

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Choroby nerwowe.

134. LANDOUZY i DEJERINE. **Zanikowe postępowe cierpienie mięśni, poczynające się w dzieciństwie na twarzy.** *De la myopathie atrophique progressive. Myopathie sans neuropathie, débutant d'ordinaire dans l'enfance, par la face.* (*Rev. de med.* Nr. 2 i 4, r. 1885).

Rdzeniowe pochodzenie postępowego zaniku mięśni (typu Aran-Duchenne) jest obecnie ogólnie przyjętem. W niektórych tylko przypadkach zaniku mięśniowego nie znaleziono zmian w komórkach rdzeniowych; przypadki te jednak nie przedstawiały zupełnego obrazu klinicznego cierpienia, opisanego przez Aran-Duchenne'a, nie mogą więc obalić teorii pochodzenia postępowego zaniku mięśni u dorosłych, który w swej istocie i po-

wstawaniu jest bezwzględnie myelopatycznym.

Postępowy zanik mięśni u dorosłych przedstawia się w dwóch postaciach: w pierwszej rozpoczyna się w sile wieku, u człowieka dotychczas zdrowego, od zaniku mięśni dłoni, następnie przedramienia, ramienia i t. d. Jest-to typ klasyczny cierpienia, znany pod nazwiskiem Aran-Duchenne'a. Druga postać zaniku postępowego mięśni u dorosłych różni się od pierwszej tylko *udziałem mięśni twarzy*, których zanik rozpoczyna się zawsze w *dzieciństwie*. Duchenne opisał tę postać pod nazwą postępowego zaniku mięśniowego od dzieciństwa (de l'enfance). Pierwsze objawy cierpienia zjawiają się w 3-cim lub 4-tym roku życia na twarzy dziecka, która nabiera szczególnego wyrazu: czoło jest bardzo gładkie, bez najmniejszej zmarszczki przy płaczu lub

## DLA CZEGO W NASZYCH ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH REZULTATY SĄ GORSZE NIŻ ZAGRANICĄ?

Uwagi wywołane ostatnim pobytem w Wiedniu,

skreślił **W. H. KRAJEWSKI**, miejscowy lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

*Ciąg dalszy (zob. Nr. 9).*

## III. Instrumenty, ligatury, dreny, gąbki, materyjały opatrunkowe, ich przechowywanie i przygotowywanie.

Chyba nie potrzebuje dowodzić, jak ważną rolę w należytem przeprowadzeniu metody przeciwnilnej odgrywa aseptyczne utrzymanie wszystkiego, co ma pewną styczność z raną lub samym chorym. Zobaczmy, czy to, co się u nas w oddziałach dzieje, odpowiada chociażby najskromniejszym wymaganiom.

Piecza nad instrumentami, ligaturami i drenami poruczoną jest felczerowi. Gąbkami i materyjałami opatrunkowymi opiekuje się zazwyczaj Siostra miłosierdzia.

Zajrzyj Czytelniku do szafy zawiadywanej przez felczera, a widok, który Ci się



śmiechu, oko duże, usta wystające, śmiech niezwykły, a fizjonomija przyjmuje charakter mniej młody, mniej inteligentny. Często można omylić się, przyjmując za idyjozizm lub zatrzymanie rozwoju mózgu tę maskę, która jest skutkiem zaniku mięśni mimicznych twarzy bez najmniejszej wady intelligencji. Zanik mięśni twarzy pozostaje ograniczonym przez szereg lat, dopiero po pewnym, dość długim czasie występuje zanik mięśni dłoni, kończyn górnych, tułowia, kończyn dolnych i t. d. jak to bywa przy pierwszej postaci zaniku mięśniowego. Duchenne zwraca uwagę na 3 momenty, cechując tę postać zaniku mięśniowego: początek w dzieciństwie, udział mięśni twarzy i dziedziczność.

Dotychczas obydwie postaci postępowego zaniku mięśniowego uważane były w znaczeniu patologicznym za wyraz jednej sprawy anatomicznej, jako skutek zmian rdzeniowych, identycznych co do istoty, różnych co do siedliska. Utrzymywano, że zmiany w komórkach ruchowych zgrubienia szyjowego wywołują pierwszą postać zaniku mięśni, zmiany zaś

w jądrach nerwu twarzowego — drugą postać. Rzeczywiście zaś mamy do czynienia z dwiema zupełnie odrębnymi sprawami, które identyfikując się prawie pod względem symptomatycznym nie mają nic wspólnego pod względem patogenicznym. Opierając się na wynikach nekroskopijnych można powiedzieć, że postępowy zanik mięśniowy dziecinny jest pierwotnem cierpieniem mięśniowem bez żadnych zmian w układzie nerwowym, podczas gdy zanik mięśniowy Aran-Duchenne'a jest cierpieniem czysto rdzeniowem.

Przypadki postępowego zaniku mięśniowego dziecinnego, spostrzegane przez autora, należały do dwóch rodzin: w jednej było w 5 pokoleniach 9 osób chorych na zanik mięśni, z tych 5 osób (ojciec i czworo dzieci) badane były przez autorów, a w jednym przypadku udało się zbadać anatomicznie układ mięśniowy i nerwowy (jedyne w literaturze przypadki zaniku mięśniowego dziecinnego z sekcją). Z drugiej rodziny autorzy podają historję choroby dwóch braci, ciekawą szczególnie

przedstawi, z pewnością oburzy na siebie wszystko, cokolwiek jest listerowskiego w Tobie. Instrumenty częścią rdzą pokryte, częścią zaś tępe i popsute, noże, nożyczki, pincety, wzierniki do odbytnicy, sondy, piły etc. wszystko zmieszane jak groch z kapustą; igły w jakimś zasmolonem tekturowem pudełku, prawie wszystkie pozabawione końców. Specyjalna szuflada w szafie przeznaczona jest na przechowywanie *ligatur*, już przy jej otwieraniu uderzy Cię zapach zjełczałego tłuszczu, — to olej karbolowy rozlany ze słoików z katgutem, który wsiąkł w papier rozłożony na dnie szuflady i powoli jełczeje po ulotnieniu się kwasu karbolowego. Słoiki z katgutem albo stoją otworem, lub też zatkałe nie zawierają ani kropli płynu, w którym z początku leżał katgut; ligatury ponawijane na kawałki brudnego papieru lub tektury, leżą swobodnie w szufladzie, niektóre motki są nawet jodoformowane, lecz to przecież je nie uchroni od nasycenia szkodliwościami szuflady.

*Przechowywanie drenów* jest też charakterystyczne: do słoika niewiększego jak szklanka, przykrywającego się płaską szklaną płytką, napakowano 3 lub 4 metry drenu, tak, iż nie mieszczą się one w słoiku, a końce ich sterczą ciekawie nazewnątrz, unosząc pokrywę; do słoja nalano minimalną ilość wody karbolowej i wszystko to pozostawia się, aż do zgnicia drenów, bez zmiany; chyba że oko chirurga spotka się z tym słoikiem, a głos jego wpłynie na doraźną przemianę brudnej, spoczywającej na dnie naczynia esencji na świeżą porcyję wody karbolowej, która w następstwie prześcignie jeszcze swą poprzedniczkę we własnościach zakaźnych.



przez to, że chorzy badani byli dwukrotnie po 10-cio-letniej przerwie.

W literaturze lekarskiej, oprócz opisów Duchenne'a istnieje jeden tylko opis Remaka postępowego zaniku mięśni dziecięcego. Mossdorf spostrzegał "przypadki zaniku z udziałem mięśni twarzy, lecz zajęcie tylko połowy twarzy i prędka poprawa wskazuje na inny charakter choroby. Lichtheim, opierając się na przypadku postępowego zaniku mięśni bez zmian rdzeniowych, utrzymuje, że wszelki postępowy zanik mięśni jest cierpieniem tylko mięśniowym; w przypadkach zaś ze zmianami rdzeniowymi mamy do czynienia z zanikowym porażeniem rdzeniowym, a nie z postępowym zanikiem mięśni. Przypadek jednak Lichtheima różni się bardzo od klinicznego obrazu zaniku Aran-Duchenne'a, a przedstawia zupełnie odrębną symptomatologię (nagły początek, bóle, umiejscowienie zaniku i t. p.).

Erb niedawno opisał nową postać zaniku mięśniowego, tak nazwaną „młodzieńczą“, która ma powstawać zupełnie niezależnie od zmian rdzeniowych. 1) Myo-

1) Patrz „Kronika lek.“, str. 914, r. 1884.

patyczne pochodzenie tej postaci wynika, podług Erb'a, z braku odczynu zwyrodnienia i drgań włókienkowatych, z umiejscowienia zaniku (początek w mięśniach tułowia) i z powolnego przebiegu cierpienia. W braku wszelkich danych anatomicznych trudno uznać myotyczne pochodzenie „młodzieńczej postaci“ Erb'a, w każdym zaś razie różni się ona od postaci, opisywanej przez autorów normalnym stanem mięśni twarzy i częstym rzekomym przerostem mięśni (wskutek stłuszczenia).

Choroba spostrzegana przez autorów przedstawia pod względem anatomicznym i klinicznym zupełnie odrębną postać, wskutek tego dla odróżnienia od zwykłego postępowego zaniku mięśni nazywają ją: „myopathie atrophique progressive“. Zaczyna się ona prawie zawsze w dzieciństwie, spostrzegano jednak jej powstawanie i w wieku dojrzałym. W dzieciństwie zanikają najpierwej mięśnie twarzy: orbiculares, labiales i palpebrales; twarz przeto staje się niezwykle, wyrażającą obojętność, głupkowatość, zmarszczki znikają, czoło gładkie, usta

*Gąbki* znajdują się, jak to już wyżej powiedziałem, na opiece Siostry miłosierdzia są one u nas najczęstszym źródłem zakażenia z powodu zupełnego niedochowania przepisów metody przeciwnilnej przy ich konserwowaniu. Wprawdzie istnieje słoź przeznaczony do przechowywania gąbek, lecz na nieszczęście prawie zawsze jest on pełen nawpół zgniłych, cuchnących gąbek, a zupełnie pozbawiony kwasu karbolowego, z którym się gąbki spotykają dopiero podczas operacji, nota bene z takim jego roztworem, którego czystość i siła mocno są podejrzane. Dodajmy, iż do tego kwasu dostają się gąbki za pośrednictwem potężnie brudnych rąk posługaczy, że też ręce podają je asystantom przy operacji, a mogę Cię zapewnić Czytelniku, że jeśli po użyciu tych gąbek pacjent Twój nie dostał posocznicy, to już nie Twoja w tem wina.

*Materyjały opatrunkowe.* Przedewszystkiem zaznaczyć muszę brak materyjałów opatrunkowych, z jakim się często spotykamy w naszych oddziałach chirurgicznych. Źródeł tego braku szukać należy: w kolosalnej drożyznie materyjałów opatrunkowych w naszym kraju, jakoteż w niedostatecznej ścisłości w przeprowadzeniu metody przeciwnilnej, sprawiającej, iż u nas prawie wszystkie rany silnie ropieją, co znów pociąga za sobą częstszą potrzebę zmiany opatrunku. Szpitale, mając dosyć ograniczone środki, nie mogą zadosyćuczynić naszym zapotrzebowaniom, stąd też się zdarza, iż czasami kilka dni nie ma czem opatrzyć ran, gwałtem się tego domagających.

Wszystkie materyjały opatrunkowe przechowują się w ogólnej szafie, wraz z bielizną chorych i innymi rupieciami będącemi w rozporządzeniu Siostry miłosier-



wystające, ruchy ust niezupełne, nieruchomość twarzy sprzeczna zżywieniem oczu. W początku gwizdanie, śmiech i inne ruchy twarzy odbywają się z pewną trudnością, później stają się zupełnie niemożliwymi. Po pewnym czasie zanik rozpoczyna się i w innych mięśniach, poczynając od mięśni kończyn górnych; przeważa zawsze zanik mięśni łopatek i ramienia (typ facio scapulo-humeralis). W grupie mięśni, otrzymujących gałązki jednego i tego samego nerwu niektóre mięśnie nie ulegają wcale zanikowi; prawie nigdy nie zanikają: m. supra—et infraspina- tus, subscapularis i zginacze ręki i palców. Również i mięśnie żucia, oka, połykania i głosu pozostają podczas całego trwania choroby bez zmiany; toż samo można powiedzieć o mięśniach oddechania. W mięśniach zanikowych spostrzega się niekiedy skurczenie tkanki mięśniowej, wytwarzające prawdziwe skrócenie; nigdy zaś nie ma drgawek włókienkowatych. Ruchy dowolne istnieją, dopóki przynajmniej jedno włókno pozostaje niezmiennym; są one ograniczone, bez wszelkich śladów porażenia. Oddziaływanie na prąd

stały i przerywany jest znacznie zmniejszonym, odczynu zwyrodnienia nie bywa. Odruchy ścięgniste znikają w okresie znacznego zaniku mięśni, niekiedy jednak nie ma ich w początku choroby. Czuciowość ogólna i specjalna, odżywianie skóry, odruchy skórne są wcale nie zmienione.

Myopathia atrophica progressiva w wieku młodzieńczym i dojrzałym nie zawsze zaczyna się od mięśni twarzy. Może rozpocząć się na górnych kończynach, rzadziej na dolnych. Twarz przytem przyjmuje udział później lub pozostaje niezmienną; otrzymujemy wówczas typ facio-scapulo humeralis, lub scapulo humeralis, albo femorotibialis. Rozwój cierpienia jest bardzo powolny, rokowanie zawsze niedobre, chociaż z powodu niezajęcia mięśni, kierujących ważnymi czynnościami organizmu, życiu ono nie zagraża. Najczęściej chorzy podobni umierają wskutek gruźlicy płuc. Rozpoznanie myopatii zanikowej postępowej przedstawia niekiedy znaczne trudności. Od postępowego zaniku mięśni Aran-Duchenne'a różni się: zanikiem mięśni twarzy, zachowaniem stałym pewnych mięśni (supraspina-

dzia. Żadnego specjalnego pomieszczenia dla nich nie ma; wprawdzie stoi gdzieś na uboczu blaszana skrzynka (jedyna na całym oddziale), przeznaczona na przechowywanie gazy karbolowej, lecz obecnie to myt tylko,—przecież daleko wygodniej mieć ją w szafie pod ręką, w jakimś podejrzanym pudełku tekturowym, a jodoformową przechowywać wprawdzie w słoju, lecz wiecznie otwartym. Nie wspominam już o tych dość częstych przypadkach, w których Ci się uda, Czytelniku, zobaczyć za szafą kawałek gazy, służący następnie do pokrycia rany Twego chorego.

Materyjały w niektórych oddziałach kupują się już gotowe od składników, w innych zaś przygotowaniem ich zajmują się Siostry miłosierdzie.

W pierwszym razie ordynator otrzymuje materyjały dawno przygotowane, zwietrzałe, a koszt ich jest stosunkowo bardzo znaczny, dla tego też większość ordynatorów powierza Siostrze miłosierdzia przerabianie muślinu higroskopijnego na karbolowy, jodoformowy, sublimatowy etc.

W przygotowywaniu materyjałów Siostra oddziałowa trzyma się ściśle danych jej przez ordynatora przepisów, brak jednak świadomości zasad metody listerowskiej powoduje, iż przy tem przygotowaniu popełnia masę niedokładności i omyłek zmniejszających lub nawet niszczących zupełnie antyseptyczne własności przygotowanych materyjałów. I tak: nigdy jeszcze nie zdarzyło mi się widzieć, aby Siostra miłosierdzia umyła ręce i zawinęła rękawy przed rozpoczęciem przygotowywania gazy karbolowej czy jodoformowej; zamoczone kawałki muślinu rozwieszają się do suszenia na



tus i t. d.), brakiem drgawek włókienkowych, skurczeniem niektórych mięśni, brakiem odczynu zwyrodnienia, zachowaniem odruchów ścięgnistych, powolnym rozwojem i dziedzicznością.

Sclerosis lateralis amyotrophica różni się przykurczeniami, objawami opuszkowemi, porażeniami i t. p. Paralysis pseudohypertrophica różni się brakiem zajęcia twarzy i przerostem niektórych mięśni. W myopatii zanikowej nie bywa nigdy przerostu, prawdziwego ani wrzokowego, mięśni, czem się różni też od formy młodzieńczej Erb'a, w której nie zanikają mięśnie twarzy ani nie spostrzega się dziedzicznego rozwoju choroby.

Co się tyczy zmian anatomicznych w myopatii zanikowej, to można je określić, jako myositis parenchymatosa primitiva, kończące się zanikiem istoty kurczliwej. Niektóre włókna mięśniowe ulegają przytem nieznacznemu przerostowi nieznacznej infiltracji tłuszczowej. W żadnym okresie mięśnie nie powiększają się, naczynia pozostają bez zmiany, a nerwy obwodowe, aż do ostatnich swych rozgałęzień nie okazują najmniejszych zmian.

Również i układ nerwowy ośrodkowy pozostaje niezmiennym.

Etyjologicznie jest-to cierpienie dziedziczne; rozwija się w każdej epoce życia, najczęściej w okresie drugiego dzieciństwa. Przechodzi od ojca lub od matki, częściej jednak matki; rozwija się jednakowo u chłopców i u dziewcząt. Leczenie powinno być ogólne, wzmacniające; elektryczność (prąd stały i przerywany) wstrzymuje nieco zanik mięśni.

Na zasadzie swych badań autorzy przychodzą do wniosku, że myopathia atrophica progressiva jest cierpieniem mięśniowem, należącym do grupy zaników mięśniowych myopatycznych. Do tej grupy należą jeszcze porażenia pseudohypertroficzne, do których zaliczają oni i postać młodzieńczą Erb'a.

*M. Hopfenblum.*

## II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

135. Dr. A. HELLER. **Zmiany w atelektatycznych częściach płuc.** (*D. Arch. f. Klin. Med.* Bd. 36, Zesz. III i IV).

podejrzanej czystości sznurach i w zupełnie nieodpowiednich do tego miejscach. Ciekawę jest przygotowywanie jodoformowej gazy w naszych oddziałach: przepis otrzymany przez Siostrę zaleca zmoczyć odpowiedniej wielkości kawałek muslinu miękkiego w roztworze jodoformu w eterze i alkoholu (Jodof. 35,0; Aether. 230,0; Alcoh. 120,0 na 10 metrów gazy); wszystko to wypełniono jaknajakuratniej, tymczasem, czy to wskutek zanieczyszczenia użytych preparatów, czy jakich innych przyczyn, gaza po wyschnięciu—czernieje, staje się zupełnie podobną do gazy napojonej nalewką jodową, rozumie się, iż taka gaza jest niezdatną do użytku. Z początku gaza czerniała tylko czasami, później objaw ten występował za każdą razą tak, iż myślano już o zaniechaniu daremnej pracy. Tymczasem Siostra miłosierdzia przypadkowym sposobem odkryła, iż jeśli taką zczerniałą gazę rozcierać i ubijać w rękach z pewną nieznaczną ilością gliceryny, to gaza wraca do pierwotnego stanu. Naturalnie, zabrano się do rozcierania i ubijania preparowanej w ten sposób gazy, ponieważ jednak manipulacja ta wymaga sporo czasu i dość znacznego wysiłku fizycznego, Siostra sama nie jest w stanie zadaniu podolać, wyłącza się więc kim może; raz naprzykład, przechodząc przez korytarz oddziałowy, zobaczyłem pomywaczkę ubijającą zapalczywie nie-szczęsną gazę, przez ciekawość poprosiłem, aby mi pokazała swe ręce, —doprawdy, żadna gałganiarka, grzebiąca w śmietnikach i rynsztokach, nie powstydzitaby się rąk takich; a teraz proszę sobie uprzytomnić niewidzialną walkę na śmierć lub życie, jaka



Nie mamy dotychczas dokładnych badań nad dalszemi zmianami w atelektacyjnych częściach płuc, chociaż stany podobne do rzadkości nie należą. Autor zajął się badaniem takowych w płucach osobników różnego wieku. U dorosłych atelektyczna część płuc jest zwykle mniejszą, niż normalnie, i odróżnia się od sąsiednich części zupełnym brakiem zabarwienia; jest ona przytem nieco twardszą i nie zawiera powietrza. Opłucna bywa niekiedy swobodną, niekiedy zaś zrośniętą i zgrubiałą. Na przecięciu spostrzega się w takim odcinku płuca obszerne, nieprawidłowe, okrągłe i podłużne przestrzenie, oddzielone od siebie wążkami przegrodami i zawierające śluzowe lub śluzoropne masy z domieszką powietrza lub bez; są one wysłane zaczerwienioną błoną śluzową i przedstawiają się jak obszerne rozstrzenie oskrzelowe (bronchiectasis). W takich częściach płuc nie ma tkanki łącznej, otaczająca zaś tkanka jest nieco twardszą i zaczerwienioną. Zupełnie tak samo zachowują się atelektacyjne części płuc u dzieci, tylko różnica w zabarwieniu nie jest tak wyraźną. Bronchiectatyczne przestrzenie

zawierają obfitą ilość śluzu, w którym mikroskop odkrywa ciała ropne, komórki nabłonkowe, czerwone ciała krwi i niższe organizmy (mikrokokki, bakteryje i twory podobne do leptothrix). Pod nabłonkiem płaskim, jedno lub wielowarstwowym, wyścielającym przestrzenie, znajduje się mniej lub więcej wyraźna jednolita błona, następnie warstwa włókien sprężystych, a w końcu gładkie włókna mięśniowe. Przegrody zaś składają się z luźnej tkanki łącznej z obszernymi naczyńmi krwionośnymi. W błonie śluzowej znajdują się nieliczne, niekiedy bardzo rozszerzone gruczolki; w niektórych zaś miejscach tworzą one obrzmienia i polipowate narośle.

W samych ściankach znajdują się bardzo rozwinięte różnej wielkości i postaci masy chrzęstne, składające się z chrząstki szklistej. Masy te łączą się poczęści z tkanką tłuszczową (która normalnie bardzo rzadko w oskrzelach się znajduje), poczęści zaś z tkanką łączną, a niekiedy przylegają do rozszerzonych naczyń krwionośnych. Resztki tkanki płucnej spotykają się tylko w warstwie pod-

---

się w łonie tej gazy odbyła między napastującymi mikrobami i broniącym się jodoforem; proszę rozstrzygnąć, które z dwojga zwyciężyło.

Niemniej ciekawem jest zwijanie bandaży muślinowych: Siostra miłosierdzia rozdziera sztukę muślinu na odpowiednią ilość bandaży, które następnie rozdaje chorym na sali do zwijania, można sobie wyobrazić wiele nieczystości dostanie się w nie podczas gdy przechodzą przez brudne ręce zwijających. Sam byłem świadkiem, jak raz chory po zwinięciu bandaża, chcąc, aby się zakończenie trzymało całości, poślinił koniec bandaża i tym samorodnym klejem przylepił go do reszty.

Przygotowywanie rozczywnów antyseptycznych i wody w irygatorach też zasługuje na uwagę. Zwykle na sali operacyjnej istnieje gąsior dość znacznych rozmiarów, do którego nalewa się wody destylowanej (czasem zwyczajnej wodociągowej) i ilość kwasu dostateczną do utworzenia pięcioprocentowego roztworu. Gąsior ten jest najczęściej niemożliwie brudny i stoi cały dzień otworem, co nie dopomaga do zachowania jednolitości stosunku kwasu karbolowego do wody. Co rano posługacze przynoszą do sali operacyjnej dwie konewki wody, jedną ciepłej, drugą zimnej (ciepła woda czerpana z kotła łazienki jest potężnie brudna). Otóż z tych dwóch konewek napełniają się irygatory nasze,—jako termometry, przy oznaczaniu temperatury wody w irygatorach po zmieszaniu, służą palce gruboskórnych łap naszych posługaczy. Dobrawszy nareszcie wodę (tak się wyraża o swej czynności), posługacz dolewa do niej ad libitum rozczywnu kwasu z opisanego butla; ilość dolewanego kwasu nie podle-



opłucnowej w postaci małych przestrzeni, wypełnionych nabłonkiem; otaczająca zaś tkanka jest bogatą w naczynia, pęcherzyki płucne są coraz większe, aż nareszcie przechodzą w normalną tkankę płucną. Ogniska podobne tworzą się z części płuc niezawierających powietrza od urodzenia, nazywa więc je Heller *bronchiektazyjami atelektatycznymi*. Że rzeczywiście część ta płuc pozbawioną była powietrza od urodzenia dowodzi: brak w niej barwnika, brak warstwy tkanki płucnej, grubej przynajmniej na  $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. i szczególna budowa ścianek rozstrzeni. W zwykłych bronchiektazyjach chrząstka ulega zanikowi, w atelektatycznych ulega często przerostowi, nigdy zaś nie znika zupełnie. Wynika ztąd, że w płucach [atelektatycznych rosną tylko oskrzela, które się rozszerzają dzięki poczęści temu wzrostowi, poczęści uciskowi przez nagromadzoną wydzielinę. Bronchiektazyje te mogą być zupełnie oddzielone od pozostałych dróg powietrznych lub też łączą się z nim po usunięciu pierwotnej przeszkody. Mogą one pozostawać bez wszelkich szkodliwych skutków aż do późnej starości; czę-

sto jednak poczynają się w nich sprawy, rozszerzające się na zdrowe części płuc; jak nieżytowe zapalenie płuc lub zgorzel. Niekiedy ulegają atelektatyczne części płuc skurczeniu i zarośnięciu, następuje to jednak dopiero po sprawie zapalnej w tkance śródmiąższowej lub też opłucnej.

Dotychczas nie posiadamy dostatecznych danych do orzeczenia, czy i zapadnięte płuca ulegają podobnym zmianom.

W końcu wyprowadza autor następujące wnioski: w częściach płuc, nie wypełniających się powietrzem po urodzeniu, pęcherzyki płucne ulegają zanikowi, a oskrzela — przerostowi; wskutek tego tworzą się bronchiektazyje, które mogą być punktem wyjścia ciężkich chorób, a nadmierny rozwój chrząstek prowadzi niekiedy do wytworzenia się guzów (enchondroma). Radzi więc Heller poszukiwać u noworodków ognisk atelektatycznych, aby je przy pomocy odpowiedniego leczenia (gimnastyka) usunąć.

*M. Hopfenblum.*

136. Dr. L. GÖTZE. **Leczenie tyfusu**

ga żadnej kontroli, raz dostaje się go irygatora mniej, drugi raz więcej, innym znów razem, z pośpiechu, zapomina się zupełnie o tym mało ważnym dodatku. Nakoniec dla uwieńczenia dzieła wtyka posługacz do irygatora przez górny jego otwór kankę wraz z częścią rury i używa jej zamiast mieszalki dla równomiernego rozprowadzenia w wodzie wlanego kwasu.

Czy można polegać na dobroci środków opatrunkowych i płynów antyseptycznych w ten sposób przygotowywanych i przechowywanych??! A to, co przytoczyłem, to są zaledwie pojedyncze, bardziej rażące, przykłady z tysiącnych wykroczeń przeciw metodzie listerowskiej, jakie się u nas ciągle powtarzają!

Całkiem inny widok uderzy nas przy oglądaniu któregośkolwiek z oddziałów wiekańskich: instrumenty, ligatury, dreny, gąbki i materiały opatrunkowe zostają pod opieką asystentów. Prawie wszystkie instrumenty są poniklowane, z wyjątkiem ostrzów skalpeli, pił i igieł<sup>1)</sup>. Te ostatnie przechowują się w szklanych pudełeczkach, różnej wielkości odpowiednio do rozmiarów igieł. Każdy instrument zajmuje specjalnie dla siebie przeznaczone miejsce w szafie, a asystent zawiadujący instrumentami zna je tak dokładnie, iż po ciemku potrafiłby wynaleźć potrzebne narzędzie.

1) Bardzo pożytecznym jest patentowany wynalazek Thürriegl'a, polegający na tem, iż wszystkie drewniane ręczki instrumentów są poniklowane i nierozłącznie spójone z samem narzędziem—ułatwia to znakomicie oczyszczanie instrumentów i ochrania od nagromadzenia [nieczystości w szparach istniejących zwykle między narzędziem a drewnianym trzonkiem.



**brzusznego naftaliny.** (*Z. f. Klin. Med.* T. IX. Z. I).

Ze środków działających jakoby poronnie na przebieg tyfusu brzuszego do tychczas tylko jodek potasu (Laner, Magonty, Wallebrandt) i kalomel zyskały szersze zastosowanie. Działanie kalomelu przypisują części dezynfekcyi zawartości kiszek przez wytwarzający się z niego sublimat, a części działaniu przeczyszczającemu, wskutek czego znaczna ilość organizmów infekcyjnych wydziela się nazwęnatrz.

G. opierając się na dezynfekcyjnej własności naftaliny, uznanej przez Rossbacha i szczególnie w cierpieniach kiszek przez niego zalecanej, postanowił wypróbować ten środek w tyfusie brzuszonym. W tym celu podawał on naftalinę w 35 przypadkach tyfusu brzuszego, w ilości 1,0 na dawkę, a do 5—7 gramów na dzień, przytem rzadko występowały objawy uboczne: niekiedy wymioty, a w jednym przypadku objawy zatrucia, podobne do objawów zatrucia jodoformem. Łaknienie w każdym przypadku pozostawało dobrem, ilość wypróżnień znacznie się zmniej-

szała, a bóle w okolicy kiszek ślepej zupełnie ustępowały lub znacznie się zmniejszały. Po dłuższem użyciu ilość wypróżnień znowu się zwiększała, co wykazuje, że naftalina drażni błonę śluzową kiszek. Mocz bywa zabarwiony, niekiedy zaś zupełnie czarny; białka w nim ilość nieznaczna, odpowiadająca ilości napotykaney przy wysokiej ciepłocie ciała. Co się tyczy przebiegu tyfusu, to w 3 przypadkach gorączka ustąpiła następnego dnia po użyciu naftaliny; w 10 przypadkach sprawa chorobowa ustąpiła w przeciągu 10 dni, w 4 zaś trwała do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> tygodni. W innych przypadkach, w których na przebieg choroby naftalina wpływu nie wywarła, różnica ciepłoty rannej i wieczornej większą była niż bez użycia naftaliny, a działanie środków przeciwgorączkowych okazywało się skuteczniejszym. Recydywa tyfusu występowała w 2 przypadkach, w których gorączka ustąpiła następnego dnia po użyciu naftaliny, a śmierć nastąpiła w 3 przypadkach z powodu ważnych powikłań (dyfteryja, zapalenie płuc krupowe). W końcu autor zaleca użycie naftaliny w większej ilości przypadków ty-

W Wiedniu używają do szycia i podwiązywania naczyń przeważnie *ligatur* jedwabnych, katgut prawie ze wszystkich oddziałów został wyrzucony, za to dość często posługują się drutem, szczególnie do nakładania szwów płytkowych (*Plattennaht*). Grubość jedwabiu jest bardzo rozmaita, odróżniają 7 numerów (1-szy najgrubszy, 7-my najcieńszy — *Conjunctivalseide*), zwykle wystarczają numery od 2 do 6, nr. 2 i 3 służą do podwiązywania nóżki lub do szwu piętrowego (*Etagennaht*) przy *Laparohysteotomii*, nr. 4 do podwiązywania głównych pni naczyń i szwów głębokich, nr. 5 do podwiązywania drobniejszych naczyń i szwów powierzchownych, nr. 6-ty do szwu kiszkiowego. Jedwab' przed użyciem gotują przez całą godzinę w 5% roztworze kwasu karbolowego w wodzie destylowanej, a następnie przechowują nawinięty na szpulki kauczukowe w słojach z korkami szklannymi, opatrzonych odnośnemi numerami i napełnionych 5% roztworem kwasu karbolowego. Każdy słoik nosi szyferkową tabliczkę, na której zapisuje się data ostatniej zmiany roztworu karbolowego, po upływie 14 dni stary roztwór wylewają się i zastępują go nowym.

Drut, blaszki i śróty używane do szwu metalowego przechowują się w słoju napełnionym 10% roztworem kwasu karbolowego w glicerynie.

Wszystko, co tu o ligaturach powiedziałem, są rzeczy dawno u nas znane, ta tylko zachodzi pomiędzy nami i wiedeńczykami różnica, iż my nie stosujemy się do tych przepisów, podczas gdy tam są one przestrzegane z nadzwyczajną ścisłością. Nikt nigdy nie zobaczy wiedeńskiego asystenta sięgającego palcami do słoju, w któ-



fusu brzuszego, aby wtedy dojść do pewniejszych wyników.

*M. Hopfenblum.*

137. M. LEBRETON. **Objawy ze strony płuc przy gościcu i dnie.** *Des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques. (Archives Génér. de Médecine. Avril, 1885).*

Częstość zaburzeń płucnych u osób cierpiących na gościca i dnę poruszano w ostatnich czasach wielokrotnie, zwłaszcza w Anglii. Autor już poprzednio zwracał uwagę na to, że objawy te mogą się zdarzać bez wszelkich oznak cierpienia ze strony stawów. Obecnie chce przedstawić, w jaki sposób zaburzenia te powstają i przebiegają. Ponieważ różnią się one znacznie przy gościcu i przy dnie, przeto autor rozpatruje je oddzielnie.

Z zaburzeń płucnych gościcowej natury najdawniej znanem i najczęstszym jest tak zwane *zapalenie płuc gościcowe*. Częstość jego, według zestawień Wunderlicha, Sathama i Fullera, dochodzi do 20%. Nazwa ta słuszną jest zupełnie z punktu widzenia klinicznego, sprawę tę cechują bowiem objawy zwykłego zapalenia płuc

(kłócie w boku, duszność, plwocina rdzawa, oddech oskrzelowy). Różnicę stanowi sposób rozwoju: jest ona bardzo niestałą, wszystkie objawy mogą zniknąć bez śladu już następnego dnia, lub przenieść się w inne miejsce.

Drugim punktem oparcia przy odróżnianiu tego rodzaju zapalenia płuc jest wygląd chorego: twarz bywa bladą, ciało pokryte potem, wydającym woń „empyreumatyczną“.

Sprawa omawiana rozwija się w przebiegu ostrego wielostawowego zapalenia, często niepostrzeżenie, bez uderzających objawów, tak, że może ująć uwagi lekarza. Zmiany pośmiertne nie licują za to z nazwą „zapalenie“. Nigdy nie znaleziono tu zwątrobienia; jedni opisują nieznaczne stopnie nawału (engouement), inni napływ surowiczokrwawy. U dzieci kilkakrotnie widziano zapalenie zrazikowe.

Drugą postacią omawianych zmian jest *nawał obrzękowy* (fluxion oedémateuse), nie występuje on nigdy w formie ognisk, często rozszerza się odrazu na całe płuco i bardzo szybko zabija chorego. Sprawa ta może się zdarzać i w nieobecności o-

---

rym się mieszcza ligatury, zawsze używa do tego pincetu wyjątego z roztworu kwasu karbolowego.

*Dreny* znajdują się w wielkim dobrze zamkniętym słoju, którego zaledwie dno zajmują, podczas gdy płyn antyseptyczny wypełnia go aż po brzegi. Nim się do tego słoja dreny dostaną, moczą je przez kilka dni (3—4) w letniej wodzie, następnie przenoszą do 5% roztworu kwasu karbolowego, który po upływie 2 dni zmieniają na świeży, a następnie zmiana powtarza się co 14 dni. Dopiero po 3-tygodniach takiej maceracji dreny po raz pierwszy zostają użyte.

*Gąbki.* Użycie przy opatrunku i operacjach gąbek, któreby były przygotowane podług zasad metody przeciwnilnej, jest bardzo kosztownem, to też uboższe oddziały chirurgiczne w Wiedniu zupełnie je wyrugowały i zastąpiły tamponami, robionymi z waty karbolowej owiniętej takąż gazą; tampony takie można kilkakrotnie w ciągu jednej operacji wymywać w kwasie i znów podawać do użycia, te zaś, które się zetknęły z ropą lub innymi zakaźnymi płynami, natychmiast wyrzucać należy. Przyjrzyjmy się manipulacyjom, jakim uledek musi gąbka, która raz jeden odbyła swą służbę przy operacji, a wnet pojmiemy konieczność usunięcia ich z naszych oddziałów. Gąbka taka (przypuszczam, że przed operacją była już oczyszczona od piasku, wybielona i zdezynfekowana) dostaje się przedewszystkiem do ciepłej wody i pozostaje w niej przez 2 dni, następnie należy bardzo starannie usunąć z niej wszystkie skrzepy krwi; dla oswobodzenia od tłuszczu winna przeleżeć 2 godziny w nasyconym roztwo-



bjawów stawowych i zarówno w lekkich jak i w ciężkich przypadkach gośćca. Jest to postać znacznie cięższa od poprzedniej, niekiedy przebiega piorunująco, zwykle jednak rozwija się na tyle wolno, że pozwala na zastosowanie środków leczniczych. W tych razach objawy przypominają zwykły ostry obrzęk płuc. Rozpoznanie jest łatwe, jeżeli mamy równocześnie inne objawy gośćcowe, trudniej bywa, gdy omawiane zaburzenie jest jedyną oznaką diatezy. Umożliwiają rozpoznanie wywiady (dziedziczność) i wykluczenie wszelkich innych przyczyn powstania obrzęku.

Co się tyczy leczenia, to przy zapaleniu płuc, zwykle szybko przemijającym, najlepiej zwrócić się ku cierpieniu stawów. Środki przeciwgośćcowe (salicylan sodu, antypyryna według Bernheima) należy stosować w postaciach obrzękowych, trwających dłużej. W przypadkach bardzo ciężkich wskazanym jest upust krwi.

Zaburzenia płucne u cierpiących na *dnę* lub mających do niej usposobienie, cechują się charakterem nawałowym (con-

gestiv). Autor odróżnia tu następujące postacie:

1) Kwioplucie dnawe (Haémoptysies arthritiques). U osobnika w sile wieku nagle w nocy zjawia się obfite krwioplucie, powtarzające się parę dni z rzędu. Obok tego poty, strach, duszność, przygnębienie. Przez kilka dni (do 15) przy wysłuchiowaniu wykrywa się ognisko z trzeszczeniami. Wszystko to powtarza się od czasu do czasu. W przerwach ogólny stan przedstawia się jaknajlepiej. Wywiady wykazują cierpienie dnawe u chorego lub u rodziców i rozstrzygają o naturze krwawienia, które bez tego przyjętem byłoby za objaw gruźlicy. Niektórzy są nawet ostatniego zdania. Sprawa ta potrzebuje jeszcze wyjaśnienia. Autor sądzi, że krwawienia u hysteryczek możnaby odnieść do tej samej kategorii; skłania się on do zdania Guéneau de Mussy i Huchard'a, którzy uważają hysteryję za pokrewną z dną.

2) *Nawał powracający* (C. rémittente au poumon). Tę postać możnaby nazwać „dną płuc“. Zdarza się ona u osób w podeszłym wieku. Artrytyk zupełnie zdrowy kładzie się do łóżka, zasypia—ale nieba-

rze sody i wtedy dopiero dostaje się do 5% roztworu kwasu, z którego dopiero po 3-tygodniach wydobytą i powtórnie użytą być może. Ponieważ jednak codziennie zdarzają się w oddziale operacje, trzeba mieć 21 porcyj gąbek, aby wypełnić wyżej przytoczony warunek. Dodajmy, iż manipulacje te wystarczają do obezwazdzenia tylko takich gąbek, które się stykały ze świeżymi operacyjnymi ranami, że wszystkie gąbki napojone ropą, bezwarunkowo palić należy, a stanie się nam jasnym, dla czego uboższe oddziały zagranicą gąbek nie używają.

*Materiały opatrunkowe.* Dawno już zwierzchnicy oddziałów chirurgicznych wiedeńskich odczyli się wierzyć w dobroć materiałów przygotowywanych ryczałtowo w specjalnych fabrykach, dla tego też kupują do oddziału tylko surowy materiał, i tu go dopiero preparują asystenci, lub też dozorcynie, ale zawsze pod ścisłym nadzorem asystentów. Każdy większy oddział chirurgiczny posiada specjalny pokój przeznaczony na skład i miejsce przygotowywania opatrunków. Zazwyczaj przygotowuje się odrazu znaczna ilość materiałów wystarczająca przynajmniej na miesiąc, co pozwala asystentom bez wielkiej dla siebie straty poświęcić kilka godzin raz na miesiąc, których te przygotowywania wymagają. Nie myślę tu podawać przepisów, których się należy trzymać przy fabrykowaniu tej lub owej waty czy gazy; przepisy te bowiem niejednokrotnie były w naszych pismach przedmiotem długich pouczających artykułów. Chcę tu zaznaczyć te ostrożności, które należy zachować odnośnie do osoby przygotowującej materiały i sposobu ich przechowywania, a które



wem budzi go drapanie w gardle i kaszel, stopniowo wzmagający się i męczący, z bólami w całych piersiach. Po pewnym czasie zaczyna się obfite odkrztuszanie, chory doznaje ulgi, poci się nieco i zasypia zupełnie spokojnie. W czasie dnia nie ma prawie żadnych dolegliwości, oprócz niekiedy małego kaszlu. W nocy wszystko się powtarza—i tak niekiedy przez tydzień do dwóch. Takie napady najczęściej zdarzają się latem. Niekiedy bywają zwiastuny w postaci bólów w piersiach. Zdarzają się one nawet wtedy, kiedy jeszcze nie ma żadnych objawów dny. Wtedy rozpoznanie jest kłopotliwem. Zmieszać tę postać można z dychawicą nerwową, i zwłaszcza z cierpieniem opisanem przez G. de Mussy pod nazwą: rhino-bronchite spasmodique.

3) *Nawał skryty*. Postać tę opisują przeważnie lekarze kąpielowi, obserwujący dużą liczbę podobnych chorych, przez długi czas i często ich badając. Objawy są nader zmienne, nietrwałe i niewyraźne: nieznaczne kłócie w boku (zwykle w prawym), nieco rżeń przy wydłużonym

wydechu w najrozmaitszych częściach płuc.

Leczenie: przy krwawieniu zwykle. Huchard zaleca siarczan lub waleryanijan chininy i jodek potasu (0,10—0,15 na dozę), także arsenik. Co się tyczy samego usposobienia, to radzą Vichy i St. Honoré. Wody siarczane wskazaniami są zwłaszcza przy skłonności do krwawień i w postaci powrotnej; w ostatniej stosownym jest też jodek potasu. *O. Hewelke.*

### III. Chirurgija.

138. Dr. Karol MAYDL. **O zagajaniu się ran przy zupełnem zaszywaniu takowych bez użycia drenów.** *Erfahrungen über Wundheilung bei vollständiger Naht ohne Drainage.* (*Wiener Medizin Presse.* 1885, Nr. 7—13).

Od czasów wprowadzenia metody listerowskiej przeciwnilne i bezgnilne (aseptyczne) leczenie ran porównywano z leczeniem obrażeń podskórnych, ponieważ zapomocą metody Listera osiągamy gojenia się ran, jakie za dawnych czasów miało miejsce jedynie przy obrażeniach

właśnie mało dotąd były w literaturze naszej uwzględniane <sup>1)</sup>. Asystenci oddziału wiedeńskiego zabierając się do przygotowywania materiałów opatrunkowych przede wszystkim przebijają się w odpowiednią zdezynfekowaną odzież płócienną, następnie bardzo starannie szorują ręce mydłem i szczotką, potem obmywają je roztworem nadmanganianu potażu, później nasyconym roztworem kwasu szczawowego, a nakoniec rozcieńczonym kwasem karbolowym; dopiero po takiej dezynfekcyi udają się do pokoju przeznaczanego do przygotowywania materiałów opatrunkowych i zabierają się do tej czynności. Takim rękom można wierzyć, iż nie nadadzą przechodzącym przez nie opatrunkom septycznych własności. Wszystkie naczynia używane do preparowania są należycie zdezynfekowane, począwszy od kubków, a skończywszy na nawijaczce (Aufwinde-Apparat), na którą nawija się gaza do ścieknięcia i wysuszenia. Zbywający płyn przechowuje się w czystych butlach zamkniętych szklanymi korkami do następnego użycia. Po wyschnięciu materiały składają się do skrzyń blaszanych lakierowanych i szczelnie się zamykających, a ztamtąd dostają się dopiero w miarę potrzeby do mniejszych skrzynek blaszanych lub pudełek szklanych i w nich się dopiero przenoszą na salę operacyjną lub salę chorych.

1) Może dla tego, iż piszącym zdawało się to tak prostem, że uznali za niepotrzebne rozpisywać się pod tym względem, tymczasem faktem jest, iż właśnie tych najprostszych przepisów czystości nie zachowujemy.



podskórnych. Porównywania tego używano często, lecz tylko w słowach; w praktyce zaś (z bardzo małymi wyjątkami) nikt nie ośmielał się na przeprowadzenie takowego. Rany wprawdzie zaszywano, lecz zawsze zapomocą drenów odprowadzano wydzieliny wszelkie nazewnątrz. Na ostatni krok, na natychmiastowe zaszywanie ran bez drenowania nikt jakoś zdobyć się nie mógł.

Lecz z jakiego powodu staramy się o odprowadzenie wydzielin bezgnilnych (aseptycznych)? Wszyscy przecież unikają wypuszczania wysięków kolanowych lub podskórnych wybroczeń!

Rozumie się samo przez się, iż o zamienieniu rany otwartej na podskórną przez natychmiastowe zupełne zaszywanie bez drenowania mamy prawo pomyśleć jedynie wtedy, jeżeli mamy przekonanie, iż rana jest aseptyczną (bezgnilną).

Asepsis rany zależy od bardzo wielu okoliczności, pomiędzy którymi odpowiednio urządzone miejsce operacji, resp. opatrunków i służba dobrze wyćwiczona grają niepoślednią rolę. Gdzie warunki aseptyki istnieją, tam śmiało można każdą ranę natychmiast zamienić na podskórną przez zaszywanie zupełne bez użycia drenów.

Od początku przeciwnego peryjodu nie brak prób, przedsięwziętych w tym kierunku, jednakowoż pojedyncze niepo-

myślne rezultaty odstraszyły od dalszych badań w tym kierunku. Prof. Albert zastosował wspomnianą metodę w roku 1878 w Insbruku, a mianowicie użył jej nietylko przy mniejszych operacjach, jako to wyluszczeniu kaszaków, gruczolaków limfatycznych, lecz i przy wypiłowaniach stawu kolanowego, operacji wola i t. d.

Przy wypiłowaniach stawu kolanowego prof. Albert zszywał kości drutem srebrnym, a skórę katgutem. W dwóch wypadkach (wszystkich było cztery) nastąpiło doraźne zagojenie się rany z wyjątkiem kilku miejsc skóry, które uległy zgorzeli z powodu zbyt znacznego ciśnienia szwów i zagoiły się zapomocą ziarnkowania. W trzecim wypadku miejscami osiągnięciem nastąpiło doraźne zagojenie się rany, miejscami zaś przeszkodziła temu recydywa pierwotnej choroby (gruźlica stawowej). W czwartym rana goiła się w najlepsze, lecz w kilka miesięcy po operacji przyłączyła się róża, a potem recydywa tak, że odjęcie uda stało się koniecznym. Rana po odjęciu, opatrzona również bez drenów, zagoiła się doraźnie.

Dzięki otrzymanym korzystnym rezultatom, prof. Albert zastosował tę samą metodę również z pomyślnym skutkiem i w innych wypadkach, tak np. przy wycięciu dwóch guzów sutkowych.

W kilku wypadkach wyluszczenia gru-

Każdy szpital zagranicą posiada aparat destylacyjny dostarczający ilość wody destylowanej wystarczającą na codzienne potrzeby szpitala. Tej wody używają oddziały chirurgiczne do przygotowywania płynów antyseptycznych. Wodę destylowaną ogrzewają w specjalnie na ten cel przeznaczonych naczyniach, a następnie mieszają w szklanych butlach z odpowiednią ilością zimnej wody dla otrzymania żądanej temperatury, nakoniec dolewają ilość kwasu potrzebną do wytworzenia roztworu odpowiedniej siły. Każdy butel nosi napis w odsetkach, jakiej siły roztwór zawiera i szczelnie jest zatkany szklannym korkiem. Z tych butli napełniają się irygatory, bez żadnej już postronnej domieszki.

Tak więc chirurg niemiecki posiada czyste instrumenty, dobre antyseptyczne ligatury, także tampony lub gąbki, materyjały opatrunkowe w najlepszym gatunku i takie którym zaufać może, nakoniec ma wodę jak łąza czystą, a stosunek jej do środka przeciwnego jest zawsze ściśle zachowywanym. U nas—tysięczne braki we wszystkich tych rzeczach, braki, bez wyrugowania których nie możemy się spodziewać polepszenia rezultatów w naszych oddziałach.

(d. c. n.)



czołów limfatycznych prof. Albert zaszył zupełnie ranę, nie podwiązawszy naczyń krwawiących; opatrunek został nałożony tak lekko, że w żadnym razie nie mógł wywierać ucisku. Utworzył się guz elastyczny, który jednakowoż z wolna zniknął, nie przeszkadzając doraźnemu zagojeniu się rany.

Pomimo tych zachęcających rezultatów prof. Albert nadal używał drenów, twierdząc, iż w pewnych razach, np. przy ranach większych jamistych drenowanie ich jest niezbędnem, ponieważ wydzieliny surowicze mianowicie w głębiej położonych częściach nie dopuszczają zlepiania się ran.

Kocher <sup>1)</sup> w Bernie donosi również o kilku podobnych wypadkach. Zamiast kw. karbolowego Kocher używał azotanu bizmutu zasadowego. Po jednej z podanych operacyj (Halluces valgii) zaszył ranę natychmiast bez drenowania; rana zagoiła się doraźnie. Po innych operacjach Kocher zaciągał szwy dopiero po upływie 16—26 godzin, gdy pierwsze obfitsze wydzieliny już nastąpiły, lub wogóle nie zaszywał. We wszystkich wypadkach rany zagajały się bez wszelkich powikłań.

W klinice kielskiej od roku 1883 również zostały przedsięwzięte doświadczenia nad zaniechaniem drenowania; powody jednak, dzięki którym wzięto się do tych doświadczeń, były inne, niż powody, którymi kierowali się dotychczas wymienioni operatorowie. W Kiel robiono (Neuber <sup>2)</sup> doświadczenia nad zagajaniem się ran pod jednym opatrunkiem, a to w celu uniknięcia możliwości zakażenia, zmniejszenia kosztów i t. d. Kierując się tą myślą, Neuber używał drenów, które organizm pochłania; wkrótce jednak i

drenowania wogóle zaniechał, a to z powodów następujących:

1) Dren jest w każdym razie ciałem obcym, które drażni sąsiednie części i przeszkadza zlepianiu się bezpośrednio tych części. 2) Dren ułatwia komunikacją pomiędzy wnętrzem rany, a ze wewnętrzną powierzchnią i innymi słowy ułatwia zakażenie rany.

Neuber stara się: zapobiedz tworzeniu się jam 1) zapomocą szwów powierzchniowych i głębokich, umieszczonych w jedno lub dwa piętra i 2) zapomocą „implantacji“ płatów skórnych, które tworzą rodzaj rynienki odgrywającej rolę drenu dla odprowadzenia wydzielin; dalej umożliwia wydzielinom odpływ zapomocą lekko zaciągniętych szwów lub przez pozostawienie szpar, lub też przez tworzenie nowych otworów, jeżeli otwór w skórze nie odpowiada dokładnie jamie samej rany.

Neuber zestawia 85 wypadków, przy których zastosował wspomniane postępowanie. W tych wypadkach 40 razy osiągnął rezultat oczekiwany, a mianowicie nie tylko przy mniejszych operacjach, jako to: wyłuszczenie kaszaków i tłuszczaków, odjęcie lub odcięcie w stawach palców, lecz i przy większych, jako to: odjęcie uda według Pirogowa, przepuklina, wycięcie szczęk i t. d.

Neuber wprawdzie nie używa drenów, jednak zupełnie bez drenowania nie odbywa się, o czem świadczą szpary, pozostawiane pomiędzy brzegami ran i implantacja płatów skórnych.

Załatwiwszy się z innymi autorami, Maydl zwraca się do własnych doświadczeń, zebranych w klinice wiedeńskiej prof. Alberta. Przed szczegółowym jednak ich rozbiorem, zadaje sobie pytanie, czy klinika wiedeńska odpowiada wszelkim wymaganiom aseptyki, innymi słowy, czy w wiedeńskiej klinice można bez narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo zaszywać rany zupełnie bez użycia

1) Kocher w Volkmana klinicznych odczytach Nr. 224.

2) Anleitung zur Technik der antiseptischen Wundbehandlung. Neuber. Kiel, 1883 i Vorschläge zur Beseitigung der Drainage bei allen frischen Wunden. Neuber. Kiel, 1884.



drenów. Na pytanie to Maydl odpowiada twierdząco.

Maydl zastosował metodę zaszywania zupełnego bez drenowania przedewszystkiem do ran po odjęciach kończyn, a wybrał je z powodu, iż przy takowych najłatwiej usunąć wszelkie powikłania, mogące wyniknąć z powodu zupełnego zaszywania rany (np. zatrzymanie wydzielin) i to prędzej, nim cały organizm znacznie cierpieć pod wpływem takowych.

W dalszym ciągu rozprawy swej Maydl podaje 32 wypadki odjęć, w których po operacji ranę natychmiast zaszywano bez użycia drenów. Przy każdym wypadku podaje między innymi wiadomościami w krótkich słowach przebieg gojenia się ran i trwanie leczenia.

Rozglądając się w otrzymanych rezultatach, Maydl przedewszystkiem zwraca uwagę na śmiertelność. Ze wszystkich podanych wypadków jeden tylko skończył się śmiercią, co czyni niespełna 3%. Umarła pacjentka 11-go dnia po odjęciu uda wywołanem przez mięsak udowy środkowy, śmierć nastąpiła z powodu krwotoku z tętnicy udowej. W okresie przedprzeciwnilnym (vorantiseptische Periode) śmiertelność (podług zestawień Piskaczka <sup>1)</sup>), wynosiła 55%; w przeciwnilnym okresie 15,9%; tym sposobem 3% śmiertelności przy zastosowaniu zupełnego zaszywania bynajmniej nie przemawia przeciw zastosowaniu tej metody.

Nietylko śmiertelność, lecz i trwanie leczenia znacznie się zmniejszyło. W okresie przedprzeciwnilnym leczenie ran po odjęciach trwało przeciętnie 93 dni, w przeciwnilnym okresie 60 dni, a przy zastosowaniu zupełnego zaszywania trwa tylko 40 dni. A więc i trwanie leczenia przemawia również za metodą zupełnego zaszywania.

Na jeden jeszcze punkt zwraca Maydl uwagę. Rezultaty otrzymane przy odjęciach goleni, nie były tak zadawalniające, jak przy odjęciach innych części kończyn, ponieważ w kilku wypadkach nastąpiła zgorzel w jednym wypadku dopiero wtedy, gdy szwy lekko zaciągnięte zastąpiono częstszymi.

Przyczyny zgorzeli nie można upatrywać jedynie w zupełnem zaszyciu i nieużyciu drenów, gdyż i w przedprzeciwnilnym okresie (podług zestawień Piskaczka) w 21 wypadkach 7 razy zgorzel nastąpiła. Przyczyny szukać należy prawdopodobnie w zbyt energicznym ucisku ponieważ w wypadkach, w których zgorzel nie nastąpiła, szwy były tylko lekko nakładane.

*Dr. Krusche.*

#### IV. Gynekologija.

139. Dr. C. REINL. **O falowaniu spraw życiowych u kobiet.** *Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes.* *Samml. Kl. Vor. R. Volkmann.* Nr. 243).

Wskutek znaczenia, jakie ma miesięczkowanie w życiu kobiety, było ono przedmiotem wielu prac; w dawniejszych czasach upatrywano jego przyczyny w pewnych zmianach całego organizmu, później przyjmowano tylko miejscowe sprawy; obecnie zaś wracają znów do pierwotnego zapatrywania—jak to głosi teoria prof. Goodman'a, potwierdzona pracami Jacobi'ego, Stephenson'a, Off'a i Rabutean'a.

Podstawą tej teorii jest myśl, że główne sprawy życiowe u kobiet odbywają się w pewnych stadyjach to z większem, to z mniejszem natężeniem, co się odbija w działalności wszystkich, a zatem i płciowych organów. Te peryjodyczne zmiany w natężeniu Goodman porównywa do ruchu fal, a przez skrócenie nazywa falą menstrualną (Menstruationswelle). Autor zwraca uwagę, że nazwa ta nie jest właściwą, gdyż miesięczkowanie nie gra tu głównej roli.

1) Piskatschek: Die Amputationem etc. im Denkm. 1873 bis 1883, auf der I. chir. Klinik in Wien; ärztlicher Bericht des K. K. allgemeinen Krankenhauses in Wien von Jahre, 1883.



Goodman nie przyjmuje żadnego przyczynowego związku między owulacją i menstruacją i uważa ją za wynik zmian w całym organizmie: życie kobiety przebiega w epokach, odpowiadających menstrualnym; każda z tych epok dzieli się na połowy: w pierwszej ma miejsce wzmoczenie wszelkich funkcji, zatem podniesienie ciepłoty, ciśnienia krwi, wydzielania mocznika, w drugiej—osłabienie wszystkich tych czynności; właśnie na czas przejścia pierwszej połowy w drugą resp. przejścia „góry fali w dolinę” przypada krwotok miesięczny.

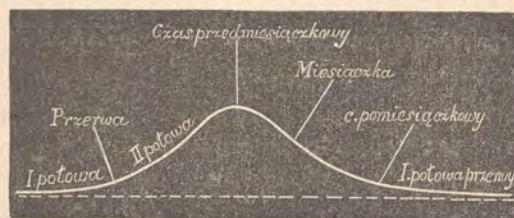
Ten ostatni jest skutkiem peryodycznie następujących zmian w układzie naczyniowym, które wynikają ze stopniowo wzmagającego się skurczu naczyń, których mięśnie stają się dzielniejszymi w czasie dojrzałości płciowej; przyczyny zaś tych skurczów szukać należy w ośrodkach naczynio - ruchowych. Czynnego przekrwienia przy menstruacji autor nie przyjmuje, gdyż nigdy nie udało mu się skonstatować podwyższenia ciepłoty; przy biernym zaś wzniesieniu się ciepłoty nie bywa: pociąga ono rozrost tkanek z następnym stłuszczeniem ścianek naczyniowych, które jest przyczyną ich pękania i krwotoku.

Dla potwierdzenia teorii Goodman'a należy zbadać zachowanie się ciepłoty, ciśnienia krwi i przemiany materii przed, w czasie i po menstruacji. Badania te były przeprowadzone na 6 osobach przez Mrs. Jacobi w New-Yorku i rzeczywiście znalazła ona i ciepłotę niższą (od 0,10—0,80 Fahrenheit'a) i wydzielanie mocznika mniejsze w czasie miesiączkowania, niż przed nim. Stałe obniżanie się ciepłoty przy zbliżaniu się menstruacji stwierdził Rabuteau i Allon Thomson; v. Ott zaś znalazł w 13 przypadkach na 14 znaczny spadek ciśnienia krwi przy nastąpieniu krwotoku miesięcznego, lub nawet nieco wcześniej.

Autor przedsięwziął w klinice prof. Hegar'a badania nad ciepłotą u 18 kobiet,

wogóle nad 29 menstruacjami; mierzył ciepłotę ze wszystkimi ostrożnościami w pochwie, kiszce prostej i pod pachą o 8-mej rano i 6-tej wieczorem. Wymierzenia tyczą się co do czasu: przerwy między dwiema menstruacjami, czasu przedmiesiączkowego (4 dni przed regularnością), pomiesiączkowego (4 dni po regularności) i czasu trwania samej regularności. Badania odnosiły się poczęści do kobiet zdrowych, poczęści do przedstawiających pewne nienormalności w miesiączkowaniu—ze zmianami w organach płciowych, lub bez nich.

Badania nad względnie zdrowymi kobietami tyczą się 8-miu kobiet, a 12-tu regularności; autor przytacza szczegółowo cyfry, z których widać w większości przypadków przedmiesiączkowe wznoszenie się ciepłoty, stosunkowo do czasu przerwy. W czasie odpływu ciepłota spada stopniowo (w 11 wypadkach na 12) nawet poniżej przeciętnej cyfry „przerwy“ (w  $\frac{3}{4}$  wypadków)—i obniża się jeszcze w czasie pomiesiączkowym; w pierwszej zaś połowie przerwy znowu się wznosi, jednak przeciętna jest niższa, niż w drugiej połowie. Jeżeli to zachowanie się temperatury przedstawić graficznie, to w istocie mieć będzie ono formę fali:



Początek góry przypada na drugą połowę przerwy, szczyt góry—na czas przedmiesiączkowy; spadek—na sam czas krwawienia; niżej ku dolinie czas pomiesiączkowy, dolinie odpowiada pierwsza połowa przerwy (Intervall). Rozumie się, że forma tej fali może się zmieniać wskutek wtórnych fal.



Zestawiając swój rezultat z rezultatami wyżej wspomnianych autorów co do zachowania się ciśnienia, przemiany materii i pulsu (Hennig), przychodzi autor do wniosku, że natężenie spraw życiowych rzeczywiście podlega pewnej peryjodyczności.

Badania nad kobietami choremi dały następujące rezultaty:

1) W dwóch przypadkach bez żadnych zmian anatomicznych w płciowych organach, jednak przy obfitym odpływie i zaburzeniach ogólnych czas regularności odpowiadał szczytowi fali.

2) Przy zapaleniach przewlekłych jajników, trąbek, więzów lub otrzewnej miednicy, jeżeli miesiączkowanie było prawidłowe, ciepłota dawała obraz prawidłowej fali; w przeciwnym zaś razie i forma fali się zmieniała.

Następne badania odnoszą się do kobiet operowanych: jednej po wyjęciu prawego jajnika i dwóch po usunięciu macicy. W pierwszym przypadku tylko podczas pierwszej regularności po operacji (w 3 dni) było niezwykle wzniesienie się ciepłoty; przy następnych temperatura przedstawiała formę prawidłowej fali.

W drugim przypadku po kastracji wskutek włókniaka macicy był krwotok trwający 6 dni ze wszystkimi objawami towarzyszącymi zwykle u tej kobiety regularności, a w 18 dni po operacji wystąpiły ogólne objawy: bóle brzucha, krzyża, nawały do głowy—*bez menstrualnego krwotoku*; trwały one także 6 dni; autor przyjął to za czas odpowiadający miesiączce.

Trzeci przypadek, analogiczny z drugim (kastracja wskutek włókniaka macicy), przedstawia tę osobliwość, że po wyleczeniu, nie było żadnych objawów menstrualnych, ani też objawów ogólnych, towarzyszących im zwykle u tej kobiety, wskutek czego autor nie miał żadnej podstawy dla określenia zbliżania się miesiączki. Opierając się jednak na tem, że dawniej regularność występowała co 3 ty-

godnie, badał ciepłotę w odpowiednim czasie i znalazł formę prawidłowej fali.

Widzimy ztąd, że: 1) Operacja w czasie przedmiesiączkowym wywoływała w czasie pierwszego krwotoku znaczne podwyższenie ciepłoty. 2) Brak jednego jajnika po wyleczeniu, nie ma żadnego wpływu na ruchy termiczne w czasie regularności. 3) Normalna forma fali została utrzymaną w przypuszczalnym czasie menstruacji przy braku krwawienia i obu jajników; dowodzi to, że *nie odpływ krwi powoduje spadek ciepłoty w czasie miesiączkowania*, jak sądzi Rabuteau. Z powyższych spostrzeżeń nie można jeszcze pewnych praktycznych wniosków wyciągnąć, jednak zdaje się, że czas przedmiesiączkowy, kiedy wszystkie czynności odbywają się z wielkim natężeniem, zasługuje na uwagę lekarzy; pod względem rozpoznawczym badanie ciepłoty także powinno przysłużyć, gdyż jeżeli możebną jest prawidłowa forma fali w wypadkach patologicznych, to w każdym razie brak jej wskazuje na pewne, skryte jeszcze być może, zmiany chorobowe.

Objaśnienie przyczyn rozbieranego faktu należy do przyszłości; trudno nawet napewno rzec, czy nie znajduje się on w związku z owulacją; rozwiązać to pytanie można tylko, badając zachowanie się natężenia spraw życiowych u ludzi wogóle w różnych okresach życia, u mężczyzn, u dziewczynek jeszcze niemiesiączkujących, a nawet u zwierząt, tembardziej, że u niektórych z nich widzimy niejednakowe natężenie spraw życiowych w różnych czasach: np. podczas śpiączki zimowej.

K. Ciagliński.

## MISCELLANEA.

140 Vulpian. *Objawy życia organicznego podczas napadu epilepsji*. (Nota przedstawiona w akademii nauk w Paryżu d. 30 marca 1885).

W tej pracy przytacza autor wyniki badań doświadczalnych, dotyczących się wpływu napadu podażki na: 1) czynności wydzielnicze, 2) czynności ser-



ca i oddychania. Oto są wyniki: 1) Wszystkie skutki, napadu epileptycznego bez drgawek mięśni życia zwierzęcego zjawiają się u psa kuraryzowanego dopiero w kilka sekund po ukończeniu okresu pobudzenia. 2) Powstaje obfite wydzielanie śliny, trwające więcej niż minutę. 3) Źrenice rozszerzają się na 10—15—20 sekund, następnie zanim dojdą do pierwotnego stanu, znacznie się zwężają. 4) Ruchy serca stają się wolniejsze i nieregularne, zmiany ruchów serca trwać mogą więcej niż minutę. 5) Ciśnienie krwi w tętnicach znacznie się zwiększa. 6) Nerki nieco bledną. 7) Śleziiona kurczy się. 8) Pęcherz moczowy podczas każdego napadu kurczy się i wydziela pewną ilość swej zawartości przez cewkę. 9) W żołądku i кишkach cienkich oprócz nieznacznego przekrwienia nie ma przytem żadnych zmian.

141 Ziemssen. *Podskórne wstrzykiwanie krwi.* (D. Arch. f. Klin. Med. T. 36, Z. 3 i 4).

Pomimo zupełnego zarzucenia w ostatnich czasach transfuzji krwi i zastąpienia jej przez wlewianie roztworu soli kuchennej do żył, Ziemssen zwraca uwagę na pożyteczne działanie podskórnych wstrzykiwań niewielkich ilości odwłóknionej krwi (50 szes. ctm.). Dowodzi on, że podskórnie wstrzyknięta krew prędko i zupełnie przechodzi do naczyn, że nie wywołuje ona żadnych szkodliwych następstw (gorączki, hemoglobinuria, zapalenia i t. p.), że przytem wzrasta we krwi ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek, a wskutek tego barwa ciała i błon śluzowych, jako też siły fizyczne i umysłowe się poprawiają. Jako dowód tego przytacza dwa przypadki (gnilec i ciężka bezkrwistość) wyleczone podskórnie wstrzykiwaniem krwi. Należy operację wstrzykiwania wykonywać z zachowaniem wszelkich warunków antyseptycznych, a po wstrzyknięciu starannie rozciera miejsce, w którym nagromadziła się krew. Najlepiej wstrzykiwać od razu 50 ccm. w dwóch miejscach ciała, po 25 ccm. w każdym.

M. H.

142 E. Scriba. *O wykrztuszeniu surowiczym po prześlóciu klatki piersiowej.* (D. Arch. f. Klin. Med. T. 36, Z. 3 i 4).

Autor opisuje przypadek surowiczego zapalenia opłucnej, w którym po wypuszczeniu płynu (1600 ccm.) wystąpiły napady mocnego kaszlu z wykrztuszeniem znacznej ilości (do 1000 ccm.) jasno-żółtego płynu. Wskutek nastąpięcej zapaści chora umarła. Sekcja wykazała z lewej strony surowicze zapalenie opłucnej charakteru gruzliczego, obrzęk płuc, skrzepy włóknikowe w lewym oskrzeli, gruzlicę otrzewnej i t. d.

Przypadki obfitej surowiczej wydzielin po prześlóciu klatki piersiowej opisywał już Terrillon, który za przyczynę tego uważał przeniknięcie wysięku do płuc, większość zaś francuzkich autorów przyjmuje przekrwienie płuc (congestion pulmonaire) za

przyczynę tej wydzielin (Montard Martin, Besnier i inni). W przypadku opisanym przez autora wyklucza się przedziurawienie płuc i zranienie oskrzeli najprawdopodobniej obfita surowicza wydzieliną jest skutkiem obrzęku płuc; naczynia pozostające dotychczas pod znacznym uciskiem, odzyskawszy możliwość rozszerzenia się, stają się więcej przepuszczalnymi (Cohnheim), a warunkami sprzyjającymi do powstania obrzęku płuc były tutaj: znaczna bezkrwistość, osłabienie serca i cięża. Co się tyczy skrzepów włóknikowych, znalezionych w oskrzelach, to mikroskopowe ich własności nie pozwalają uznać zapalonego ich pochodzenia, ani pochodzenia z wysięku opłucnego; powstały one bezwątpienia za życia z płynu nagromadzonego w pęcherzykach płucnych, a z powodu znacznego osłabienia wykrztuszonemi być nie mogły.

M. H.

143 Rossbach, opisuje (D. Arch. f. Klin. Med. T. 36, Z. 3 i 4) jedyny dotychczas w literaturze lekarskiej **przypadek starczej przemiany całej powłoki ciała** u 18-letniego młodzieńca, zupełnie zdrowego pod każdym innym względem. Skóra twarzy i całego ciała jest zmarszczoną, utraciła swą sprężystość i przedstawia się jak u zgrzybiałego starca, chociaż kolor jej, części składowe, tkanka podskórna niczem się nie różnią od normalnej skóry. Nie nastąpiło to skutkiem chorobyliwej zmiany, jak przy elephantiasis lub wskutek zaniku tkanki podskórnej, lecz jest tylko następstwem nadmiernego wzrostu skóry nieodpowiedniego wzrostowi całego ciała. Obrazowo przedstawić można sobie stan ten, jakby zbyt obszerna, choć zupełnie zdrowa skóra nałożoną była na znacznie mniejszego człowieka. Przyczynę tej zmiany należy szukać w układzie nerwowym; prawdopodobnie części mózgu, od których zależy wzrost skóry, znajdują się w stanie nadmiernego pobudzenia.

144 Fischer w wielu przypadkach cierpień płucnych (zapalenie oskrzeli, suchoty płucne, zgorzel płuc, zawały krwotoczne i t. d.) znajdował w śluzie ust i w płwocinie **obfitą ilość sarcyny**. Pierwotnie obecność jej uważaną była za objaw niepomysłny (Virchow, Cohnheim i inni), obecnie autor sądzi, że jest ona domieszką przypadkową, niezdolną wywołać nowej choroby lub szkodliwie oddziałać na przebieg istniejącej.

(D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 36, H 3 i 4).

145 Prof. Arpad Bokai w Klausenburgu donosi w „Orvosi Hetilap”, że **paraldehyd jest skuteczną odtrutką strychniny**. Króliki znoszą 10 razy większą dawkę strychniny, jeżeli im jednocześnie dać paraldehyd. Jednakże strychnina nie może przeszkadzać zatruciu paraldehydem.

146 Dr. Münchmeyer podaje dwa przypadki **wrodzonego braku lewego płuca**, stwierdzone badaniem pośmiertnem. Dwuletni chłopczyk, dobrze zbudowany i dotąd zupełnie zdrowy, zachorował na



zapalenie płuc. Znalaziono stępienie w górnej części prawego płuca i inne objawy zapalenia, po lewej stronie przy postukiwaniu otrzymano dziwny pusty ton, jak przy postukiwaniu po pustym garnku. Przy wystuchiwaniu po lewej stronie nie można było usłyszeć żadnych szmerów oddechowych. Obydwie połowy klatki piersiowej jednakowo się rozszerzały przy oddychaniu, a objętość ich nie wykazywała żadnych różnic nawet przy b. dokładnych pomiarach. Rozpoznano brak lewego płuca. Chory zmarł po 13 dniach. Przy sekcji podczas rozcinania klatki piersiowej słychać było wyraźne przenikanie powietrza, w prawym płucu znalezione zwątrobiecie, serce na swoim miejscu. Lewa połowa klatki piersiowej pusta, opłucna gładka. W głębi przy kregostupie—mięśnisty guz grubości 1 cm., szerokości 4, długości 5.

W drugim przypadku znaleziono brak płuca przypadkowo przy sekcji 11-letniej dziewczynki, zmarłej na gruźlicę opon mózgowych. I tu położenie narządów było zresztą zupełnie prawidłowem. Za życia ze stron narządów oddechowych nie zauważono żadnych zmian.

(*Deut. Med. Woch.* Nr. 18).

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— **Towarzystwo lekarskie berlińskie.** Posiedzenie 22-go kwietnia.

P. Hirschberg: *O widzeniu w barwie żółtej i o ślepotę nocnej przy żółtaczce.* Mówca przedstawia typowy przypadek tych nader rzadkich zaburzeń wzroku. Chory wieku lat 37 od lat 6 cierpi na wątrobę, przed rokiem rozpoznano przerostową marskość wątroby. Od trzech tygodni chory zauważył ślepotę nocną. Przy świetle dziennem chory widzi dobrze, pole widzenia także jest prawidłowem. W miarę zmierzchania pole widzenia kurczy się aż do bardzo ograniczonej przestrzeni. Badanie wziernikowe w zwykły sposób wykonywane nie wykazuje nic szczególnego. Przy użyciu jednak światła dziennego nerwy wzrokowe przedstawiają się żółto białoczerwono, a dno oka—żółto-pomarańczowo. U zdrowych żółtego odcienia nie ma. Choremu wszystko wydaje się żółtem. Mięśna barwy: zieloną z niebieską, jasno-niebieska wydaje mu się nieokreśloną, a ciemno-niebieska czarną. Przy badaniu widmowem—część po stronie czerwonej przedstawia się choremu prawidłowo, przy zielonej barwie wrażliwość na barwy ustaje i pozostała część wydaje mu się czarną. Podobne zachowanie widzimy w oku zdrowym patrzącym na widmo przez dwa żółte szkła.

Widocznie więc obecność żółciowego barwnika w optycznym aparacie wpływa stanowczo na dane

zaburzenie wzrokowe. Siatkówka (warstwa ziarenkowa) musi być też zabarwioną na żółto. Ślepotą nocną pochodzi pewnie ztąd, że choremu wszystkie promienie niebieskie przedstawiają się czarno.

P. Güterbock: *O połowiczem zapaleniu języka* (hemiglossitis). Pod tą nazwą mówca pojmuje te przypadki ostro występującego zapalenia języka, gdzie sprawa rozpościera się na jedną połowę narządu, ściśle do środkowej linii. G. zebrał w literaturze 18—20 podobnych przypadków. Osobliwą postacią między niemi stanowią przypadki *lissajowego zapalenia* (H. herpetica). Chora lat 20, przeszła tylko coby lissaj twarzy. Na języku z odpowiedniej strony widać szereg pęcherzyków wielkości soczewicy, to samo na brzegu i na przejściu w dziąsło. Po kilku dniach na miejscu pęcherzyków potworzyły się małe wrzodziki. Cierpienie przeszło bez śladu. U chorego (27 lat) w parę dni po wystąpieniu ciężkiego porażenia twarzowego zjawił się lissaj podobny jak wyżej opisany na języku, który bez leczenia przeszedł po upływie dni kilku.

Cierpienie to rozszerza się odpowiednio do rozgałęzienia nerwu trojstego w zajętej połowie języka. Niekiedy bardzo prawdopodobnym wydaje się udział struny bębenkowej (chorda tympani). Nigdy sprawa nie ogranicza się odpowiednio do rozgałęzień n. języko-gardzielowego, zawsze równocześnie bierze udział i nerw trojsty. Udział n. podjęzykowego nie jest dówiedzionym. Co do sposobu powstawania, to nie wiemy nic pewnego, należy przypuszczać analogię do półpaśca. Jako przyczynę autor wyklucza zaziębienie, a przypuszcza wpływy mechaniczne: zły zęby, wprawne zęby, nadużycia ostrych wyskokowych napojów. Oprócz jednego, wszystkie przypadki dotyczyły mężczyzn. Lewa strona nie ulega, jak przypuszczano, wyłącznie. Obrzmienie języka bywa nader różnego stopnia, niekiedy brak go zupełnie. Zejście dobre, rzadko tworzą się ropnie.

P. Sonnenberg zauważył w dyskusyi, że spstrzegane przezeń przypadki połowiczego zapalenia języka zawsze prowadziły do ropienia. Były nader silne bóle neuralgiczne w języku, twarzy, podniebieniu. Język obrzmiewa do olbrzymich rozmiarów. Bóle zależą pewnie od zapalenia łączno-tkankowego.

P. Lewin sądzi, że udział n. podjęzykowego, jako ruchowego należy wykluczyć, natomiast uwzględnić więcej n. językowy.

P. Remak twierdzi, że sprawy lissajowe należałoby oddzielić od zapaleń łączno-tkankowych (phlegmone). R. obserwował przypadek lissaju języka niewątpliwie zależny od struny bębenkowej. Nie można spraw tych wiązać tylko z jednym nerwem.

— **Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.** Posiedzenie d. 10 kwietnia 1885 r.

Docent dr. Paschis podaje wyniki doświadczeń swych nad działaniem rodanku sodu. Połączenia rodanu są normalną składową częścią ciała ludzkie-



go i zwierzęcego; znajdują się przeważnie w ślinie i w moczu. Rodanek sodu, wstrzyknięty podskórnie żabom, wywołuje zwiększoną pobudzalność odruchową, wskutek czego powstaje tężec już przy najmniejszym zewnętrznym podrażnieniu. Toż samo bywa i u zwierząt ssących, u których objawy otrucia rodankiem sodu są zupełnie podobne do objawów otrucia strychniną. Po ustąpieniu kurczów zjawiają się silne drgawki włókienkowe. Ciśnienie krwi w tętnicach zwiększa się nawet przy przecięciu rdzenia kręgowego i ustaniu oddychania. Działa też rodanek sodu drażniąco na zakończenia nerwu błędnego w sercu; jeżeli puścić parę kropeł rozczywnu na serce żaby in situ, spostrzega się długa pauza (do 15 sekund) w czynności serca, tętno staje się coraz rzadszem, aż nareszcie serce zupełnie przestaje działać. Atropina znosi ten spokój serca.

Prof. v. Basch donosi o doświadczeniach, wykonywanych przez d-ra Grossmanna nad rozwojem obrzęku płuc, szczególnie przy otruciu muskaryną. Muskaryna zmienia stosunek między czynnością prawego i lewego serca. Podczas gdy normalnie lewa komórka 3—4 razy silniej działa niż prawa, po wstrzyknięciu muskaryny działają obydwie połowy serca przy jednakowym prawie ciśnieniu. Wskutek tego układ tętniczy zupełnie się opróżnia, żylny zaś przepelnia się krwią. Wszystko co zwiększa czynność lewego serca, t. j. co podnosi naprężenie w układzie tętniczym, usuwa też i obrzęk płuc (podrażnienie n. przyspieszającego serce, ucisk aorty brzusznej, wstrzyknięcie atropiny i t. d.). Doświadczenia te wskazują, że obrzęk płuc powstaje nie tylko wtedy, kiedy praca lewego serca ustaje, a prawego jeszcze się odbywa, lecz i przy zбочnieniu w normalnym stosunku energii obydwóch części serca.

Dr. Hrynczak (Hryntschack) robił wielokrotnie doświadczenia nad działaniem fosforu przy krzywicy i wnioskuje, że fosfor nie tylko nie jest środkiem swoistym dla krzywicy, lecz nie ma wcale żadnej wartości.

Posiedzenie d. 17-go kwietnia 1885 r.

Dr. Hacker przedstawia przypadek actinomycosis języka w postaci małego, twardego guziczka, z którego po przekłóciu otrzymuje się ropa i krucha masa, zawierająca grzybki.

Dr. Seeger mówi o elektrolitycznym leczeniu zmętnień rogówki, które obecnie przy użyciu kokainy bez bólu wykonywa.

Dr. Lustgarten w poszukiwaniach swych nad produktami syfilitycznymi odkrył rodzaj organizmów, podobnych pod względem morfologicznym i pod względem zabarwienia do laseczników trądu i gruźlicy. Znajdują się one zawsze w komórkach pojedynczo lub w grupach. L. utrzymuje, że mikroorganizmy te są przenośnikami jadu syfilitycznego.

W dyskusji nad leczeniem krzywicy fosforem

omawia dr. Genser zasługi Kassowitza w ustanowieniu nowej teorii tej choroby i zastosowaniu fosforu w jej leczeniu. Z 17 prac, dotyczących się tego przedmiotu, 13 stwierdza jego wyniki, cztery tylko występują przeciw jego poglądom. Genserowi oświadczenie udało się otrzymać wyleczenie kurczów głośni i craniotabes po użyciu 2—3 ctgr. fosforu bez poprawy higienicznych warunków i bez użycia tranu. Wskutek tego poleca leczenie krzywicy fosforem wszystkim lekarzom.

Prof. Monti zwraca uwagę na sprzeczne wyniki, otrzymywane przez lekarzy przy leczeniu fosforem. Zależy to od sposobu badania; podczas gdy jedni zadowolniają się poprawą lub usunięciem jednego tylko objawu, M. konstatuje wszystkie objawy wzrostu dziecka i dopiero wtedy wnioskuje o wyleczeniu choroby. Z poprawą czynników wzrostu dziecka, niknie i craniotabes; usunięcie craniotabes nie jest jeszcze wyleczeniem krzywicy, mogą bowiem powstać cierpienia innych kości. Jeżeli ciemiączka prędko kostnieją, a jednocześnie podczas leczenia fosforem zjawia się pectus carinatum lub inne, krzywicowe zmiany kończyn—nie można mówić o swoistem przeciwkrzywicowym działaniu fosforu. Przy skurczu głośni ze znacznymi zбочnieniami wzrostu M. nie widział skutecznego działania fosforu. Zęby zaś zjawiają się i bez fosforu, pomimo innych objawów krzywicy. Nie może też M. utrzymywać, że fosfor jest zupełnie nieszkodliwym, ponieważ widział częste nieżyty kiszek przy jego użyciu.

H. M.

#### — Kongres w Wiesbaden (ciąg dalszy).

P. Rossbach: *O ruchach żołądka*. W celu zbadania udziału ruchowych zaburzeń w trawieniu, autor obnażał u psów, mocno uspijonych morfiną, żołądek i dwunastnicę. Po napełnieniu żołądka ruchy robaczkowe rozpoczynają się zrazu słabo i, stopniowo się wzmagając, trwają 4, 5—8 godzin, rozszerzając się jedynie w części sąsiadującej z oddzielnikiem (pylorus). Pusty żołądek nie posiada ruchów własnych i tylko zrzadka słabo się kurczy. Oddzielnik pozostaje przez cały czas trawienia zamkniętym; opróżnianie żołądka następuje nagle, po większej części po ukończeniu trawienia. Dwunastnica pozostaje przez cały czas trawienia bez ruchów własnych.

P. Curschmann: *O dychawicy oskrzelowej*. Jako referent w tej kwestyi, C. przedstawia historyczny jej rozwój, ogranicza się do przypadków, cechujących się nagle występującą dusznością, szybko dochodzącą szczytu i również szybko przechodzącą, mającą siedlisko w drobnych drogach oddechowych; duszność jest tu przeważnie wydechową i łączy się z rozemną i najczęściej z zwolnionem oddechem. Przypadki te C. dzieli na dwie grupy: dychawicy pierwotnej i wtórnej. Ostatnia jest ważniejszą. Należą tu te przypadki, w których napad dychawicy zostaje wywołany odruchowo wskutek zaburzeń



łąjących bądź to *a*) w samym narządzie oddechowym, bądź też *b*) po za jego obrębem.

Z grupy *a*) prelegent zatrzymuje się dłużej na tak zw. *Bronchiolitis exsudativa* (patrz „Kr. lek.“, 1885, str. 300), której towarzyszy wydzielenie w płowocinie węzownicowatych nitek. Oprócz obecności ostatnich do wywołania napadu potrzebną jest wysoka pobudzalność zmienionej błony śluzowej oskrzelików. Bronchiolitis jest zawsze sprawą pierwotną, a astma jej następstwem. Z grupy *b*) szczególnie na uwagę zasługują przypadki astmy *nosowej*.

Postać astmy, mającej przyczynę w mózgu, jest chyba bardzo rzadką, autor nie widział takich przypadków.

Rokowanie zależy od źródła, z którego wywołanym zostaje napad; przy niezajętych płucach jest ono najlepszym. Gorzej bywa przy przewlekłym zapaleniu drobnych oskrzelików.

Leczenie: narcotica, może i kokaina. Jodek potasu; rękoczyn operacyjny przy szczególnych wskazaniach (d. nosowa).

P. Riegel, drugi referent, przedstawia krytykę dotychczasowych teorii dychawicy. Sądzi, że kwestya może być rozstrzygniętą drogą doświadczeń na zwierzętach, mianowicie przez określenie roli ruchliwości oskrzeli i unerwienia ich mięśni. R. przypisuje pierwszorzędne znaczenie w powstawaniu napadów astmy udziałowi przepony.

W dyskusyi p. Fränkel zauważył, że widział kryształy Leydena i węzownice Curschmana i przy czystej astmie nosowej, także w śluzie z nosa.

P. Lehr zawiadamia o sztucznej *gazowej kąpeli* (Sprudelbad). Powietrze z przyrządu zgęszczającego dostaje się przez system rur do dna wanny, a przez znajdujące się w niem otwory do woły, w której tworzy niezliczone mnóstwo maleńkich pęcherzyków. Działanie (drażnienie skóry, przyspieszenie tętna) przypomina naturalną kąpiel, zawierającą dużo kwasu węglowego.

P. Fürbringer: *O białkomoczu po użyciu ręki i przymiocie*. Badano odnośnie syfilityków, leczonych ręką i nie. Z chorych (objawy wtórne) nie mających białkomoczu po zastosowaniu ręki zjawiało się białko w moczu u 80%, w świeżych przypadkach nie leczonych ręką białkomoczu znaleziono w 12%, prawie zawsze w okresie znikania wysypki. Po zastosowaniu ręki białkomoczu ustąpił (oprócz 3 przypadków).

P. Schumach i p. Schuster z Akwizgranu potwierdzają, że leczenie ręką nie jest przeciwwskazaniem przy białkomoczu.

**O antypyrezie.** P. Filehne, jako referent, przedstawia rozwój historyczny kwestyi. Na pierwszym miejscu stoi teoria Liebermeistera: przyczyny gorączkowego wzniesienia ciepłoty należy szukać tam, gdzie odbywa się zwykle regulowanie ciepłoty ciała. Zimne kąpiele odejmują ciepło, ale nie działają

wprost na zdolności miarkujące ciepłotę. Tego oczekiwano od środków przeciwgorączkowych. Prelegent omawia ich działanie (chinina, kw. salicylowy, karbolowy, kairina, tallina etc.). F. sądzi, że ciała te działają właśnie na ośrodki regulujące ciepłotę, przemawiają za tem wszystkie objawy, towarzyszące ich zastosowaniu (spadek ciepłoty, następnie dreszcz i wnoszenie się ciepłoty) potwierdzają one pogląd Liebermeistera.

P. v. Liebermeister, jako drugi referent, sądzi że odejmowanie ciepła przez zimne kąpiele powinno być podstawą metody antypyretycznej a środki swoiste należy trzymać w rezerwie. Klinika przemawia tu więcej stanowczo niż teoria. Środki swoiste są zawsze poniekąd truciznami.

P. v. Jaksch wypowiada uwagi nad antypyryną i talliną. Ostatnia działa prędzej, wpływ pierwszej utrzymuje się za to dłużej, przy tallinie działanie uboczne występuje częściej. Co się tyczy następnych punktów: czy środki te skracają trwanie choroby i zmniejszają jej natężenie, czy przyczyniają choremu podmiotową ulgę, czy skracają przeciąg zdrowienia — to odpowiedź brzmi nieprzychylnie. Tylko w durze brzuszny znalazł v. J., że w okresie lysis można przez podanie antypyretica wywołać niekiedy wzniesienie wieczorne ciepłoty i skrócić tym sposobem trwanie choroby.

P. Strümpell zgadza się z poprzedniemi; śmierć w większości przypadków chorób zakaźnych zależy od powikłań; kąpiele zimne zdają się im najwięcej zapobiegać.

P. Bauer sądzi, że należy tu działać przeciw chorobotwórczym ustrojom i ich działaniu. Na takowe zapewne źle wpływa ciepłota niższa.

P. Rossbach: być może, że przyczyną złych skutków działania środków przeciwgorączkowych w porównaniu z leczeniem zimną wodą — jest to — że ostatnie stosowaniem bywa (z powodu trudności) tylko w przypadkach rzeczywistego niebezpieczeństwa ze strony podniesionej ciepłoty. Przy większej jednolitości w zestawianiu odnośnych przypadków wyniki może byłyby więcej przychylnie dla środków chemicznych. Ostatecznym celem jest jednak poszukiwanie środków swoistych dla każdej sprawy.

P. Stintzing twierdzi, że środki antypyretyczne przynoszą podmiotową ulgę.

P. Heubner: niebezpieczeństwo nie zależy od podniesionej ciepłoty, np. u dzieci w ostrem włóknikowym zapaleniu płuc bywa ona b. znaczną, a śmiertelność nie jest wielką, idzie tu o ogólną odporność ustroju.

P. Jürgensen — skłania się do zdania Liebermeistera.

P. Zuntz demonstruje preparaty ośrodka regulującego ciepłotę, wykrytego w mózgu przez Aronsohna i Sachsa.

P. Meynert. *O obrębie działania mózgu pod wpły-*



wem idei urojonej (Wahnidee). Mechanizm mózgowy składa się z żywych komórek nerwowych, z kory, nerwów proekcyjnych, doprowadzających, i nerwów kojarzących. Ponieważ wszystkie miejsca kory należy uważać za połączone między sobą, przeto każda sprawa myślenia musiałaby się rozszerzać w korze na wszystkie strony i nie mogłoby mieć miejsca myślenie uporządkowane. Ostatnie staje się możebnem, jeżeli, według Fechnera, dla danego procesu myślenia, tylko niektóre połączenia posiadają sprawność pobudzoną, inne zaś znajdują się w częściowym śnie, w okresie zaćmienia. Szczytowi czynności odpowiada i podniesiona przemiana materji.

W łączących przewodach prawidłowego myślenia panuje różnostronna, a więc podniesiona atrakcja. Ubocznemu kojarzeniu wyobrażeń nie towarzyszy tak silna atrakcja, to też pozostają one „w zaćmieniu“. Jeżeli przeto w ostrym obłądźcie, wywiązującym się po długotrwałych przynębiających wyobrażeniach nastąpi wyczerpanie i zaćmienie dróg kojarzących normalnego myślenia—to ze względną siłą występuje uboczne kojarzenie. Stan ten można nazwać zjawiskiem pobudliwego osłabienia (reizbare Schwäche).

Przy stępieniu starcem (Greizen-Blödsinn) wskutek osłabienia sprawności mózgu występują dawne wrażenia lat młodych, tak, że starcom zdaje się często, że żyją w swych latach dziecięcych.

W obłądźcie opilczym wrażenia lat ostatnich jeszcze nie zdołały osłabnąć, stąd też pochodzą „brezdenia zawodowe“ pijaków. Urojenia są albo pozabawione związku) jak w obłądźcie ostrym, w którym objawiają się nazewnątrż kojarzące się z myśleniem w słowach—wrażenia słuchowe; może to zdarzać się i u zdrowych—np. przy natchnieniu poetycznym), albo też przedstawiają pewną łączność. Występowanie idei przesładowań i wielkości polega na tem, że pojęcia te są podstawowemi fizjologicznemi ideami człowieka.

Przy ideach przesładowczych—popęd do bronienia się od groźących zewnątrz niebezpieczeństw wynika z naturalnych pobudek, zmuszających człowieka do obrony przeciw tym niebezpieczeństwom. Idea wielkości wynika z naturalnych popędów agresywnych, wiodących człowieka do niezbędnego przezwyciężania natury w walce o byt.

P. Fleischer: *O mocznicy* (uraemia). Żadna z dotychczasowych teoryj nie wyjaśnia dostatecznie tej sprawy. Autor sądzi, że osiągnięte ważnych rezultatów ze swych nowych, dotąd jednak jeszcze nie ukończonych doświadczeń na psach. Plan tych doświadczeń jest następujący: wytwarza się przetokę moczowodową—i kiedy zwierzę przyjdzie do siebie, wyłuszcza się nerkę z przeciwnej strony. Zatykając przetokę można w każdym czasie wywołać mocznicę. Skoro objawy jej stały się wyraźnemi, otwie-

ramy przetokę i zbieramy wypływający z niej mocz, który wstrzykujemy zwierzęciu do krwi. Jeżeli teraz znowu wystąpią objawy mocznicy, co F. uważa za niewątpliwe, to będzie to dowodem, że przy dłuższem zatrzymywaniu się moczu w ustroju powstają w nim przemiany, dające owo nieznane dotąd ciało, które warunkuje mocznicę. Ciało to można będzie wydzielić z moczu.

P. Edlefsen: *O etyologii ostrego gościa stawowego*. Autor zestawił przy udziale wielu lekarzy statystykę przypadków tego cierpienia w Kiehl za lat kilka. Płeć nie zdaje się usposabiać do gościa. Co do wieku, to z 2,575 przypadków—38 wypadła na lata 0—9, 145 na 10—19; 239 na 20—39; 93—na 40—49, 54 na 50—70, 6—wyżej 70 lat. Dziedziczność zdaje się grać pewną rolę. Z 800 przypadków zmarło 40, (w kilku były powikłania). Większość przypadków przypada na styczeń, dalej idzie maj i grudzień, najmniej było w lutym. Można tu podejrzewać wpływ wód burzowych. Główny nacisk kładzie prelegent na rozkład przypadków na mieszkania, 728—spozrzegano w 493 domach, niekiedy 3—5—7 w jednym. Trzy razy mąż i żona zachorowali jednocześnie, kilkakrotnie członkowie jednego rodu. Tak więc gościec zdaje się być *chorobą domową* (Hauskrankheit) na podobieństwo zapalenia płuc.

Na ostatniem posiedzeniu (11 kwietnia) wybrano komisję dla urządzenia przyszłego zjazdu, przyczem wzięto pod uwagę, aby nie wypadł jednocześnie ze zjazdem chirurgicznym.

Jako temata dla obrad przyszłego zjazdu zaproponowano: O chirurgicznym leczeniu wysięków opłucnowych; o etyologii i leczeniu cukromoczu; o powikłaniach i chorobach następnych przy rozmaitych postaciach szkarlatyny; o terapii antybakteryjnej; o leczeniu ciężkich nerwic, wynikających z wycieńczenia i o żywieniu chorych i zdrowiejących.

P. Rossbach zakomunikował o zawiązaniu się *komitetu leczenia chorób zakaźnych u zwierząt i ludzi*. Weszli weni—61 klinicystów, dyrektorowie rozmaitych szpitalów, farmakolodzy i prawie wszystkie zakłady weterynaryjne w Niemczech, Austrii i Szwajcaryi.

## Wiadomości bieżące.

— **Z etyki lekarskiej.** W n-rze 127 „Kurjera warszawskiego“ z dnia 9-go maja r. b. czytamy w reklamach płatnych następujące ogłoszenie:

„W warszawskim domu zdrowia w tym czasie odbyła się rzadka i niezwykła (Histerotomia), a wykonaną została przez d-ra Sztembertha w asystencji d-rów Stankiewicza, Gudwejna, Nejgebauera (syna), Jawdyńskiego i Jasińskiego, chora na się



bardzo dobrze, tak, że w tych dniach opuszcza ten dom<sup>4</sup>.

Od niejakiego czasu oswoiliśmy się już z reklamami lekarskimi, umieszczanymi w tekście kuryerowych wiadomości bieżących, lub w formie podziękowań od wdzięcznych pacjentów, z tak jednak potwornie guytowskiemi pigułkami trącąca reklamą, jak wyżej przytoczona, spotykamy się poraz pierwszy i dla tego nie mogliśmy powstrzymać się od zaznaczenia tego faktu, dowodzącego, do jak szybkiego postępu jesteśmy zdolni na tem smutnem polu. Wiadomo, iż drukowane w gazetach reklamy o wyleczeniu chorych muszą być uprzednio w rękopiśmie zaaprobowane przez lekarza, którego dotyczą, dla tego też odpowiedzialność moralna za reklamę spada na aprobującego ją lekarza. Wątpimy, iżby wszyscy lekarze wymienieni w reklamie zaaprobowali takową, zwłaszcza ci, którzy nie pierwszy raz dokonywali laparotomii, lecz za to poraz pierwszy znaleźli się w tak nieprzyjemnem położeniu, w jakim ich wyżej przytoczone ogłoszenie postawiło, które, kto wie, czy ich na przyszłość od asystencji przy rzadkich i niezwykłych operacjach nie odstraszy.

— 13-go kwietnia (v. s.) dr. Dr. Cybulski **broził swej rozprawy na stopień doktora medycyny**. Poważniejsze zarzuty robił doktorantowi prof. N. G. Jegorow. Prof. książę J. R. Tarchan-Mourawow odezwał się nadzwyczaj pochlebnie nie tylko o samej dysertacji, ale i wogóle o całej działalności p. C., zaznaczył o jego powołaniu na katedrę fizjologii do Krakowa, uważając fakt ten za najlepsze świadectwo dla działalności pracowników rosyjskich. P. Cybulski zeszedł z katedry wśród długich i ogłuszających okłasków.

(Wraccz, Nr. 16).

— **Towarzystwo lekarzy dońskich** przyjęło i ogłosiło drukiem „Prawidła etyczne“, które moralnie obowiązują wszystkich członków Towarzystwa. „Prawidła“ są prawie też same, co i Warszawskiego Towarzystwa.

Najważniejsze zmiany dotyczą następujących paragrafów, w § 24 dodano: „wizyty nocne powinny być opłacane dwa razy drożej, licząc noc od 8-mej godziny wieczorem do 8-mej rano. Jeżeli lekarz obejrzy więcej niż jednego chorego, to powinno to być uwzględnionem przy honoraryjum“.

W § 25 dodano: „a jeżeli i przypomnienie (o zapłacie honoraryjum) pozostaje bez rezultatu, to lekarz komunikuje o tem Towarzystwu“.

W § 29 powiedzianem jest wprost, że „Towarzystwo lekarzy Dońskich“ w razie potrzeby bierze na siebie kwestyję ugody, dotyczącej honoraryjum<sup>4</sup>. („Wraccz“ dodaje, że byłoby do życzenia, żeby Towarzystwa poruczały takie sprawy umyślnym adwokatom).

W § 34: termin czasu, jaki lekarz ordynujący ma

oczekiwać konsultanta i odwrotnie podniesiono z 10 minut na 15.

W § 38: lekarzowi, wezwanemu do pomocy przy operacji daje się prawo odmowy w uczestnictwie, jeżeli operacyję uważa za przeciwskazaną.

Wszystkie paragrafy, zaczynając od 58, zostały opuszczone.

(Wraccz, Nr. 15).

— Prof. G. H. Zacharin—**oddał** swoją roczną pensyję 1,200 rs. do rozporządzenia moskiewskiemu uniwersytetowi na **wsparcia dla niezamożnych studentów**.

(Wraccz, 15).

— **Towarzystwo lekarskie kaukaskie** liczy 433 członków. W roku 1884 miało 10,733 rs. dochodu (w tem 2,300 rs. rocznego subsidium). Towarzystwo wybrało komisję w celu *opracowania prawideł dla regulowania stosunków lekarzy między sobą z jednej strony i lekarzy i publiki z drugiej*.

(Wraccz, 16).

— **Statystyka sanitarna Pragi**. Czesi o wiele wyprzedzili nas pod względem ścisłości w prowadzeniu statystyki sanitarnej, która u nas nie może wciąż wyjść z pieluch. Oto mamy przed sobą dwa ciekawe, a nader starannie wydane sprawozdania z Pragi czeskiej: jedno o stanie sanitarnym i o czynnościach fizykatu w Pradze za rok 1883, ułożone przez d-ra Pelca (fizyka miasta), drugie o czynnościach Rady zdrowia w Pradze w roku 1883. <sup>1)</sup> Ze sprawozdań tych podajemy ważniejsze dane, o ile rozmiar pisma na to pozwala.

*Stan sanitarny w r. 1883*. Materiał statystyczny stanowią: sprawozdania lekarzy obwodowych (6,156 wypadków), sprawozdania trzech pod kontrolą magistratu znajdujących się szpitali (9,932 chorych przyjęto) i trzech wielkich ambulatoryów (15,890 chorych).

Przeciętna ciepłota powietrza wynosiła 8,84° C., minimum w styczniu —0,84, największa zaś w lipcu 18,62, odsetka wilgoci przeciętna —72,5. Ilość wody spadłej w milimetrach 475,49; ilość dni deszczowych 101; przeważające wiatry zachodnie. Odsetka śmiertelności jest wyższa, a mianowicie 40,02 na tysiąc ludności i mało różni się od odsetki z lat poprzednich; na 1000 zmarłych mężczyzn przypada 946 kobiet. Najczęstszą chorobą, jak wogólności w wielkich miastach—jest gruźlica (na 10,000 mieszkańców 69 zejść z powodu tej choroby). Z chorób zakaźnych przeważały odra i ospa. W pierwszych dziesięciu miesiącach obserwowano wypadki śmierci

1) Zpráva o Cinnosti zdravotni Rady městské v roce 1883, napisali: prof. Janovsky, docent, dr. M. Pofler a městský fysik dr. Pelc. V Praze, 1884.

To samo w języku niemieckim.

Zpráva o zdravotnich pomerech a cinnosti městského fysikátu v Praze za rok 1883, napisał městský fysik dr. M. Pelc. V Praze, 1884.

To samo w języku niemieckim.



z powodu ospy tylko u nieszczepionych. Wogólności zaś z liczby szczepionych umarło 8,30%, z liczby nieszczepionych—32,80%. Szczepienie jest dość zaniedbanem, albowiem w liczbie uczni szkół ludowych znaleziono 24,10% nieszczepionych.

Fizykat był nader czynny w roku sprawozdawczym; a mianowicie: komisji zarządzone 142, badań rozmaitych miejscowości pod względem sanitarnym 148, badań pokarmów i t. p. 583, rewizyj—31. Szkołowości rozmaitego rodzaju (nieczystość, przepelnienie lub zła budowa dołów kloacznych, śmietników i t. p.) wytknięto kilkaset w 193 domach prywatnych. Polepszenie warunków sanitarnych w domach tych odbywa się według wskazówek budowniczych magistratu. Brak dobrej kanalizacji daje się wciąż ucyzuwać Pradze, tembardziej, że ludność okolic jej w ciągu lat kilku w dwójnasób, a nawet pięciokrotnie wzrosła i że z wielu okolicznych miejscowości ścieki w rzekę w samej Pradze się zlewają. W roku 1883 wydano postulaty higieniczne zakładania fabryk. Rozbiorów chemicznych największa liczba przypada na analizy rur pod względem zawartości ołowiu i na analizy czekolady (173, z których w 14-tu przypadkach wykryto szkodliwe składniki). Nadto wykonano wiele rozbiorów wody studziennej i rozbiory te są nader skrupulatnie oznaczone. Doktorów medycyny znajduje się w Pradze 336, czyli jeden na 470 mieszkańców, w tej liczbie znajduje się: 130 doktorów chirurgii, 2 okulistów, 110 akuszerów, 8 dentystów i 2 weterynarzy. Nadto istnieje jeszcze kilku chirurgów („Wundarzt“), akuszerek 235.

W książce, o której mowa, znajdujemy jeszcze dane statystyczne z czynności szpitali zaczerpnięte, oraz sprawozdania o pojedynczych kwestyjach higieny publicznej, o czem już pisać brak miejsca nam nie dozwala. Wreszcie znajdujemy tablice graficzne odnoszące się do przebiegu epidemii oraz rysunki pieca dezynfekcyjnego zbudowanego przez Jahna w Pradze.

Druga książeczka poświęcona jest głównie sprawozdaniu komisji do kwestji kanalizacji i wodociągów w Pradze, a mianowicie zawiera: referat inżyniera Kaftana o oczyszczeniu i kanalizacji Pragi, referat docenta Poppera w tymże przedmiocie, wyciąg ze sprawozdania stenograficznego z posiedzenia miejskiej rady zdrowia (28-go lutego 1883), pomniejszych referaty w tymże przedmiocie, artykuł prof. Janowsky'ego o drenowaniu domów ze względu na nowy wodociąg prazki, rządowe przepisy w teje materji; a oprócz tych artykułów: sprawozdanie o projekcie towarzystwa fizyokratycznego, co do urządzenia stacji doświadczalnej dla kontroli artykułów spożywczych oraz opis wynalezionej przez d-ra Urban'a przyrządu po badania piwa. Zewnętrzna strona książek przedstawia się nader ko-

rzystnie i odpowiada wewnętrznej wartości skrzętnie zebranych sprawozdań.

— **Belgijska królewska akademija ogłasza następujące konkursy:**

Na 1883—1886 r.

Określić, zapomocą nowych doświadczeń i nowych zastosowań, stopień użyteczności analizy spektralnej w puszukiwaniach sądowo i policyjno-lekarskich.

Nagroda: 1,500 fr. Zamknięcie konkursu 1-go kwietnia 1886 r.

Na 1884—1885 r.

Określić drogą doświadczalną, jaki wywiera skutek wysuszanie, zastosowane jako środek konserwacyjny, na leki proste ze świata roślinnego.

Nagroda 600 fr. Zamknięcie konkursu 1 lipca 1885 r.

O działaniu fizjologicznem upustów krwi tak miejscowych jak i ogólnych; wskazania i przeciwskazania w leczeniu chorób.

Nagroda 1,500 fr. Zamknięcie konkursu 31-go grudnia 1885 r.

Na 1885—1887 r.

Przedstawić rys i ocenę rozmaitych sposobów opatrywania i leczenia przeciwgnilnego ran i cierpień chirurgicznych.

Nagroda 600 fr. Zamknięcie konkursu 15 stycznia 1887 r.

Zbadać różę wąglikową (érysipele charbonneux) albo różę prosiąt (rouget du porc) ze względu na ich przyczynę, objawy, zmiany, zabezpieczenie, leczenie; przedstawić ich stosunek do spraw karbunkulowych, pasorzytowych.

Nagroda 600 fr. Zamknięcie konkursu 15-go stycznia 1887 r.

Rękopisma, pisane czytelnie, w językach francuzkim, łacińskim lub flamandzkim, powinny być przesyłane *franco* na ręce sekretarza Akademii w Brukselli. (*Le praticien*, Nr. 16).

### Korespondencyja „Kroniki lekarskiej“.

*Karlsbad, 10 maja.* W dniu 1-szym maja nastąpiło uroczyste otwarcie sezonu, który zapowiada się świetnie, gdyż liczba leczących się dochodzi już do 2,248 osób, są to przeważnie Niemcy z północnych prowincyj, którzy przybywają zazwyczaj wcześniej, chcąc korzystać z tanioci. Pogoda piękna, roślinność w całej pełni rozwoju. Zakłady lecznicze, kąpiele, łaźnie, etc. kompletnie urządzone i otwarte dla użytku publiczności.

Obecnie praktykuje tu 52 lekarzy, z tych 4-eh polaków; ubyto dwóch: rodak nasz dr. Horodyński przeniósł się do wieczności, a prof. dr. Seegen za-



niechaj dalszej praktyki, osiadłszy na stałe w Wiedniu.

Nowe źródła, odkryte w zeszłym roku, jeszcze nie zostały oddane dla użytku publiczności, jako niedokładnie zbadane.

Nowa bezpostaciowa sól karlsbadzka (Carlsbader Quellsalz) jest już wyrabianą na wielką skalę, i dla swych własności (łatwo rozpuszczalna, nie drażni przewodu pokarmowego, skład jej chemiczny jest takiż sam, jak soli rozpuszczonych w wodzie, czerpanej wprost ze źródeł) usuwa z użycia dawniej wyrabianą krystaliczną sól szprudlową.

Miasto upiększonym zostało wspaniałym gmachem nowego teatru i mnóstwo nowych domów.

C. Stiche.

## W kwestyi rezultatów w naszych oddziałach chirurgicznych.

Kol. Krajewski zakomunikował nam list d-ra Szymona Portnera, który poniżej przytaczamy z upoważnienia autora: 1)

„Szanowny Kolego!

„W odcinku n-ru 8 „Kroniki lekarskiej“ z r. b. pomieścicie, Szanowny Kolego, pracę pod tytułem: „Dla czego w naszych oddziałach chirurgicznych rezultaty są gorsze niż zagranicą?“. W artykule tym, Szanowny Kolego, jako sumienny chirurg, nie wahał się, dla ściślej dyagnozy, wykonać parę ostrych i głębokich cięć, celem odkrycia przyczyn nienormalnego stanu. Kwestyja też, podjęta przez Szanownego Kolegę, ma niezmiernie doniosłe znaczenie, nie tyle dla oddziałów chirurgicznych w szpitalach, ile dla stanowiska chirurgów krajowych wobec naszego społeczeństwa. Imponujące bowiem opisy niezwykłych operacyj dokonanych zagranicą, jak również świetne rezultaty osiągnięte przez sławnych chirurgów obcokrajowych, zdołały zyskać, nawet z grona tutejszych lekarzy-praktyków, zwolenników obcych operatorów. Należy tedy z całą energiją i odwagą przeciwdziałać szkodliwemu prądowi, należy stanowic wyказаć wady, a *prawdą* i *pracą* dążąc za postępem, podnieść naukę i sztukę krajową. Zgadając się w zupełności na wszelkie wywody, przytoczone i umiejętnie zebrane przez Szanownego Kolegę, śmiem przedstawić, jako ilustra-

cyję, małą statystykę z oddziału chirurgicznego jednego ze specjalnych szpitali.

„W roku ubiegłym (1884) leczonych było w szpitalu 109 chorych chirurgicznych,—z liczby tej zmarło lub wyszło bez *żadnej* poprawy 52!! Do pozostałych zaś 57, zaliczam jako uleczonych tych, którzy wyszli w opatrunku lub na zagojeniu! Jakie operacje wykonywane były, nie mogę przytoczyć, z powodu braku wszelkich specjalnych sprawozdań od dwóch lat, wspomnieć tylko muszę, że wszystkie tracheotomije, wykonane w ciągu ostatnich dwóch lat (w *najlepszych* warunkach), zakończyły się śmiercią! Nadmienić przytem wypada, że szpital przedstawia warunki sanitarne bardzo korzystne. Urządzone podług najnowszych wymagań nauki, hojnie uposażony przez fundatorów, cieszy się ta instytucyja oprócz tego szczególną opieką prezesa zarządu szpitala. Każde życzenie lub żądanie ordynatorów, mające na celu dobro chorych, jest natychmiast uwzględnione. Świadczyć o tem może również i ten fakt, że na same *środki opatrunkowe* (bez lekarstw), dla tej setki chorych chirurgicznych, wydano w ciągu ubiegłego roku ściśle 544 rs., nie licząc kupna instrumentów! A zatem o braku środków materialnych chyba mowy być nie może!

„Jeśli weźmiemy jeszcze pod uwagę, że w tym oddziale chirurgicznym, składającym się z dwóch dużych, widnych i czystych sal, znajduje się dziennie zaledwie 10 chorych dzieci, a do usługi ich przeznaczone są stale *dwie* dozorcynie, *dwóch* felczerów i *jeden* lekarz chirurg, to zaiste zazdrościć musimy chirurgom kopenhagskim przed stu laty, gdy na 639 chorych chirurgicznych zmarło im tylko 6%. Smutne wyniki leczenia powodują niemniej smutne następstwa. Biedni bynajmniej nie garną się do szpitala, gdzie zapewnioną mają bezpłatną pomoc i wszelkie możliwe wygody dla dzieci—przeciwnie, najbiedniejsi nawet ludzie poświęcają ostatni grosz ciężko zapracowany, celem ratowania swych dzieci niemocą dotkniętych i szukają porady i pomocy wszędzie, a nawet u felczerów. Gdy wszelkie zasoby są wyczerpane, dopiero w ostateczności szukają *przytulku* w szpitalu. Dla tego też widzimy na salach po większej części chorych, dotkniętych bardzo zastarzałemi chorobami (coxitis, gonitis etc.) i ci stanowią główny kontyngens tej setki zaledwie w ciągu całego roku zebranej!

„Jestem przekonany, że smutne ale prawdziwe te fakta zmienilyby się, gdyby... „rezultat leczenia w naszych oddziałach chirurgicznych był dobry“. Nie wątpię, że to jest możliwe!“

Szymon Portner.

1) Przytaczając powyższy list otwieramy pole do uwag w poruszonej przez kol. Krajewskiego kwestyi. (Red.)