o	o	o	Komórki drożdżowe pojedyncze i parzyste.	61	+
19	Gernoth — Phthisis	60	114	o	o	o	Drożdży mało, ilość drobnoustrojów prawidłowa.	55	o
20	Klehmet — Intoxicatio Saturnina.	80	168	o	o	o	Drożdży niema, ilość bakteryi prawidłowa.	55	o
21	Lange — Ulcus.	105	259	o	o	o	Nieliczne komórki drożdżowe, bakteryi niewiele.	20	o
22	Kohlschmidt — Ulcus.	152	302	o	o	o	Drożdży mało i bakt. niewiele.	55	o
23	Nietschke — Ptoxis.	90	—	o	o	o	Drożdże nie w okresie pączkowania, ilość bakt. prawidłowa.	14	o
24	Schwarzenberger — Ptoxis T. B. Pulmonum.	215	243	o	o	o	Drożdży niewiele; niektóre figury przedstawiają okres pączkowania.	30	o

TABLICA II.

Przypadki, w których próba z koryntkami dała wynik dodatni.

Nr.	Nazwisko i Rozpoznanie	Koryntki	Ilość zawartości, po ekstrakcji lub aspiracji.	Ilość wyliczona za pomocą wzoru.	Fermentacja	Badanie drobnowidzowe	Kwaśność całkowita.	Wolny kwas solny.	Kwas mleczny.
1	Weigelt — Carcinoma pylori.	dużo całych koryntek.	477	—	Po 24 godzinach cała rurka ¹⁾ .	Komórki drożdżowe pojedyncze; bakterye w wielkiej ilości.	45	o	ślabo +
2	Lasse — Hyperaciditas Ulcus.	parę całych koryntek.	190	390	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdży mało. Sarcina.	50	29	o
3	Smolke — Neoplasma ventriculi - Anaemia.	parę całych koryntek.	146	162	Po 6 godzinach cała rurka.	Komórki drożdżowe w znacznej ilości, ale nie w okresie pączkowania.	7	o	o
4	Sasse — Hyperaciditas Ulcus.	3—4 koryntki	140	227	Po 24 godz. pół rurki, to samo po 48 godzinach.	Komórki drożdżowe parzyste w dużej ilości; bakteryi niewiele.	44	22	o
5	Neumann — Ectasia ventriculi. Ulcus pylori.	5 niezmiennych korynt.	270	453	Po 7 godz. pół rurki, po 20 godz. cała rurka.	Drożdży dużo w okresie pączkowania. Bakteryi niewiele.	48	20	o
6	Buchholz — Ulcus ventriculi chronicum.	bardzo dużo jąderk kor.	370	420	Po 6 godz. nic, po 24 godz. nic.	Pojedyncze komórki drożdżowe, włókna mięsne, chlorofyll. Sarcin.	58	28	o
7	Strauch — Ectasia ventriculi.	jąderka i lupinki.	172	432	Po 24 godz. pół rurki.	Komórki drożdżowe pojedyncze i parzyste; bakteryi niewiele.	58	18	o
8	Strauch — Ectasia ventriculi.	jąderka i lupinki.	190	311	Po 24 godzinach 1/2 rurki.	Pojedyncze komórki drożdżowe.	47	o	o
9	Neumann — Ectasia ventriculi, Ulcus pylori.	nieleżne jądra.	159	249	Po 14 godzinach cała rurka.	Drożdże w okresie pączkowania. Sarcina; bakteryi niewiele.	55	20	o
10	Muchow — Carcinoma ventriculi, Phthisis pulmonum.	jądra koryntek.	42	95	Po 24 godz. pół rurki; po 48 godz. cała rurka.	Drożdży mało; bakteryi niewiele.	10	o	o
11	Maurer — Stenosis oesophagi.	Całe koryntki.	123	388	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdży dużo, część w okresie pączkowania; liczne długie nitkowate łaseczniki.	21	o	
12	Marker — Ulcus ventriculi.	Całe koryntki.	450	475	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdży dużo w okresie pączkowania; długie nitkowate łaseczniki.	35	o	+
13	Marker — Ulcus ventriculi.	Całe koryntki.	90	940	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdże w okresie pączkowania.	103	o	+
14	Kulicke — Stenosis pylori.	bardzo dużo całych niezmiennych koryntek.	400	463	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdże w okresie pączkowania, bakteryi więcej, aniżeli prawidłowo spotykamy.	40	o	o

¹⁾ Cała rurka znaczy = wypełniona gazem.

Nr.	Nazwisko i Rozpoznanie.	Koryntki	Ilość zawartości po aspiracji lub aspiracji.	Ilość wyliczona za pomocą wzoru.	Fermentacja	Badanie drobnowidzowe.	Kwasność całkowita,	Wolny kwas solny.	Kwas mleczny.
15	Sasse—Gastroptosis, Ulcus.	Całe koryntki.	36	211	Po 24 godzinach $\frac{3}{4}$ rurki.	Komórki drożdżowe pojedynczo; Sarcina, ziarna skrobi, Ilość dr- bnooustrojów prawidłowa.	22	+	o
16	Sasse — Ulcus ventriculi.	resztki koryntek.	112	392	Po 24 godz. nie fermentowało wcale.	Komórki drożdżowe pojedynczo i parzyste. Ilość drobnoustrojów prawidłowa.	66	+	o
17	Sasse — Ulcus ventriculi.	resztki koryntek.	66	112	Po 24 godz. nie fermentowało.	Komórki drożdżowe pojedynczo i parzyste. Ilość drobnoustrojów prawidłowa.	81	+	o
18	Sasse — Ulcus.	resztki koryntek.	34	100	Po 24 godz. nie fermentowało.	Komórki drożdżowe pojedynczo, parzyste i w okresie pączkowa- nia. Sarcina.	68	+	o
19	Fisch — Ulcus ventriculi.	niezmienio- nych parę koryntek.	95	126	Po 24 godz. nie fermentowało.	Drożdży mało. Ilość drobnoustro- jów prawidłowa.	91	+	o
20	Pavlik — Insufficiencia motoria.	resztki koryntek.	800	—	Po 24 godz. $\frac{2}{3}$ rurki.	Drożdży dużo w okresie pączko- wania. Bakteryi niewiele.	69	+	o
21	Maurer — Stenosis oeso- phagi.	resztki koryntek.	355	401	Po 24 godz. cała rurka.	Drożdży dużo w okresie pączko- wania. Liczne długie laseczniki.	55	o	+
22	Maurer — Stenosis oeso- phagi.	całe koryntki.	310	1040	Po 5 godzinach cała rurka.	Drożdży dużo w okresie pączko- wania. Liczne długie laseczniki.	63	o	+
23	Kulicke — Stenosis pylori	resztki koryntek.	290	640	Po 5 godzinach cała rurka.	Drożdże w okresie pączkowania, Sarcina, duże i małe, żółte i białe. Bakterye prawidłowo.	46	+	o
24	Kulicke — Stenosis pylori	20 całych nie- zmienionych koryntek.	620	920	Po 24 godzinach cała rurka.	Drożdży dużo ale nie w okresie pączkowania. Sarcina. Bakterye prawidłowo.	40	o	o
25	Gaedke — Stenosis pylori.	całe koryntki.	840	—	Po 24 godzinach cała rurka.	Dużo drożdży w okresie pącz- kowania.	52	o	o

(C. d. n.).

Złamania krtani.

Napisał

J. BORZYMOWSKI.

(Dokończenie.—Zob. N. 12).

Etiologia. Za konieczny warunek złamania krtani uważano skostnie-
nie jej chrząstek. Przeczy temu jedynie SLUNT (1), twierdząc, że na 15 zna-
nych mu przypadków tego rodzaju jeden tylko osobnik miał przeszło 40 lat.
Jakkolwiek złamanie krtani u dzieci mogą wzbudzać pewne wątpliwości co

do tego ogólnie przyjętego poglądu, zaznaczyć jednakże należy, że kostnienie chrząstek krtaniowych zaczyna się znacznie wcześniej, niż zwapnienie kości; według CHIEVITZ'a z Kopenhagi u mężczyzn kostnienie chrząstek krtaniowych zaczyna się już w 20, a u kobiet w 22 roku życia. Najbardziej przekonywającym w tym względzie jest głos ZILGIENA, który drogą licznych doświadczeń dowiódł, że zdrowych chrząstek krtaniowych złamać nie można, a tylko uległe zwyrodnieniu włóknistemu, zwapnieniu lub skostnieniu.

Najczęstszą przyczyną złamania krtani według zebranej statystyki jest duszenie (21: 90), dalej następuje uderzenie w szyję (18: 90), uderzenie się szyją (16: 90), zgniecenie (13: 90), powieszenie się (10: 90), powieszenie (6: 90), skurcz mięśniowy (5: 90) i wybuch prochu (1: 90). Prawie we wszystkich przypadkach duszenia gwałt był dokonany za pomocą rąk, w przypadkach uderzenia się szyją chorzy zwykle padali na kant stołu, wiadra i t. p. Złamania krtani od zgniecenia najczęściej powstają skutkiem przejechania. Powieszenie się bardzo rzadko bywa powodem omawianego cierpienia. DUCHESNE tłumaczy to tem, że samobójcy tego rodzaju używają zwykle podpory (kłęzcą, siedzą, leżą) i do pętli używają miękkich przepasek (chustek do nosa, ręczników, krawatów); na 120 wisielców REMER znalazł u jednego tylko złamanie krtani, a FABER na 34 — u żadnego. Złamania od uderzenia w szyję bywają najczęściej skutkiem kopnięcia konia, w jednym przypadku (GURLT str. 387) wystarczyło upadnięcie dużego buta na szyję. Najbardziej ciekawy jest mechanizm złamania krtani pod wpływem skurczów mięśniowych. W przypadkach LA' ROÉ, HARRIS'a i SAJOURS'a przyczyną było poziewanie, gra na trąbie i 3 godziny trwający kaszel. W przypadkach złamania krtani przy upadnięciu na głowę lub nawznak HOFFMAN w następujący sposób tłumaczy związek pomiędzy złamaniem i działaniem mięśni. Przy upadnięciu na głowę następuje nadmierne rozgięcie szyi, któremu starają się przeciwdziałać mięśnie około-krtaniowe nadmiernym skurczem, albo też nadmierne zgięcie szyi, przy którym krtąń, ściśnięta pomiędzy kręgosłupem, mostkiem i żuchwą, ulega zgnieceniu. Na poparcie tego poglądu, wypowiedzianego w r. 1886, HOFFMAN w 5 lat później przytacza sekcję trupa, u którego, po upadnięciu na głowę, dolna szczeka złamała mostek i wtoczyła go ku kręgosłupowi, złamane zaś kręgi szyjowe wypukliły się ku przodowi — w ten sposób krtąń była ściśnięta, jak w kleszczach, i złamana. U 9 zmarłych po upadnięciu na głowę HOFFMAN 6 razy znalazł złamanie górnego rogu chrząstki tarczowej i 3 razy wylew krwawy w śluzówce krtani, a więc u wszystkich 9 krtai była mniej lub więcej uszkodzona. Konieczne jest przeto w przypadkach upadnięcia na głowę badanie także krtani, tembardziej, że chory, będąc często przytem pozbawionym świadomości, nie może sam zwrócić uwagi chirurga na powikłanie ze strony krtani.

Złamaniom najczęściej ulega chrząstka tarczowa, najrzadziej zaś pierścieniowa sama. Przeważna część przypadków dotyczy wieku pomiędzy 27 a 37 rokiem; co do płci, to mężczyźni prawie 2 razy częściej podlegają złamaniu krtani, niż kobiety.

Objawy. Najczęstszym i najgroźniejszym objawem jest duszność (stenozyjny oddech, sinica ust i twarzy, pełne przerażenia oczy, wciąganie skóry nad i pod mostkiem); duszność rozwija się bądź stopniowo, nieraz po kilku dniach, bądź też nagle; drugim charakterystycznym objawem jest odma skórna, która może rozszerzyć się na cały tułów i kończyny. Chrobotanie odłamków nie zawsze bywa wyczuwalne, niektórzy jednak wyczuwali je przez czas

bardzo długi np. HARRIS — po roku, a SAJOUS w 2 lata po złamaniu; co prawda, łatwiej uwierzyć w to, że obaj tym razem łudzili się. Ból i kaszel z krwawą plwociną należą do objawów rzadszych i wzmagają się przy próbach mówienia i łykania. Połykanie najczęściej jest niemożliwe, czasami dobre. Głos zawsze zmieniony, często bezdźwięczny. Najcięższe objawy zwykle towarzyszą złamaniu chrząstki pierścieniowej, wogóle zaś wahają się w natężeniu i nieraz są tak nieznaczne, że chory nie podejrzewa nawet poważniejszego uszkodzenia krtani.

Anatomia patologiczna. Kostnienie chrząstek krtaniowych pierwszy spostrzegł anatom XVI w. Realdus COLUMBUS. Według badań CHIEVITZ'a kostnienie najpierw zaczyna się na chrząstkach tarczowych i obrączkowych, następnie na nalewkowych i w końcu na tchawicowych. Przy działaniu siły z boków krtani (ściskanie), pęknięcie bywa na chrząstce tarczowej pionowe po linii póśrodkowej lub w pobliżu tejże, odłamuje się przytem ten lub ów róg chrząstki tarczowej, chrząstka zaś obrączkowa pęka z przodu po środku, albo też jednocześnie po obu bokach. Przy działaniu zaś siły z przodu ku tyłowi (uderzenie, upadnięcie) powstają zwykle liczne złamania, przeważnie ukośne, przy tem pękają zwykle rogi chrząstki tarczowej i kości grdykowej oraz chrząstka obrączkowa, a nawet i tchawica. Chrząstki nalewkowe ulegają tylko zwicnięciom. Błona śluzowa nie zawsze bywa rozerwana; w tym ostatnim razie powietrze przedostaje się przez sztuczny otwór do przestrzeni pomiędzy mięśniowych i pod skórę, wgłęb' zaś do przedniego śródpiersia i w ten sposób może uciskać krtąń i płuca (ALBERT) i przyczyniać się do przedostania się zakażenia. Wylew krwawy może umiejscowić się pod błoną śluzową krtani i sięgać nawet do rozdziału oskrzeli, albo też otoczyć krtąń i wpływać tak w jednym jak i w drugim przypadku na zmniejszenie światła tejże; tak samo działa obrzęk błony śluzowej. W ciężkich przypadkach krtąń zupełnie odrywa się od tchawicy, mięśnie szyi ulegają rozerwaniu, na *intima* naczyń mogą być pęknięcia i wylewy; struny głosowe mogą być też mniej lub więcej uszkodzone, nawet rozerwane.

Rokowanie w złamaniach krtani wogóle jest bardzo ciężkie, w każdym jednak przypadku odmienne; znane są przypadki samoistnego wyzdrowienia, również jak i natychmiastowej śmierci. Odruchowy kurcz głosi może spowodować zejście śmiertelne, niezależnie od ciężkości przypadku. Według ALBERT'a śmiertelność w złamaniach krtani wynosi około 80%. Według PITHY i BILLROTH'a na 71 przypadków było 56 śmierci, według HENOCH'a na 62 — 50, według BRIEGLI na 33 — 22. Chcąc wyprowadzić wnioski z zebranych przeze mnie 101 przypadków uważałem za konieczne wyłączyć przypadki z przyczyną niewiadomą i te wszystkie, w których przeważną rolę odgrywały inne, niezależne od złamania wpływy (duszenie, powieszenie, powieszenie się, upadnięcie na głowę). Pozostało mi 29 przypadków, w których śmiertelność wynosiła 50%

Co do przebiegu złamań krtani, to wogóle brak jest odnośnych spostrzeżeń; w moim przypadku chory czuł się dobrze prawie przez całe dwa lata i mógł ciężko pracować. Dopiero w końcu lata bieżącego roku zaczął narzekać na duszność, nie przerywał jednak zwykłego trybu życia; w połowie sierpnia życie nagle zakończył, wracając do domu po obfitych libacjach. W ten sposób przyczyna śmierci pozostała nieznaną.

Leczenie złamań krtani polega na usunięciu najgroźniejszego objawu — duszności; przeto TILLAUX radzi robić tracheotomię przy nieznacznej nawet

duszości, inni zaś, jak HUNT, zalecają bezzwłoczną operację. Przez kilka pierwszych dni po tracheotomii należy odżywiać chorego za pomocą zgłębnika; dla zapobieżenia następczym zwężeniom używają się rozszerzadła SCHROETTER'a. PRANAS radził po tracheotomii wstawiać tampon kauczukowy w celu unieruchomienia odłamków.

L I T E R A T U R A.

1) VIRCHOW's Jahresbericht. 1866. II. 416, 2) 1867. II. 455; 3) 1868. II. 110; 4) 1869. II. 438; 5) 1870. II. 367; 6) 1876. II. 138; 7) 1877. I. 479; 8) 1878. II. 138; 9) 1883. II. 128, 339; 10) 1885. II. 129, 382; 11) 1888. I. 474; 12) 1886. I. 497; 13) 1875. I. 571; 14) 1878. II. 407; 15) 1876. II. 139; 16) 1895. II. 338; 17) 1896. II. 316; 18) GURLT. Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen, T. I: 19) A. SOKOŁOWSKI. Przypadek złamania krtani z zejściem pomysłnem. 1889; 20) Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1897. str. 143; 21) GOSSELIN. Encyclopedie internationale de Chirurgie. T. IV. 75, VI. 58, IV. 76; 22) E. ALBERT. Lehrbuch der Chirurgie T. I. 474; 23) BAUROWICZ. Przegląd lekarski. Nr. 4, 5 i 7. 1896 r.; 24) SCHMIDT's Jahrbücher der gesamten Medicin. 1897. 253. B. 255; 25) 1896. Bd. 251. 264; 26) 1892. B. 233. 169; 27) 1892. B. 235. 176; 28) 1891. B. 229. 249; 29) 1887. B. 215. 84. 30) 1885. B. 206. 162. 31) 1883. B. 197. 114; 32) 1882. B. 195. 62; 33) 1882. B. 193. 58; 34) 1880. B. 186. 46; 35) PITHA und BILLROTH. Handbuch der allgemeinen und Speciellen Chirurgie T. VII. 56; 36) Virchows Jahresbericht. 1892. II. 90.

WYKŁADY KLINICZNE.

Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha

i

stosunek jej do innych działów medycyny.

Przez

D-ra TEODORA HEIMANA.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 12).

Z wyliczonych tu objawów i następstw chorób i zaburzeń w narządzie słuchowym nie trudno przekonać się, że choroby te należą do cierpień, które we wszystkich kierunkach silnie podkopują ustrój ludzki; są one zgubne dla rozwoju umysłowego, dla zdrowia fizycznego, dla stosunków życiowych, dla powodzenia materialnego i dla samego życia.

O ile choroby narządu słuchowego są poważne, o tyle są też one i częste; być może, że są nawet częstsze od chorób narządu wzrokowego.

Choroby ucha powstają z przyczyn, działających bezpośrednio na narząd słuchu, są one następstwem chorób ogólnych ustroju i wreszcie wnikają cierpienia innych narządów. Do przyczyn pierwszej kategorii zaliczamy wpływy atmosferyczne, czyli tak zwane zaziębienie i nieżyty, oraz wszelkie inne cierpienia ostre i przewlekłe nosa i jamy nosogardzielowej. Zaziębienie daje około

14% cierpień ucha. W nieżytach nosa i gardzieli sprawa chorobowa tych części przechodzi bezpośrednio na ucho, często przez zakażenie bakteriami. Cierpienia nosa i gardła w naszym klimacie, w naszych niepomysłnych warunkach życiowych, w których narządy te są wciąż wystawione na działanie kurzu, powietrza nieczystego i t. p., są znowu bardzo częste. Zwyczajny zaś nieżyt nosa, który każdy z nas zna z własnego doświadczenia, daje 17%—37% powikłań ze strony ucha, nie mówiąc już o innych cierpieniach nosa i gardła.

Wielką liczbę chorych usznych powodują choroby zakaźne i ogólne. Choroba narządu słuchowego jest w tym razie umiejscowieniem jadu chorobotwórczego zakażenia ogólnego (malaria), albo jest ona następstwem bezpośredniego sąsiedztwa zakażenia prostego lub mieszanego, albo też choroba ucha jest wyrazem rozmaitych zaburzeń (zaburzeń odżywiania), odbywających się w ustroju.

Stosunek chorób ucha w wielu chorobach zakaźnych do samychże zakażeń nie jest dotąd wyjaśniony, z powodu, że w wielu z tych zakażeń nie odznaczono ich przyczyny pasorzytniczej; drobnoustroje, dotychczas znalezione w chorobach ucha, wnikających choroby zakaźne, z wyjątkiem pałeczek gruźliczych i pneumokoków, nie mają nic wspólnego z chorobą podstawową.

Odsetka chorób usznych w rozmaitych chorobach zakaźnych i ogólnych dotąd nie jest dokładnie znana. Influenza daje 12%, odra 3% powikłań ze strony ucha. Szkarlatyna z błonicą lub bez niej najczęściej wika się chorobami rozmaitych odcinków ucha; szkarlatyna daje też najcięższe i najzłobniejsze powikłania. 5%—10% wszystkich cierpień narządu słuchowego, 12%—28% wycieków ropnych z ucha i 42% głuchoniemych wogóle jest następstwem tej strasznej choroby! Błonica zajmuje po szkarlatynie drugie miejsce pod względem złośliwości, wnikających ją cierpień usznych. Nagminne zapalenie opon mózgoworzeniowych daje największą ilość głuchych i głuchoniemych 50%. Napozór łagodne zapalenie ślinianki przyusznej wywołuje w pewnych warunkach głuchoniemotę niewyleczalną. Choroba ta daje 1% głuchoniemych. O tem, że tyfus ma wpływ na narząd słuchowy, było już wiadomem na początku tego wieku. Stosownie do natury epidemii, ilość chorych usznych w tyfusie waha się między 2%—4%. Gorączka powrotna w 8% wika się chorobami ucha. Ospa daje wszystkiego 0,2%—1,6% chorych usznych. Pewną, lecz nieokreśloną odsetkę chorych usznych daje krztusiec, róża, ostre i przewlekłe zakażenie zimnicze, zapalenie włóknikowe i nieżytowe płuc a także gruźlica, żółty i przymiot.

Choroby ogólne, wywołujące upadek odżywiania, wnikają się w rozmaitym stopniu zaburzeniami ze strony narządu słuchowego. Do takich chorób zaliczamy cukromocz, artrytyzm, reumatyzm stawowy i angielską chorobę. Ostatnia daje 9% wszystkich chorób usznych w wieku dziecięcym.

Zboczenia w składzie krwi, lubo nie często, bywają wszelako punktem wyjścia rozmaitych cierpień ucha. Blednica, małokrwistość i wszystkie postacie białaczki wywołują nierzadko bardzo złośliwe powikłania ze strony ucha. To samo powiedzieć można o gnilcu i hemofilii.

W cierpieniach oddzielnych narządów narząd słuchu podlega zboczeniom i zaburzeniom w rozmaitym stopniu. Zapalenie osierdzia daje 25% powikłań ze strony ucha; to samo powiedzieć można o wadach serca i wielkich naczyń. Choroby nerek, głównie zaś *nephritis parenchymatosa*, choroby narządów płciowych, przede wszystkim u kobiet, wywołują nierzadko zaburzenia ze strony narządu słuchowego. Niemalą odsetkę chorych usznych spotyka-

my w chorobach nerwowych. Najczęściej napotykamy je w histeryi, potem idą neurastenia i padaczka. Choroby opon mózgowych i samego mózgu, nowotwory mózgu (9%), wiał mlecza pacierzowego (2%—81%) nie są też wolne od powikłań ze strony ucha. Nierzadko ułatwiają cierpienia ucha w chorobach jamy czaszkowej rozpoznanie tych ostatnich. Chorobom przewodu pokarmowego nie często towarzyszą zaburzenia ze strony narządu słuchowego, za wyjątkiem chorób zębów, w których cierpienia ucha są bardzo częste. Nawet w chorobach skórnych cierpienia narządu słuchowego nie są rzadkie.

Jednem słowem choroby całego ustroju i oddzielnych jego narządów wpływają ujemnie w rozmaitym stopniu na narząd słuchu.

Na powstanie chorób narządu słuchowego mają też wpływ rozmaite zająęcia, przy których dane osobniki narażone są na silny szum i nagle wstrząśnienia powietrza, jak np: ślusarze, kowale, maszyniści przy maszynach parowych, artylerzyści i t. p. — I pewne lekarstwa nie pozostają bez wpływu na narządy słuchowe, jak np: chinina, kwas salicylowy, antyfebryna i t. d. jako też tlenek węgla, nadużycie alkoholu i tytoniu, zatrucie ołowiem, arszenikiem, lapisem i jadem wężow.

Dziedziczność odgrywa też wybitną rolę w powstawaniu cierpień narządu słuchowego; jakie jest działanie dziedziczności, dotąd nie wiemy, ponieważ nie mamy dotąd ani jednego podobnego przypadku, sprawdzonego badaniem pośmiertnem. To jedno tylko wiadomo, że w takich razach mają ważne znaczenie zboczenia konstytucjonalne ze strony rodziców.

Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie liczne przyczyny, wywołujące cierpienia narządu słuchowego i wielorakie warunki, sprzyjające powstawaniu ich, to przekonamy się, że choroby te są bardzo częste i że znajdują się w ścisłym związku z chorobami całego ustroju. Jakkolwiek nie posiadamy dotąd dokładnych statystycznych danych co do częstości chorób ucha, wszakako, sądząc po przyczynach, cyfra ta jest z pewnością niemała. W tym kierunku robiono pewne usiłowania z dziećmi w wieku szkolnym, i badania wykazały, że dzieci źle słyszących jest około 30%, nie mówiąc już o wyciekach ropnych z ucha, tak częstych w wieku dziecięcym. Opierając się na własnym materiale szpitalnym, zebrany w ciągu blisko 20 lat i dochodzącym do cyfry 10000, dotyczącym młodych ludzi, podlegających służbie wojskowej, znalazłem wśród wszystkich badanych przeze mnie rekrutów z chorobami ucha 75% zupełnie niezdatnych do służby wojskowej z przyczyny rozmaitych poważnych cierpień narządu słuchowego.

Uwzględniając częstość i ważność chorób ucha oraz ich ścisły związek z resztą ustroju, sądzę, że leży to w interesie państwa, lekarzy i samych chorych, ażeby każdy lekarz poznał chociażby zasady elementarne nauki o chorobach narządu słuchowego. — Wtedy państwo będzie miało napewno mniej głuchych i głuchoniemych, chorzy znajdą prędką i racjonalną pomoc, lekarze zaś osiągną wyższe zadowolenie wewnętrzne, że należycie wypełnili trudny swój obowiązek leczenia chorych. Każdy wykształcony i sumienny lekarz powinien umieć zbadać ucho, umieć i rozpoznawać ważniejsze choroby tego narządu i stosunek ich do ustroju, i powinien znać pewne rękoczyny otyatryczne, a przede wszystkim powinien umieć cewnikować trąbkę EUSTACHIUSZ'a i przecinać błonę bębenkową. To ostatnie jest operacją niewielką, lecz ratuje często życie chorego. Ażeby lekarz nabył pewnych wiadomości otyatrycznych, powinien nauczyć się ich już na ławie studenckiej. Już w uniwersytecie należy go przekonać o ważności tej nauki, zachęcić go do zająęcia się nią

na równi z innymi działami medycyny. Kto pragnie specjalnie zająć się nauką o chorobach ucha, ten nie będzie miał odpowiednich wiadomości, jeśli ograniczy się do wysłuchania kilkotygodniowego kursu na jednym z uniwersytetów zagranicznych lub krajowych. Otyatria bowiem jest nauką trudną, metody badania są złożone i niepodobna wyuczyć ich się na prędko. Nie będzie też dobrym specjalistą ten, kto się wcześniej nie zapoznał teoretycznie i praktycznie z innymi działami medycyny. Tylko lekarz ogólnie wykształcony przyniesie, jako specjalista, pożytek chorym i nauce. Tylko przy wykształceniu ogólnie lekarskiem można przekonać się, że narząd słuchowy, uległszy chorobie, podlega tym samym prawom natury, co inne narządy, mające analogiczną budowę anatomiczną, że niema jakiejś oddzielnej patologii narządu słuchowego. Ponieważ w budowie tego narządu przyjmują udział najróżnorodniejsze tkanki, ponieważ choroby narządów sąsiednich i oddalonych wywierają wpływ potężny na czynność słuchową, specjalista powinien przeto dobrze znać choroby tych tkanek i narządów; powinien znać ducha całości i wpływ jego na daną część. Tylko wtedy i przy ciągłej pracy lekarz specjalista odpowie swemu humanitarnemu, naukowemu i społecznemu zadaniu.

Sz. Panowie! Byłbym bardzo rad, gdyby mi się udało w tym krótkim czasie przekonać Was o ważności i znaczeniu nauki o chorobach ucha i zachęcić Was do zaznajomienia się z tym przedmiotem. Zakończę wykład mój słowami jednego znakomitego otyatry (BURKHARDT-MERIAN), wypowiedzianymi na międzynarodowym kongresie w Bazylei, których główną myślą jest, ażeby otyatry nie zapominali, iż należą do jednego wielkiego pnia lekarskiego; jedną z gałęzi tego drzewa jest nauka o chorobach ucha; gałąź ta wkrótce uschnąć musi, gdy się oderwie od pnia macierzystego. My otyatry stanowimy awangardę, przeznaczoną do tego, ażeby zbadać dokładnie jedną, ograniczoną dziedzinę; ostatecznym zaś wynikiem naszych badań, naszych prac powinno być to dobro ogólne, jakie ma za zadanie nauka lekarska w ogólności!

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

27. HILDEBRANDT. **Przyczyny leczniczego działania cięcia brzuszego w gruźlicy otrzewny.** Jeżeli wyzdrowienie chorych na gruźlicę otrzewny po dokonaniem cięcia brzuszem jest zdumiewające, to jeszcze więcej wszakże zadziwiać nas mogą teorie, mające przyczynę tego zjawiska wyświecić. Wszystkie dotychczasowe teorie nie są oparte na badaniach ściślejszych rozmaitych postaci chorobowych gruźlicy otrzewny, lecz są raczej wynikiem spostrzeżeń klinicznych poszczególnych przypadków. Bo czyż można uznać za dostateczną teorię, jakoby wypuszczenie wysięku gruźliczego z jamy brzusznej samo przez się tylko wpływało dodatnio na przebieg choroby, jeżeli znamy wiele przypadków wyleczenia gruźlicy, gdzie wysięku po otwarciu jamy brzusznej nie znaleziono, lub czy można przypisać ten wpływ płynom antyseptycznym wobec tego, że wyzdrowienie może nastąpić i bez ich użycia, lub że trzeba zawdzięczać dobroczynne działanie cięcia promieniom światła dziennego, które zaledwie cząstkę otrzewny zdołają oświecić i przytem działają w przeciągu krótkiego czasu, pamiętając, że pokrewne cierpienie — wilk twarzy pod wpływem światła słonecznego w przeciągu bez porównania dłuższego czasu wcale nie przedstawia skłonności do samodzielnego wyleczenia?

HILDEBRANDT, chcąc rozwiązać to ze wszech miar ciekawe pytanie, poszedł inną drogą, niż jego poprzednicy, i przedsięwziął szereg doświadczeń, mających na celu wyświetlenie istoty działania cięcia brzuszno na otrzewną zdrową i porażoną gruźlicą.

Po otwarciu jamy brzusznej u zdrowego psa lub królika autor szczególniejszą uwagę zwracał na zmiany w krążeniu, które występowały różnie, zależnie od warunków doświadczenia, czy przy ciepłocie zwyczajnej pokojowej atmosfery, czy też pod ogrzaniem do wysokości ciepłoty ciała roztworem fizyologicznym soli kuchennej. Pomijając szczegółowy opis zmian w krążeniu po otwarciu jamy brzusznej, przypominający klasyczne doświadczenie COHNHEIM'a, H. zauważył przy powtórznem otworzeniu jamy brzusznej, dokonanem w kilka dni później, nastrzyknięcie naczyń. Nawet przy poddawaniu działaniu powietrza, dotykaniu palcami, watą i t. p. tylko części pętlic kiszek, zmiany w krążeniu występowały prawdopodobnie drogą odruchową i na sąsiednich odcinkach. Przy użyciu ogrzanego do wysokości ciepłoty ciała fizyologicznego roztworu soli kuchennej, autor nie spostrzegał nigdy (zabieg nie trwał dłużej, niż godzinę) zmiany przekrwienia tętniczego w żyłne, jak również przy powtórznem cięciu w kilka dni później widocznych zmian nie było. Oprócz zmian w napełnieniu naczyń, H. zauważył, że mniej więcej na 3 dzień po dokonanym rękoczynie można znaleźć w jamie małej miednicy nieznaczłą ilość krwawo-surowiczego płynu, znikającego w kilkanaście dni później. Zważywszy, że otrzewna przedstawia wielką zdolność wchłaniania w krótkim przeciągu czasu nawet znacznych ilości płynu, sztucznie wprowadzonego do jamy brzusznej, autor nadaje wielkie znaczenie znajdującemu się choć w bardzo niewielkiej ilości płynowi — jest on zdaniem H. wyrazem podrażnienia i stanu zapalnego otrzewny wskutek samego zabiegu.

Do badań nad zmianami w otrzewnie, porażonej gruźlicą, po dokonanym rękoczynie używano psów i królików, którym uprzednio zastrzykiwano do jamy brzusznej płyn z lasecznikami KOCH'a, przytem psy okazywały większą odporność i dlatego lepiej nadawały się do doświadczeń. Wspomnieć należy, że, przeciętnie biorąc, długość życia zarażonych zwierząt według H. wypadła dodatniej, niż w doświadczeniach jego poprzedników, co autor objaśnia czystością użytego do szczepienia zarazka.

Cięcie brzuszne we wczesnym okresie gruźlicy otrzewny pozostaje bez wpływu, gdy zaś jest wykonane w późniejszych okresach przedłuża życie, umiejscawia sprawę, a nawet prowadzi do zupełnego wyzdrowienia. Istota zjawiska polega na tem, że w ostatnim przypadku zwierzęta wogóle są odporniejsze, skoro mogły dłużej borykać się z chorobą, a przytem i laseczники są osłabione w walce z ustrojem. W istocie GATTI przekonał się, że laseczники z gruźleń otrzewny w świeżych przypadkach są żywotniejsze, niż w późniejszych okresach, kiedy przedstawiają formy inwolucyjne. Doświadczenia H. w zupełności zgadzają się z powyższem spostrzeżeniem: króliki, którym zaszczepiono laseczники ze świeżych przypadków dostawały 18 dni później ostrej rozlanej gruźlicy, zaś po szczepieniu z przypadków późniejszego okresu w tym samym czasie powstawały nieliczne, ledwie widoczne gruźle. Ta ostatnia kategoria przypadków, które, jak uczy doświadczenie, mogą zniknąć samodzielnie przy dobrych warunkach higienicznych i stosownem odżywianiu, daje najdodatniejsze wyniki po otwarciu jamy brzusznej. Cięcie nie wywołuje samo przez się zupełnego przewrotu w przebiegu choroby, lecz tylko współdziała naturalnym leczniczym czynnikiem ustroju. Zastój żylny, występujący bardzo wyraźnie i dość długotrwale po dokonaniu cięcia, jest, według mniemania H. właściwym leczniczym momentem gruźlicy otrzewny, sądząc analogicznie z dzia-

łania zastoju na suchoty płucne wad serca, krzywicy i teorii BIER'a o wpływie zastoinowego przekrwienia na choroby stawów i kości. Być może, że dzięki temuż czynnikowi i gruźlica otrzewny, połączona z wysiękiem, przedstawia daleko lepsze warunki do przedsięwzięcia rękoczynu, że otrzewna, wydzielając znaczną ilość płynu, jest zarazem zdolna do przekrwienia, również i zapalenie stawów i opłucny z wysiękiem z tegoż samego punktu widzenia daje wdzięczne wyniki w leczeniu. (*Münch. Medic. Woch. Nr. 51—52. 1898*). *R. Gutowski.*

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1899 r.

TRĘŚĆ: 1) J. LUXENBURG — Przedstawienie preparatu tętniaka tętnicy podłędźwiowej wspólnej lewej. 2) HONOWSKI — Przedstawienie przyrządu własnego pomysłu do tamponowania macicy. 3) J. STEINHAUS — „Przypadek *myxo haemangiomas hypertrophici cordis*“.

1) Kol. LUXENBURG przedstawia preparat tętniaka tętnicy podłędźwiowej wspólnej lewej (*art. iliaca com. sin.*). 60-letni mężczyzna wstąpił do szpitala Wolskiego z powodu bólów w lewej dolnej części brzucha i obrzęku całej dolnej lewej kończyny. Chory na 10 dni przed przybyciem do szpitala upadł, będąc w stanie nietrzeźwym, poczem wystąpiły wymioty, a dnia następnego bolesne wzdęcie brzucha i obrzęk kończyny. Przy badaniu znalaziono guz w lewej jamie biodrowej, wyczuwany i przez odbytnicę, nad guzem stłumienie dźwięku opukowego; szmerów przez powłoki brzuszne nie słyszano; lewa połowa moszny i górna część uda posiniałe, lewa dolna kończyna mocno obrzękła, przy ruchach niebolesna. Zresztą stan ogólny chorego przedstawiał się dobrze. Zmian wyraźnych w sercu i płucach nie znalaziono.

Piątego dnia pobytu w szpitalu chory zmarł nagle.

Przy badaniu pośmiertnem znalaziono workowaty tętniak *art. iliaca com. sin.*, rozpoczynający się bezpośrednio przy rozdzieleniu aorty, worek, około 10—12 ctm. w średnicy, zachodził górnym odcinkiem powyżej rozdzielenia; ściany tętniaka były nierówne, cienkie; w dolnej prawej części worka w ścianie małe otworki (miejsce pęknięcia tętniaka). Tętnica biodrowa, stanowiąca dalszy ciąg tętniaka, rozszerzona nawet poniżej więzadła POUPART'a.

Według statystyki CRISP'a na 511 przypadków tętniaków przypada około 75% tętniaków aorty piersiowej a 0,02% tętnicy biodrowej.

2) Kol. HONOWSKI w celu tamponowania gazą macicy obmyślił szczypczyki, których jedno ramię pozostaje nieruchomo po wprowadzeniu przyrządu do macicy, gdy drugie przesuwając wzdłuż niego gazę, jak po przewodniku. Przyrząd działa automatycznie przy pomocy lekkich poruszeń palca operującego. Gaza wprost z naczynia, w którym była wyjąłowiona, niedotykana palcami, dostaje się do macicy przez dokładnie osłaniający ją kanał narzędzia, co daje możność względnie bezurazowego i aseptycznego tamponowania.

Kol. HONOWSKI stosował swój przyrząd w przypadkach po zabiegach krwawych we wnętrzu macicy, w krwawieniach, w celu stopniowego rozszerzenia kanału szyi macicy, w jednym przypadku niedorozwoju macicy i w dwóch przodziegnięciach.

Kol. HONOWSKI zastrzega się, że mówi o względnie bezurazowym postępowaniu, ponieważ i użycie zgłębnika nie jest wolne od urazów.

W dyskusyi kol. M. ZWEIFBAUM mniema, iż przyrządem H. można zranić kanał macicy, a dezynfekcja skomplikowanego przyrządu jest trudna.

Kol. Fr. STĘPKOWSKI sądzi, iż przyrząd jest zbyt skomplikowany; gdy chodzi o szybkość działania, przyrząd ten jest niedobry.

W odpowiedzi kol. H. zaznacza, że mówił o względnie bezurazowym postępowaniu; dezynfekcja przyrządu nie jest zbyt uciążliwa; należy przed wygotowaniem narzędzia ząbki oczyścić szczoteczką.

3) Kol. J. STEINHAUS wygłosił: „Przypadek *myxo-haemangioma hypertrophicum cordis*“. Kol. ST. przy badaniu pośmiertnym trupa 19-letniego młodzieńca, zmarłego na zapalenie płuc, znalazł nowotwór serca, sterczący na bardzo krótkiej szypule pod prawą tylną zastawką półksiężycową tętnicy płucnej. Nowotwór miał kształt kulisty i średnica jego wynosiła 0,5 ctm. Po zbadaniu drobnowidzowym guza Sr. oznaczył go mianem *Myxo-haemangioma hypertrophicum*. Zarówno co do budowy, jak i co do lokalizacji, opisany przez St. nowotwór stanowi unikat.

A. Ł.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 18 marca 1899 r.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej z rozpraw nad ochronkami wiejskimi okazało się, że od roku 1858 do 1867 przeznaczono 5 tysięcy rubli rocznie na ochronki w kraju. W r. 1859 prócz ośmiu ochronek w Warszawie było sześć prowincjonalnych czynnych, a 13 zamierzonych.

W r. 1867 Warszawa miała ich 17, prowincya 20, w tem 4 wiejskie i nadto 16 ochron na prowincyi było postanowionych. Za czas od r. 1867 są wiadomości tylko o ochronkach warszawskich, które się znakomicie rozwinęły. O ochronach prowincjonalnych miejskich, fabrycznych i wiejskich wiadomo bardzo mało.

Ochrony wiejskie mają ogromną doniosłość dla higieny ludu: zabezpieczają dziatwę od strasznych wypadków z niedozoru, niestety, tak częstych u nas, dzieciom w wieku narażonym bardzo na przeróżne choroby pozwalają spędzić znaczną część dnia w lepszych warunkach higienicznych, uczą czystości dziatwę, a ponieważ i jej rodziców, wreszcie dają dzieciom pewne uobyczajenie.

Jeżeli mimo to ochron tych mamy jeszcze tak mało (na posiedzeniu zaledwie dziesięć udało się wyliczyć), zależy to od nieznajomości i niestosowania się do istniejących przepisów. Ochrony mogą przyjmować dzieci tylko do lat 7, o nauce książkowej w nich nie może być mowy, zakładane mogą być tylko po uzyskaniu na to pozwolenia. Tymczasem tu i owdzie nie rachowano się z tymi przepisami. Takie ochrony zostały też zamknięte przez władze. Kilka ochron wiejskich zaniedbali i wreszcie zamknęli sami właściciele.

Ochrony wiejskie niekoniecznie mają być powtórzeniem warszawskich, mogą być daleko skromniejsze, mieć przewodniczki bez kwalifikacji naukowych; zajęcia w ochronkach wiejskich powinny się stosować do zwyczajów i potrzeb wieśniaków. Natomiast mogą i powinny być zakładane nie tylko przez właścicieli ziemskich, ale i przez samych włościan. Dalsze rozprawy nad ochronami odbędą się dnia 22 maja.

W sprawie szczepienia ospy p. inspektor urzędu lekarskiego zapowiedział w r. b. prócz szczepienia wiosennego jeszcze i jesienne. Jak ważne to będzie, wiadać z obliczeń d-ra J. KRAMSZTYKA. Na 500 dzieci w ambulatoryum szpitala dziecięcego starozakonnego — półroczne wszystkie nie były jeszcze szczepione, z rocznych 84%, z 1½ rocznych 35% i dopiero z 2-letnich 17% było nieszczepionych, i to u chrześcian więcej, niż u żydów.

20 młodych lekarzy ofiaruje się szczepić ospę za minimalnem wynagrodzeniem, np. 2 rb. za 3 godziny pracy.

Dziś za 1500 rb., przeznaczonych przez miasto na szczepienie, dokonywa się z górą 10 tysięcy szczepień, a więc jedno kosztuje 15 kop. Przyjęcie wspomnianej ofiary niżyłoby koszt, a powiększyło liczbę szczepień i to aseptycznych. Lekarze ci gotowi byłiby zająć się i okolicami podmiejskimi. Chętnych w razie potrzeby znalazłoby się z pewnością dużo więcej jeszcze.

Instytut STĘPIŃSKIEGO obowiązuje się przez cały rok szczepić bezpłatnie, w pewnych oznaczonych porach.

Dla szczepienia należałoby wyszukać miejsc odpowiednich. Szczepienie w cyrkulach jest niedogodne, zarówno dla cyrkulów, jak i dla poddających się szczepieniu. I ambulatorya mało się nadają do szczepienia ospy: gromadzenie zdrowych dzieci w miejscu, odwiedzanem przez chorych ze wszelkimi cierpieniami zakaźnymi, chirurgicznymi, nie jest pożądane i ze względu na możliwe powikłania ospy i wogóle na zdrowie szczepionych. Jako miejsce, które mogłoby służyć do szczepienia, wymieniano przytulki noclegowe, kuchnie przy wielkich fabrykach. Postanowiono zwiedzić instytuty szczepienia ospy.

Posiedzenie wydziału higieny zawodowej i przemysłu z dnia 23 marca r. b.

Inżynier P. DRZEWIECKI wygłosił odczyt: „o poprawieniu małymi środkami wentylacyi warsztatów i mniejszych zakładów przemysłowych“. Niezamożność właścicieli, brak odpowiedniego dozoru sanitarnego i technicznego, wreszcie brak poczucia obowiązku są przyczynami, dla których w warsztatach naszych brak najelementarniejszych urządzeń wentylacyjnych. Poprawienie tego stanu rzeczy jest technicznie zadaniem wykonalnem względnie niewielkimi środkami.

Naturalna wentylacya przez porowate ściany daje około 60 metr. kub. świeżego powietrza na godzinę (w pokoju, mającym przeciętnie 20 metr. kub.); napalenie w piecu może tę ilość powietrza podwoić. W warsztatach ilość ta nie jest jednak wystarczająca; trzeba się uciekać do wentylacyi sztucznej.

Pierwszym warunkiem dobrej wentylacyi jest izolowanie źródeł złego powietrza, a więc do składów z materiałami, wydającymi odór, nie doprowadzać świeżego powietrza, urządzić tylko silny wyciąg; powietrze z takich składów i ustępów nie powinno wchodzić do pomieszczeń zamieszkałych.

Kominy wyciągowe można tanio urządzić z desek obitych papą z daszkami i regulatorami, o ile zakład znajduje się na najwyższym piętrze; kominy te powinny być wyprowadzone po nad sąsiednie dachy.

Jeżeli pomieszczenie znajduje się na innem piętrze, uciekamy się do kanałów w ścianach domu (dymowych i wentylacyjnych). Kanały te bywają zwykle bardzo wąskie, tak że niewiele powietrza wyciągnąć mogą; pobudzić je można do lepszego wyciągania przez ogrzanie w nich powietrza lampą gazową, czy inną lub wiatraczkiem, poruszany jakimś motorem (wodnym, elektrycznym). Wiatraczki bez motoru tylko przeszkadzają. Wreszcie do wyciągu można użyć luzu dymowego zwyczajnego pieca, byle miał urządzenie, zabezpieczające od dymienia. Kanał, mający 9 cali kwadr. w przekroju, przy jednym z takich urządzeń wystarcza na 10—12 ludzi. Motory wodne są w Warszawie niesłychanie drogie; z chwilą zaprowadzenia oświetlenia elektrycznego, warunki się poprawią, gdyż światło elektryczne nie będzie psuło powietrza, a do wiatraczków będzie można użyć motorów elektrycznych.

Trzecim warunkiem dobrej wentylacyi jest urządzenie dopływu powietrza tak, żeby równał się wyciągowi. Wtedy wentylacya będzie intensywna.

Urządzenie odpowiedniego dopływu powietrza jest trudniejsze od urządzenia wyciągu, gdyż z nim jest związane ogrzewanie i zwilgacanie powietrza. Do tego należy właściwie urządzać wentylację centralną; prościej można to urządzić za pomocą pieców kaflowych lub żelaznych, które połączone są z rurami, doprowadzającymi powietrze zzewnąż. Zimne powietrze, którego wprost nie można wprowadzać, ogrzewa się o żebrową powierzchnię pieca i przechodzi pod płaszczem pieca do wentylowanej przestrzeni. Piece takie mogą służyć i do jednoczesnego ogrzewania pomieszczeń. Piece żelazne lepsze są od kaflowych, gdyż prędzej działają, a ogrzewane koksem funkcjonują zupełnie równomiernie; niekiedy wskutek zbytniego ogrzania nadają powietrzu zapach spalenizny. Piec taki, zależnie od wielkości, służyć może dla 7 do 25 ludzi. W Niemczech piece takie są nadzwyczaj rozpowszechnione.

Dla zoryentowania się w kosztach urządzeń omawianych przytoczył prelegent kosztorys przybliżony urządzenia dla zakładu przemysłowego dla 30—40 ludzi.

- 1) 3 kominy wyciągowe o przekroju 1 łokieć $\times$ 1 łokieć,
wysokości 10 łokci, wykonane z desek $\frac{3}{4}$ cala, obite
papą z daszkami, klapami i szybrem 200 rb.
- 2) 2 piece żelazne koksowe po 220 rb. 440 rb.

Razem 640 rb.

t. j. koszt całkowitego urządzenia na jednego człowieka 15 do 25 rb.

Już samo urządzenie rur wyciągowych znakomicie składować powietrza poprawia.

W dyskusji d-r TCHÓRZNIKI zarzuca prelegentowi, że nie zwrócił uwagi na pył w fabrykach, szczególnie w młynach, fabrykach musztardy, czekolady, kory dębowej i t.p. Na zjeździe w Moskwie pokazywano motory do zwilżania powietrza i osadzania pyłu, używane w przędzalniach. Oprócz pyłu z materiałów unosi się także pył z zaschniętej plwociny, dlatego należy ostrzegać przed pluciem na podłogę.

Inż. DRZEWIECKI odpowiada, że d-r T. poruszył jednocześnie 3 kwestye. Pył w młynach zależy od złej konstrukcji maszyny; w dobrych maszynach ten sam motor porusza maszynę i odpowiedni wentylator. Jest to stosowane we wszystkich młynach i oddawna urządzone we wszystkich tartakach. Co do rozpylania wilgoci, to zwykle łączy się to z ogrzewaniem powietrza. W przędzalniach rozpylają wodę dla powiększenia ciężaru włókien. Suche włókna, naelektryzowują się jednoimienną elektrycznością i odpychają się wzajemnie, zwilżone, stają się cięższe, opadają i dają się praść. Co do plucia, jest to oczywiście bardzo ważne, i należy urządzać odpowiednie zbiorniki do plwociny.

Następnie prowadzono dalszy ciąg dyskusji nad odczytem d-ra ŁAZAROWICZA „O organizacji pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich“.

Sekretarz odczytał list d-ra NEUFELDA z Sosnowic, który opisuje, w jaki sposób urządził pomoc lekarską w zakładach, przy których jest czynnym.

D-r BABIŃSKI, polemizując z d-rem ŁAZAROWICZEM, uważa pozostawienie felczerów za niezbędne. W obec niskiego stanu kultury naszych robotników, felczer uczy ich, jak mają używać przepisanych środków, na co lekarz niema czasu. Co do proponowanego systemu aptek, to jest on w sprzeczności z obowiązującymi prawami i prawdopodobnieby się finansowo nie opłacił; cena mało elegancko wydane-go lekarstwa w szpitalach wynosi 10—12 kop., a przecież koszt lokalu, opału, światła i służby w to nie wchodzi. Zaufanie do aptek miejskich jest znacznie większe; środek, wydany z apteczki fabrycznej, wywołuje zwykle niezadowolenie. Co do dozoru sanitarnego, to pozostawienie go lekarzowi fabrycznemu, zależnemu od administracji, jest niemożliwe. Co do normy robotników na jednego lekarza, to ta nie może być stawiana. Przechodząc do obsługi lekarskiej, zaznacza przewodni-

czący, że system, istniejący dziś w Warszawie, t. zw. *Zwangsarztsystem*, był dobry przed 40 laty, dziś przeżył się on zupełnie. System, dziś na zachodzie stosowany, polega na wolnym wyborze lekarzy specjalistów przez robotników fabrycznych. Jedyną korzyścią dla robotników z dziś istniejących ambulatoryów przy fabrykach jest urządzenie u siebie w domu apteczki ze środkami podręcznymi, jak olej, smarowania i t. p. Porządne prowadzenie ambulatorium przy większej liczbie robotników jest prawie niepodobieństwem i prawie żadnej korzyści nie przynosi.

Ponieważ wobec istniejącego przepisu o stałych lekarzach fabrycznych nie można zmienić systemu, należy dążyć, aby każda fabryka miała przynajmniej 3-ch lekarzy; terapeutę, chirurga i akuszerza. Gdyby nawet honorarium lekarzy podwyższyć, to płacąc ich od wizyty, fabrykant nie wydałby na to więcej, niż przy dziś stosowanym systemie. Kwestyę porady lekarskiej dla rodzin robotników powinni rozstrzygać prawnicy i ekonomiści.

D-r **TCHÓRZNICKI** zaznacza, że polecony przez niego system „kas chorych” wszystkie kwestyę rozstrzyga.

Przemawiali jeszcze pp. inż. **DRZEWIECKI**, który stosuje system zapłaty od porady, d-r **ŁAZAROWICZ**, który broni swoich dawniejszych wniosków, d-r **MIZGIER**, d-r **ZIELIŃSKI** Każ., d-r **REMBIELIŃSKI** i przewodniczący. Wobec niewielkiej ilości członków obecnych, postanowiono przegłosować kwestyę, jak naprawić istniejące stosunki, dopiero na jednym z posiedzeń następnych. L.

Posiedzenie wydziału higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych z dnia 24 marca r. b.

Kol. **H. DOBRZYCKI** mówił o Inowłodziu. Jest to miejscowość, położona w powiecie Rawskim nad Pilicą, otoczona lasami rządowymi, których przestrzeń wynosi około 6 mil kwadratowych. Mieszkania letnie istnieją tu od roku 1884 i urządzone są obecnie bez zarzutu (120 pokoiów w 10 willach). Inowłódź posiada dość znaczne wzniesienie, grunt przepuszczalny, doskonałą wodę do picia oraz kąpiel w Pilicy. Według kol. **DOBRZYCKIEGO** jest to jedna z lepszych stacji klimatycznych leśnych; ujemną jej stronę stanowi trudny dojazd.

Na zapytanie kol. **SOKOŁOWSKIEGO**, czy niema jeszcze innych ujemnych stron tej miejscowości, i co uczyniono dla poprawy tychże, odpowiada kol. **TCHÓRZNICKI**, który należał do komisji, dającej opinię o Inowłodziu, że w swoim czasie znalazł tam bardzo złą asenizację i brak odpowiedniej komunikacji. Właściciel Inowłodzia adw. **BIRENZWEIG** oświadcza, iż obecnie zaprowadzony jest tu wywozowy system asenizacji: we wszystkich willach znajdują się wychodki na torfie i murywane śmietniki, z których codziennie są wywożone nieczystości. Pod względem poprawy komunikacji dotychczas niewiele dało się zrobić: komunikacja wodna jest niemożliwa z powodu niskiego stanu wody, jak to okazały próby ze statkiem, zakupionym przez p. **BIRENZWEIGA**; starania tegoż o utworzenie przystanku nie znalazły przychylniej opinii u władz. W ostatnich czasach odkryto w pobliżu Inowłodza pokłady rudy żelaznej; poczynione już są starania o przeprowadzenie kolejki wąskotorowej, komunikacja więc z Inowłodzem będzie znacznie ulepszona.

W ciągu dyskusji podniesiono kwestyę, czy Inowłódź można uważać za stację klimatyczną? Kol. **RYCHLIŃSKI** zaznacza, iż Inowłódź nie posiada żadnych urządzeń dla chorych: zakładu, stałego lekarza, kanalizacji i t. d. Kol. **BIAŁOBRZESKI** — że wobec braku spostrzeżeń meteorologicznych nie posiadamy żadnych danych o klimacie Inowłodzia, kol. **J. ZAWADZKI** do wyżej wymienionych zarzutów dodaje obawę, że eksploatacja rudy żelaznej może ujemnie wpływać na zdrowotność Inowłodzia. Na ten ostatni zarzut odpowiada adw. **BIRENZWEIG**, iż przetapianie

rudy odbywać się będzie o kilka wiorst od Inowłodzia. Kol. CHEŁCHOWSKI kładzie nacisk na ściśle odróżnianie miejscowości leczniczej od letniego mieszkania. Chorych można przysyłać tylko do miejscowości, posiadających już wszystkie potrzebne warunki, gdyż kosztem ich zdrowia nie może dana miejscowość wyrabiać się dopiero na stację klimatyczną. Na zarzuty powyższe odpowiada kol. DOBRZYCKI, iż pierwszym warunkiem stacji klimatycznej jest odpowiednia suma warunków przyrodzonych: grunt, wzniesienie, obecność i odpowiednia konfiguracja lasów; Inowłódz warunkom tym czyni zadość w wysokim stopniu, a że posiada prócz tego dobrze urządzone mieszkania, bystrą rzekę i dobrą wodę do picia, przeto wydaje mu się miejscem bardzo odpowiedniem na stację klimatyczną. Adw. BIRENZWEIG oświadcza, iż sam nie uważał nigdy Inowłodzia za stację klimatyczną, tylko starał się tu stworzyć możliwie dobrą siedzibę letnią dla zdrowych. Jako mieszkanie letnie Inowłódz cieszy się uznaniem lekarzy, którzy niejednokrotnie wydawali o nim pochlebną opinię, co też chętnie p. BIRENZWEIGOWI przyznali obecni na posiedzeniu.

Resztę posiedzenia zajął odczyt adw. BIRENZWEJGA p. t. projekt praktycznego zastosowania prac wydziału balneologicznego do mieszkań letnich. Mówca przypomniał, iż podczas ostatniej wystawy higienicznej opracowany został szczegółowy kwestyonaryusz, opatrzonej objaśnieniem o warunkach, jakim powinny odpowiadać mieszkania letnie. Kwestyonaryusz ten wraz z objaśnieniami prelegent odczytał na posiedzeniu, dodając, iż w swoim czasie rozszło go w 120 egzemplarzach. Odpowiedzi po większej części od lekarzy, otrzymano 29. Odpowiedzi te, jako materiał do badań nad mieszkaniami letniami, p. B. na prośbę M. REJCHMANA przekazuje świeżo utworzonej komisji. Komisja ta niebawem rozpocznie swoje czynności, otrzymawszy na koszt analiz i opłacenie techników od Rady Tow. Hig. rb. 150. Mówca proponuje, ażeby wydział zajął się rozszaniem tego kwestyonaryusza do lekarzy oraz popularyzowaniem tegoż za pomocą prasy. Dalej proponuje utworzenie stałej komisji, któraby przed sezonem zwiedzała letnie mieszkania, udzielając rad i informacji właścicielom oraz zdawała sprawę ze swych czynności przed wydziałem. Pożądanem byłoby, aby komisja zwiedzała mieszkania letnie w czasie sezonu i kontrolowała, o ile zostały uwzględnione jej żądania. Właściciele letnich mieszkań powinnyby w charakterze członków Tow. Hig. uczestniczyć w obradach wydziału.

Wszystkie uwagi prelegenta przyjęto z uznaniem, tylko J. ZAWADZKI protestował przeciwko stałej kontroli nad mieszkaniami letniami oraz przeciwko ponoszeniu jakichkolwiek kosztów ze strony właścicieli letnich mieszkań na kontrolę sanitarną, przedsiębraną przez wydział.

Uzupełniając swe przemówienie, pan B. udzielił zebranyim drukowanych szematów kwestyonaryusza, które w sposób bardzo wyczerpujący i gruntowny całością danego pytania przedstawiają. Rzeczone kwestyonaryusze opracowane zostały wspólnie przez członków komitetu higieny ludowej, który pierwszy podjął w r. 1896 tę żywotną sprawę, żądając daleko idących reform w letnich mieszkaniach. Dziś wznowienie tej sprawy przez kol. J. ZAWADZKIEGO jest bardzo na dobie i niewątpliwie przy pomocy Warsz. Tow. Hig. osiągnie pożądane wyniki.

P.

ODCINEK.

ZE SPRAW SZPITALNYCH.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 12).

Wśród publiczności jest nader rozpowszechnione przekonanie o nieuleczalności chorób umysłowych. Pogląd to jaknajmylniejszy. Z ogólnej ilości chorych umysłowych, wstępujących do zakładów leczniczych, 30—40% (KRAEPELIN), a nawet niekiedy 60% (KRAFFT-EBING), zdrowie odzyskuje. Naturalnie, o ile choroba trwa długo, uleczalność jej się zmniejsza. Największa ilość wyzdrowień przypada na przypadki świeże.

Jednym z najważniejszych warunków pomyślnego zejścia psychozy jest, zdaniem wszystkich psychiatrów, wczesne umieszczenie chorego w zakładzie. Im wcześniej chorego do zakładu się oddaje, tem większa jest szansa przywrócenia mu zdrowia.

I oto widzimy pierwsze fatalne następstwo przepełnienia naszych zakładów psychiatrycznych. Chorzy z ostrą psychozą przechodzą często w stan nieuleczalny jedynie dlatego, że się w porę do zakładu dostać nie mogli.

Ale na tem ogrom klęski nie ogranicza się. Obląkani, przebywając na wolnej stopie, stają się, jakeśmy rzekli, mordercami, samobójcami, podpalaczami i t. d. bywają w najokropniejszy sposób przez otoczenie maltretowani (zamykanie w lochach piwnicznych, krępowanie więzami i t. d.), wreszcie są dla rodziny powodem tysiącznych cierpień i przykrości.

Ze wszystkiego, com rzekł, wynika, że niedostateczność zakładów dla obłąkanych jest u nas wielkiem złem społecznem, i że złemu temu trzeba koniecznie zaradzić.

Pytanie, co czynić należy? Czy mamy budować nowe szpitale?

Zdaniem naszym, szpitale mamy względnie dosyć, brak nam zaś czego innego, a mianowicie przytułków.

Każdy z naszych szpitali psychiatrycznych służy za schronisko dla ogromnej masy chorych, do szpitali nie kwalifikujących się. Są to demenci (chorzy, dotknięci ośłupieniem umysłowem), indywidua, które się stały nieuleczalnemi i leczenia zupełnie nie potrzebują.

Szpitala dla podobnych chorych to prawdziwy zbytek. Budowa szpitali dla obłąkanych, ze względu na specjalne wymagania tego rodzaju zakładów, pochłania ogromne sumy (jak tego najlepszy dowód mamy na szpitalu w Tworzech i oddziale psychiatrycznym przy szpitalu żydowskim na Czystem), nadto budżet wydatków w szpitalach psychiatrycznych należy również do największych (znacznym zastęp lekarzy, mnogość służby, bogate oświetlenie i t. d.). Lokować więc podobnych chorych w szpitalach jest to poniekąd marnować grosz publiczny. A tymczasem ci właśnie demenci powodują, że szpitale nasze są stale przepełnione, i że chorzy, dotknięci ostrą psychozą, a zatem chorzy, potrzebujący specjalnego leczenia i mający szanse wyleczenia się, nie mogą do szpitali się dostać.

Jest to zjawisko w wysokim stopniu nienormalne. Społeczeństwo buduje z olbrzymim nakładem instytucje, mające na celu leczenie chorych, a tymczasem instytucje te stają się schroniskiem dla chorych nieuleczalnych i odmawiają wstępu tym, dla których, właściwie mówiąc, powstały.

Psychiatrzy nasi pojmują doskonale nienormalność podobnej sytuacji, nic jednak poradzić na to nie mogą.

Szpitala zobowiązane są przyjmować chorych umysłowych bez względu na rodzaj ich cierpienia. Przy przyjmowaniu nigdy nie bierze się w rachubę uleczalności lub nieuleczalności choroby, podobnego względu nie wolno brać w rachubę.

Jeżeli tylko chory został zakwalifikowany przez lekarza urzędowego do kategorii obłąkanych i jeśli posiada w ręku wszystkie inne, wymagane w podobnych razach formalności, to w razie swobodnego łóżka zarząd szpitalny musi chorego przyjąć. I tym sposobem ciągle napływają do szpitali chorzy, zupełnie do szpitali nie kwalifikujący się.

Ale prócz tego inna jeszcze okoliczność wpływa na obfitość dementów w szpitalach. Nie wszyscy chorzy, cierpiący na ostry obłąd, odzyskują w szpitalu zdrowie, połowa ich, a niekiedy większa część przechodzi powoli w stan nieuleczalny. Tym razem miejscem narodzenia się dementa jest sam szpital.

Demenci to balast szpitalny, to owa zwarta, nieruchoma masa chorych, z którymi lekarze po większej części nie mają nic do roboty. Przechodzi się koło nich obojętnie i niesie się im pomoc jedynie w razie przyłączenia się jakiejś choroby somatycznej.

Lekarze szpitalni chętnieby się ich pozbyli. Ale w jaki sposób?

Krewni zazwyczaj nie chcą słyszeć o wzięciu do domu obłąkanego, przyczem częstokroć są tak biedni lub w takich żyją warunkach, że, gdyby nawet chcieli, żadną miarą obłąkanym zaopiekować się nie mogą. Chory więc z konieczności zostaje w szpitalu i zostaje lata całe aż do samej śmierci, a wiemy, że chorzy ci żyją niekiedy bardzo długo. Każdy ze szpitali psychiatrycznych może się poszczycić chorymi, którzy znajdują się w nim od lat 20, 30, a nawet dłużej.

Jakkolwiek w każdym szpitalu, nie tylko psychiatrycznym, przyływ chorych jest zawsze większy od odpływu, nigdzie wszakże niema pod tym względem tak rażącej dysproporcji, jak w szpitalach dla obłąkanych. W innych i śmiertelność bywa większa, i chorzy chętniej się wypisują, a jeżeli nieraz nie mają ochoty do wyjścia ze szpitala, to lekarz sam chorego wypisać może. Inaczej się rzecz ma w szpitalach dla obłąkanych.

Chorzy tej kategorii żyją względnie długo, krewni nie chcą ich ze szpitali zabierać, a lekarz, jakkolwiek posiada prawo wypisywania chorych nieuleczalnych a spokojnych wbrew woli rodziny, czyni to jednak niechętnie, powodując się humanitarnością i obawą przykrych konsekwencji uwolnienia osobnika niepo czytelnego. Tym sposobem odpływ chorych ze szpitali dla obłąkanych jest niezmiernie słaby, wielokrotnie słabszy od przyływu.

Aby złemu zaradzić, należałoby, naszem zdaniem, zakładać liczne i na szeroką skalę urządzone przytułki. Przytułki te byłyby miejscem schronienia dla owej masy chorych nieuleczalnych, niepotrzebnie dziś zalegających szpitale.

U nas w kraju istnieje, jakżeśmy rzekli, kilka tego rodzaju schronisk, jest ich jednak niewiele, a co gorsza są one nader szczupłe (jeden tylko przytułek w Górze Kalwarii mieści w sobie około 200 obłąkanych). Że przytułki te w drobnej tylko części czynią zadość potrzebie, i że popyt na miejsca w przytułkach jest znacznie większy od podaży ze strony społeczeństwa, najlepszym dowodem może być fakt, iż Rada miejska dobroczynności publicznej w Warszawie jest wprost zarzucana prośbami o przyjęcie obłąkanych nieuleczalnych do Góry Kalwarii, i że co tydzień odpowiada ona odmownie na kilkanaście tego rodzaju prośb.

Co prawda, Rada miejska zwolna trochę rozszerza przytułek w Górze Kalwarii (świeżo znów zapadło postanowienie pomnożenia łóżek etatowych), a i przytułek żydowski ma być wkrótce nieco powiększony, wszystko to są jednak środki połowiczne i złemu zaradzają tylko w części. Obłąkanych nieuleczalnych mamy w kraju tysiące, a możemy dać schronienie jedynie małej garstce, dwustukilkudziesięciu.

Dla tej ogromnej rzeszy obłąkanych potrzeba nowych i na szeroką skalę urządzonych przytułków.

Gdzie te przytułki winnyby się znajdować i jakby powinny być urządzone?

W Niemczech wszędzie ściśle bywają odróżniane zakłady lecznicze dla obłąkanych (Heilanstalt) od przytułków (Pflegeanstalt), przyczem w jednych miejscowościach przytułki znajdują się w bezpośrednim połączeniu z zakładami leczniczymi i posiadają wspólny z nimi zarząd, w innych zaś przytułki stanowią całkiem odrębne instytucje.

Przechodząc do naszych stosunków, widzimy odrazu niemożliwość połączenia naszych zakładów leczniczych z przytułkami. Większość naszych szpitali rozporządza tak niewielkim obszarem ziemi, iż żadną miarą nie możnaby przy nich urządzić na wielką skalę przytułków. Jeden tylko szpital w Tworckach posiada znaczniejszy obszar ziemi (53 dziesięciny 1942 kw. sążnie), ale jest on już nazbyt wielką instytucją, aby przy nim tworzyć drugą, również wielką. Nie pozostaje więc nic innego, jak tylko urządzać przytułki samodzielne.

Najracyonalniejsza postać przytułków dla obłąkanych to t. zw. kolonie rolnicze, i te winnyby u nas znaleźć jaknajszersze zastosowanie.

Nie będę się tu rozwodził nad tem, co to są kolonie dla obłąkanych, zaznaczę tylko, że koszt urządzenia ich i administrowania jest względnie mniejszy, aniżeli szpitali. Kolonie mogą i powinny się znajdować zdala od miast, a zatem tam, gdzie ziemia jest tańsza, budowa gmachów może być skromniejsza, personel lekarski i służbowy o wiele mniejszy i t. d. Jednem słowem przy jednym i tym samym nakładzie w kolonii możnaby dać przytułek bez porównania większej ilości chorych, aniżeli w szpitalu. Dodam jeszcze tę ważną okoliczność, że kolonie dają możliwość zużytkowania w jaknajszerszym zakresie sił fizycznych i intelektualnych obłąkanych, dzięki czemu chorzy, przebywający w koloniach, sami w pewnej części na swe utrzymanie zarabiają.

W Cesarstwie Rosyjskiem kolonie znalazły już szerokie zastosowanie. W bardzo wielu ziemstwach (Twerskie, Riazańskie, Nowgorodzkie, Saratowskie i in.) istnieją wielkie i dobrze uorganizowane kolonie.

Rzecz prosta, że koszt założenia i administrowania koloniami nie powinien obciążać wyłącznie tylko Warszawy. Kolonie winne są dawać schronienie chorym całego Królestwa, i dlatego to cały kraj powinien na nie łożyć. Idealem byłoby, aby każda gubernia posiadała w przyszłości po jednej kolonii dla swych obłąkanych, na początek wszakże możnaby się zadowolnić kilkoma dla całego Królestwa.

Co się tyczy specyalnie Warszawy i gubernii warszawskiej, to może byłoby najwłaściwiej skorzystać z istniejącego już przytułku w Górze Kalwaryi i przekształcić go na wzorową kolonię dla obłąkanych. W tym celu należałoby przede wszystkim usunąć zeń starców i kaleki, a następnie przez zakup sąsiednich gruntów, o ileby to było możliwe, (obecne terytoryum jest zbyt szczupłe) odpowiednio go rozszerzyć i uczynić zeń kolonię przynajmniej dla 600 chorych.

Z chwilą powstania w kraju naszym kolonii, sprawa opieki nad obłąkanymi i ich leczenia odrazu weszłaby na właściwą drogę. Do kolonii zostaliby kierowani wszyscy ci, którzy są nieuleczalni i którzy potrzebują jedynie dozoru, szpitale zaś psychiatryczne stałyby się naprawdę zakładami leczniczymi, zakładami dla chorych, potrzebujących leczenia i mających szanse wyleczenia się.

Dziś chory, dotknięty ostrą psychozą i mogący się wyleczyć, napróżno puka do wrót szpitala: nie może się tam dostać, bo miejsce jego zajmuje dement, kaleka psychiczny, prawdziwy zawalidroga. I odchodzi chory od wrót szpitalnych i czeka na wolne miejsce tak długo, aż wreszcie sam staje się dementem, sam przeobraża się w kalekę.

A. Wizel.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Przeciw wymiotom po uspianiu chloroformowem poleca THORANCE RUGH wdechania mocnego octu, nalanego na chusteczkę. Prawdopodobnie ocet działa w ten sposób, że powoduje obfitszą wydzielinę błon śluzowych dróg oddechowych, która chroni zakończenia nerwu błędnego od bezpośredniego działania na nie chloroformu. (Philad. potyclin. 98—2).

= GRANCLÉMENT opisuje 36-letniego chorego, który jako dwuletnie dziecko

ukłuł się w oko, poczem nastąpiła ślepotą i nieznaczne zmarszczenie gałki ocznej. Po upływie 24 lat dopiero zaczęły występować objawy podrażnienia w oku zdrowem, trwające lat 10, skutkiem czego musiano wyluszczyć oko ślepe. Okazało się, iż naczyniówka, jakoteż po części soczewka uległy zupełnemu skostnieniu; ciało szkliste było zmarszczone i nieprzezroczyste. (Lyon méd. 3. 4—98).

P.

Wiadomości bieżące.

— Kolega Jan RAUM został mianowany naczelnym lekarzem szpitala na Pradze; niezależnie od nowego stanowiska, jakie objął kol. RAUM, w dalszym ciągu pełnić on będzie obowiązki ordynatora w tymże szpitalu w oddziale, przeznaczonym dla chorych chirurgicznych.

— We Wrocławiu przy klinice chorób wewnętrznych ma być urządzony oddział przeznaczony do leczenia za po-

mocą hydropatyj. Równocześnie ma być otwarta katedra hydropatyj.

— W Berlinie w czasie od 20 maja do 18 czerwca r. b. odbędzie się wystawa przedmiotów, służących do pielęgnowania chorych.

— Najbliższy zjazd balneologów odbędzie się we Frankfurcie w marcu 1900 roku.

Komitet, Zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra J. MIANOWSKIEGO, ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 Listopada 1891 r. Władysław PEPŁOWSKI uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodzieł w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie, poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych, na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa pomocy właściwie zezwolenie Władzy rządowej uzyskała, Komitet Zarządzający kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z pp. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyluszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakieby się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby, pragnące uzyskać dla swych dzieł czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie, przy ulicy Niecałej Nr. 7 lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań, wyluszczonych na piśmie.

Prezes Komitetu: *H. Struve*.

Członek Komitetu Sekretarz. *Feliks Kucharzewski*.

Sprostowanie. W Nr. 12 „Medycyny“ w odcinku p. t. „Ze spraw szpitalnych“ na str. 275 w wierszu 2-m od góry wyraz „prawie“ jest zbyt czyny.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 18 Марта 1899 г.

Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p. p.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtkań, gardło i nos.
W ambulatoryum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

**Zakład Leczniczy dla chorych
na uszy**

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszcze-
nie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulato-
ryum** codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

SPECYALNY SKŁAD

*Naczyn i Przyborów Aptecznych, Chemicznych
i Doktorskich*

S. JARUNTOWSKIEGO

Warszawa Senatorska 23.

Poleca wszelkie nowości w zakres medycyny
wchodzące po cenie najniższej. Cenniki gratis
i franko.

Gabinet dentystyczny

D-ra **F. KOŁAKOWSKIEGO**

Wspólna 44 (róg Marszałkowskiej).

Nagrodzony Medalami.

Egzystuje od 1864 r.

Fabryka i Skład

Przyborów Lekarskich

F. CHWASTKIEWICZ

Warszawa, Senatorska 28.

poleca swój wyborny towar po cenach
możliwie niskich.

Cenniki franco i gratis.

**Dom Zdrowia
D-ra Fr. Stępkowskiego**

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi
chorobami (oprócz umysłowych). Cena
w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-
mianiem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs.
50 kop do 3 rs. dziennie. Bliższa wiado-
mość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. **Am-
bulatorium** codziennie od 11—12 (niezamożni
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

**ZAKŁAD BLACHARSKI
TEOFILA PETZ.**

w Warszawie, Nowy Świat N° 25.

Wykonuje Aparaty Parowe do Sterylizacji Materyałów
Opatrunkowych dla Szpitali i Zakładów Leczniczych.

Sterylizatory rozmaitej wielkości do sterylizacji instru-
mentów używane w prywatnej praktyce, jak też po małych
szpitalach.

Za dobry wyrób zostałem zaszczycony Medalem Złotym na
Wystawie Hygienicznej 1896 roku w Warszawie

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko