

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z Kliniki Ambulatoryjnej prof. Jurasza w Heidelbergu.

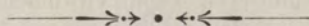
I. ELEKTROLIZA

i jej zastosowanie w cierpieniach nosa

PODAŁ

Dr. Teodor Drabczyk

b. asystent szpitala S-go Ducha w Warszawie.



Praktyczne zastosowanie elektryczności w celach leczniczych datuje się od czasu wynalezienia bańki lejdejskiej. Pierwsze jednak kroki w tym względzie nie zostały uwieńczone dodatnimi rezultatami. Dopiero Galvani dał trwalsze podstawy i od tej pory widzimy znaczne postępy. Pomijam własności cieplikowe, świetlne i fizyologiczne prądu elektrycznego, tutaj mam na celu tylko jego własności chemiczne. Każdemu wiadomo, o ile wcześniej pierwsze znalazły zastosowanie praktyczne w ogólności, a w celach leczniczych w szczególności, tymczasem chemiczne własności prądu elektrycznego, których wrazem jest elektroliza, dopiero w ostatnich czasach znajdują zastosowanie w praktyce. Mianowicie, elektroliza, jako środek terapeutyczny, dopiero w ostatnich trzech dziesiątkach zyskuje sobie zwolenników. Najpierwsze kroki w tym zakresie, według Kafemann'a ¹⁾, uczynili Mongiardini i Lando w Genui. Oni pierwsi stwierdzili wpływ pra-

du galwanicznego na procesy gnicia na kawałku zepsutego mięsa, używając srebrnej i miedzianej elektrody: na zasadzie swej pracy omawiają fizyologiczne i chirurgiczne znaczenie tego faktu. W czwartym dziesiątku bieżącego stulecia Dr. August Crusell²⁾ wydał głośną w swoim czasie pracę, która jednak szybko została zapomniana, a podana w niej metoda leczenia elektrolizą nie znalazła naśladowców. Przyczynę tego należy upatrywać, ile nam się zdaje, w rozwijającej się i pochłaniającej umysły świata lekarskiego anatomii patologicznej, która uzasadniała terapię.

Świeży impuls do badań w tym kierunku dał Nelaton³⁾, który w 1864 r. przedstawił Akademii umiejętności nowy sposób usuwania polipów nosowych. Od tej pory właściwie elektroliza słusznie zyskuje sobie zwolenników. W krótkce po wystąpieniu Nélaton'a, wszyscy rzucili się do elektrolizy i nie było choroby, przeciw której elektroliza lub której do elektrolizy nie dało by się zastosować, naturalnie, z dobrym skutkiem, szczególnie w dziedzinie chirurgii. Uwielbienie i bezkrytyczność zaszły tak daleko, że jeden z lekarzy amerykańskich zaproponował wprowadzenie do chirurgii elektrody, jako instrumentu chirurgicznego, co „jednocześnie byłoby najlepszą antyseptyką“. Naturalnie, że musiało to wywołać reakcję. Billroth⁴⁾ był jednym z przeciwników równie zagorzałych, jak i wielbiciele elektrolizy. Groh⁵⁾, Ultzmann, bracia Bruns stanowili środek pomiędzy tymi dwoma obozami mniej więcej właściwem wzięciem się do rzeczy; ich względnie trzeźwe zapatrywania stworzyły względną zgodę i dzisiaj pomimo braku jednomyślności w zapatrywaniach na działanie elektrolizy, a ztąd i w zakresie wskazań, elektroliza oparta i uzasadniona naukowo, zyskała prawo obywatelstwa, jako środek leczniczy.

Zasada elektrolizy polega na znanem doświadczeniu z wodą, która pod wpływem stałego prądu ulega rozkładowi w ten sposób, że na anodzie wydziela się tlen, a na katodzie wodór. Tkanki, poddane elektrolicznemu działaniu prądu, przedstawiają analogiczne rezultaty; naturalnie proces chemiczny, odgrywający tutaj prawdopodobnie pierwszorzędną rolę, jest znacznie zawilszy i teoretycznie nie wyjaśniony; praktycznie rzecz cała sprowadza się do tego, że na dodatnim biegunie obserwujemy krzepnięcie (coagulatio), a na ujemnym rozplwanie tkanki, któremu towarzyszy wydzielanie się trzeszcących pęcherzyków gazu. Pierwszy Hoffmann⁶⁾ otrzymał taki rezultat na krwi krążącej w naczyniach; to samo da się powiedzieć i o innych tkankach, w których mniej lub więcej energiczne zmiany zależą od ich przewodnictwa t. j. od mniejszej lub większej zawartości płynów, a zatem mięśnie, gruczoły i inne miękkie tkanki będą się

zachowywały mniej opornie, niż ścięgna, chrząstki i kości — o wiele uboższe w płyny. Nie potrzeba dowodzić, jak ważną rolę odgrywa woda w życiu organizmów; wiadomo, że brak jej doprowadza tkanki do zniszczenia resp. śmierci. Elektroliza, powodując rozkład wody i rozszczepienie soli, wchodzących w skład tkanek, pozbawia te ostatnie ich najważniejszych składników, przez co powoduje ich rozkład. Na dowód tego streszczam doświadczenie Kuttner'a ⁷⁾. Podczas elektrolitycznego działania prądu na martwą tkankę, na obydwóch biegunach zjawia się z trzeszczącym szmerem biały pienisty płyn o kwaśnym odczynie na dodatnim biegunie, a alkalicznym — na ujemnym.

Tkanka, która uległa działaniu elektrolizy, wyraźnie odgranicza się od sąsiedniej, nietkniętej. Po usunięciu z powierzchni piany już makroskopowo odróżniamy miejsce anody i katody: okolica anody wyraźnie wyróżnia się ciemnowym zabarwieniem, suchością, wklęśnięciem i twardą konsystencją wokoło igły platynowej t. j. elektrody, którą się wymacuje z pewnym trudem i która daje się usunąć po pewnym użyciu siły; gdy tymczasem okolica katody odróżnia się czerwonym zabarwieniem, mazistą, gładką, miękką powierzchnią, wskutek czego elektroda łatwo się wymacuje i jeszcze łatwiej usuwa. Mikroskopowe badanie daje również dwa różne obrazy: okolica katody — rozpad, zaś anody — ścięcie (coagulatio): otwór, odpowiadający katodzie, nieprawidłowy, nierówny, znacznie szerszy i wogóle mniej regularny niż otwór po anodzie; tkanka, uległa działaniu katody o wiele przezroczystsza, poprzerynana kanałami, niby dziurawa i porwana, komórki i tkanka łączna znacznie utraciły swoją budowę. W okolicy anody nie ma żadnych kanałów, przeciwnie tkanka zbita, zwarta, zmarszczona.

Zapatrzywania autorów na zmiany, powodowane przez elektrolizę nie są zbyt zgodne. Wszyscy się zgadzają na zasadniczy punkt, mianowicie, że tkanki zostają pozbawione swoich niezbędnych płynów przez ich rozkład, oparty na znanych zasadach rozkładu roztworu soli: na katodzie wodór wzgl. zasady, na anodzie — tlen resp. kwasy. Ten proces chemiczny, wzięty w ścisłym tego słowa znaczeniu, jak chcą Bruns, Groh, Schmidt ⁸⁾, Bresgen wielki zwolennik elektrolizy, według nas, bynajmniej nie wyjaśnia leczniczego znaczenia elektrolizy, jeżeli chodzi o tkanki żywe.

Z fizyki wiadomo, że przy elektrolizie anoda i katoda są w stanie czynnym: tlen na anodzie może zgęścić się w ozon, wodór — na katodzie jest w stanie wiązać się z haloidami, redukować sole żelaza i organiczne związki; a więc chodzi tutaj widocznie o coś więcej, niż „czysto chemiczne działanie“ o jakąś nieznaną energię, niewiado-

mą siłę, jednym słowem o jakieś X- powinowactwo. Voltolini ¹⁰⁾ utrzymuje, że na działanie elektrolizy składają się trzy postaci jednej zasadniczej siły: elektryczność, galwanizm i magnetyzm. W rzeczy samej wiadomo nie od dzisiaj, że te siły powodują nie tylko sprawy chemiczne, a rola, jaką odgrywają we wszechświecie, nie da się jeszcze dzisiaj ująć w pewne ramki.

Następnie starano się wyjaśnić lecznicze działanie elektrolizy drogą mechaniczno-chemiczną. Mianowicie sądzono, że płyny, ta nieodzowna składowa część tkanek, ulegając rozkładowi, wydzielają się zarówno z powierzchni, jak i z głębi tkanek, w formie pęcherzyków gazu, który rozpułchnia fizyologiczny związek tkanek. Ale i to nie wyswietla dokładnie omawianej sprawy, ponieważ mechanizm jest tutaj tylko skutkiem chemicznych procesów.

Sprowadzać znów działanie elektrolizy li tylko do elektrotermicznego, przyzegającego działania, jak się zapatruje Bröse ¹¹⁾, jest niemożliwym, chociażby wobec braku wyraźnego wzniesienia temperatury które ma miejsce przy galwanokaustyce. Kuttner jednak notuje fakt wzniesienia temperatury, inni autorowie o tem nie wspominają. Naszem zdaniem, podniesienie temperatury może, a nawet powinno mieć miejsce wobec wywiązujących się i skraplających in statu nascendi gazów; dalecy jednak jesteśmy od tego, aby na zasadzie tego nieznacznego wzniesienia temperatury mówić jedynie o przyzegającym działaniu elektrolizy. Ogólnie biorąc, musimy się zgodzić, że w tkankach pod wpływem elektrolizy powstaje rozkład, spowodowany pozbawieniem tkanek ich odżywczych płynów. Nie ulega wątpliwości, że fakt ten zależy od chemicznych, fizyologicznych i fizycznych własności prądu, a zarówno i od stanu czynnego, w jakim się znajdują anoda i katoda.

Elektroliza, wielokrotnie zalecana w celach leczniczych, przeszła wszystkie fazy modnych środków terapeutycznych, aż wreszcie rzetelnie ocenioną została. Dużo się faktów składało na niepowodzenie, a przede wszystkim kosztowność przyrządów i nieumiejętność obchodzenia się z nimi; złe leżało również w niewłaściwych wskazaniach. W liczbie najpierwszych wskazań do stosowania elektrolizy były nowotwory, szczególnie krwawiące; nowotwory płaskie i o szerokiej podstawie; dalej granulacje, bogato unaczynione guzy, zrosty chrząstkowatej i kostnej natury, zwiężenia w przelyku; Kuttner, Weinbaum, Maks Schaeffer z dodatnimi rezultatami stosowali ją przeciw woli i tłuszczakom; amerykańscy lekarze z Michelson'em ¹²⁾ na czele, najpierwsi zaczęli stosować i zachwalają ją w obezwłoseniu. Nie mam własnego doświadczenia w wyżej wymienionych chorobowych przypadkach; natomiast stosowałem elektrolizę w cierpieniach nosa, a szczególnie prze-

grody nosowej, zachęcony przez prof. Jurasza, któremu składam serdeczne podziękowanie za materiał, wskazówki i uprzejmość, z jaką mnie zaznajomił z nowym dla mnie sposobem leczenia, pozwalając nawet robić spostrzeżenia na pacjentach z jego prywatnej praktyki.

Źródłem stałego prądu może być bateria z elementami Lécianché, lub Stöhrer'a z 20—40 elementami Bunsen'a, używałem ostatniej z 20 elementami. Galwanometr uważam za zbyt cenny, ponieważ indywidualna wrażliwość pacjenta jest zupełnie miarodajną; naturalnie, należy zaczynać od najslabszego prądu, który zwiększamy ostrożnie i równomiernie; *bezwzględnie* należy unikać miejscowego uczucia bólu, a tembardziej w zębach, który w następstwie powoduje przykre i uporczywe bóle głowy.

Użycie elektrolizy może być jedno — i dwu-biegunowe. Przy pierwszym sposobie wkuwa się w chorą tkankę czynną elektrodę, zakończoną jedną platynową igielką, podczas gdy bierną elektrodę umieszcza się gdziekolwiek na ciele bliżej lub dalej od pierwszej. Przy dwubiegunowym sposobie, którego używałem, zapuszczamy w chorobowo zmienioną tkankę oba bieguny, zakończone platynowymi igielkami. Forma igieł zależy od miejsca w znaczeniu anatomicznym i od rodzaju zaburzenia, przeciw któremu ma być stosowana elektroliza. Do umocowania używa się zwykła rączka galwanokaustyczna np. Schech'a.

I spostrzeżenie. Chora H. lat 19. Skarży się na utrudniony oddech i zatkanie prawego nozdrza. Przy badaniu wziernikiem widzimy zmniejszenie światła w dolnej części prawego otworu nosowego, zależne w części tylko od umiarkowanego przerostu dolnej muszli, a przeważnie od obecności okrągławego, twardego wałeczka, stykającego się z muszlą, pokrytego błoną śluzową, nie różniącą się niczem od sąsiednich części, biegnącego wzdłuż dolnej części przegrody. Diagn. Spina septi dex. Pierwsze posiedzenie po uprzednim znieczuleniu kokainą trwało 5 minut o sile 5 MA. (Miliamperów); elektrody wprowadziłem w tylną część wałeczka z zamiarem stopniowego posuwania się ku przodowi. Następne posiedzenia odbywałem co 4 dni, zwiększając czas i siłę prądu, np. szóste posiedzenie trwało 10 min. przy 15 MA., unikając uczucia bólu. Wszystkich posiedzeń odbyłem dziewięć; pomiędzy 7-em i 8-em posiedzeniem pauza trwała tydzień; różnicę w oddechu w stosunku do lewego otworu znalazłem niewielką; wałeczek spulchniał, zmiażdżony, spłaszczył się. Widać było niepogojone ranki; po 9-tym posiedzeniu chora przysłała po upływie 10 dni z oddechem swobodnym, w obu otworach jednakowym. Wałeczek ów prawie zupełnie znikł, pozostawiając tylko ślady.

stawiwszy w tylnej części zaledwie ślad w formie wygórowania. Przegroda nosowa normalna.

II spostrzeżenie. Chora F. lat 39. Narzeka na stałe zatkanie nosa. Diag. Polipi narium. Po usunięciu 6 polipów z prawego nozdrza, a 2-eh z lewego, znalazłem średnie muszle polipowato zwyrodnione i mocno powiększone, szczególnie prawą, oprócz tego resztki po polipach. Te ostatnie zniszczyłem elektrolitycznie na pięciu posiedzeniach. Następnie po ośmiu posiedzeniach osiągnąłem wyraźne zmniejszenie średniej muszli w prawym otworze, zaś po pięciu posiedzeniach — w lewym. Blizn nie spostrzegałem żadnych, błona śluzowa gładka, różowawa z odcieniem polipowatem. Tutaj robię uwagę, że jakkolwiek leczenie polipowatego zwyrodnienia muszel elektrolizą daje bardzo dobre rezultaty, jednak usunięcie za pomocą pętli galwanokaustycznej jest o wiele lepszym zabiegiem. Obecne spostrzeżenie zrobiłem *experimenti causa*.

III spostrzeżenie. Chory R. lat 16. Uskarża się na częste katary nosa i stały utrudniony oddech przez nos. Na zewnątrz — widoczne skrzywienie nosa. Drożność prawego otworu znacznie ograniczona, ponieważ pacjent musi użyć pewnej siły, aby wciągnąć powietrze przy zamknięciu palcem lewego przewodu.

Przy badaniu wziernikiem widać zboczenie przegrody nosowej, wyrażające się wygięciem wysokiego stopnia; oprócz tego w przedniej dolnej części przegrody w prawym nozdrzu wyskakuje (z przegrody) wyrostek o szerokiej podstawie, zatykając otwór nosowy; wyrostek ów jest w ścisłym związku z przegrodą, twardy, niebolesny. Odbyłem sześć posiedzeń co 4 dni; polepszenie nieznaczne: błona śluzowa mocno obrzęknięta, ranki niezagojone. Po 10-dniowej pauzie wyraźne polepszenie, drożność prawie wznowiona, skrzywienie przegrody bardzo słabe. Odbyłem jeszcze 4 posiedzenia, po których otrzymałem prawie zupełne wyprostowanie przegrody i zniszczenie owego wyrostka. Zauważę, że prof. Jurasz robi znacznie większe odstępy czasu pomiędzy pojedynczemi posiedzeniami, mianowicie czeka, dopóki nie zniknie obrzęk i nie zagoją się ranki po każdym posiedzeniu. Cel jasny — dokładniej stopniuje niszczenie zboczeń.

IV spostrzeżenie. Chora J. lat 17. Diag. Vegetationes adenoid. Tonsilitis hypertr. Oprócz tego w lewym nozdrzu widać wypukłość w formie guza o szerokiej podstawie i ostrym wygiętym do wewnątrz wierzchołku; owa blada guzowatość przy badaniu zgłębnikiem okazuje się twardą, nieruchomą, będącą w ścisłym związku z przegrodą nosową. Po usunięciu wyrosła i migdałów znikł dźwięk nosowy głosu; w części zostało zatkanie nosa. Po 8 posiedzeniach guzowa-

tość zupełnie zniszczyłem. Chora ta okazała się bardzo wrażliwą, doszedłem do 7 MA.

W następnych sześciu moich własnych spostrzeżeniach, miałem do czynienia ze zbocheniami przegrody nosowej o różnym stopniu nateżenia. Każdy z chorych uskarżał się na jeden z najpospolitszych objawów -- zatkanie nosa, niektórzy mówili o bólach głowy, upośledzonym słuchu (bez wyraźnych zmian przy badaniu ucha), lub kichania, inteligentniejsi mówili o upośledzonym powonieniu, utrudnionem wydalaniu śluzu. Podmiotowo notowałem mowę nosową, miejscowe zmiany zarówno na kostnej, jak i chrząstkowej części przegrody: ograniczone zgrubienia resp. guzowatości okrągławe, stożkowate, klinowate, często zupełnie zaostrome, spiczaste; inne znów, ciągnąc się wzdłuż przegrody, miały formę piramidy, której wierzchołek zwrócony do dolnej muszli, niekiedy zwrócony ku średniej, przebiegał z nią równolegle. We wszystkich przypadkach po zastosowaniu elektrolizy rezultat otrzymałem dodatni. W ambulatoryjnej praktyce prof. Jurasza obserwowałem wiele analogicznych przypadków, z prywatnej zaś praktyki obserwowałem dwa przypadki zrostów kostnej natury, trzeci zaś — o takim stopniu wygięcia chrząstkowatej części przegrody, że formalnie część ta wychodziła nazewnątrz z otworu nosowego. Po zastosowaniu elektrolizy — w pierwszych dwóch przypadkach śladów po zrostach nie spostrzegałem, a w trzecim — zdefigurowany przedtem nos przyjął zupełnie kształtną formę.

Sądzę więc, że elektrolizę w wyżej wymienionych cierpieniach nosa należy stosować jako skuteczny zabieg. O ile w nowotworach i guzach większych rozmiarów zawodzi nas, wyczerpując cierpliwość chorego, o tyle w nowotworach szczególnie krwawiących i guzowatościach mniejszych rozmiarów, daje bardzo dobre wyniki.

L i t e r a t u r a .

1. Kafemann. — Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen — Wiesbaden. 1889.
2. Aug. Crusell. — Galvanismus, als chemisches Heilmittel gegen örtliche Krankheiten.

3. Nélaton. — Notes sur la destruction des tumeurs par la méthode électrolytique.
4. Billroth. — Wien. medec. Wochenschrift.
5. Groh. — Elektrolyse in der Chirurgie. Wien. 1872.
6. Hoffmann. — Vorlesungen über allgemeine Therapie.
7. Kuttner. — Die Elektrolyse, ihre Wirkungsweise und ihre Verwendbarkeit bei soliden Geweben — Deut. med. Wochenschr. № 45, 46. — 1889.
8. Schmidt. — Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin. 1894.
9. Bresgen. — Anwendung der Elektrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenseidewand, sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut. Vortrag gehalten in der 66 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien am 24 September 1894.
10. Voltolini. — Die Krankheiten der Nase. — Breslau 1888.
11. Bröse. — Zur Elektrotherapie in der Ginekologie. — Deutsch. med. Wochenschrift № 24. 1889.
12. Michelson. — Berl. Klin. Wochen. № 42, 43. 1885.
13. Neffel. — Virchow's Arch. Bd. 48, 57, 70 — 1886. Zur elektrolytische Behandlung bösartiger Geschwülste.
14. C. Michel. — Ueber elektrolytische Behandlung der fibrösen und gefässreichen Nasenrachenpolypen. — Monatschr. f. Ohrenheil. № 5, 1887.
15. Keimer. — Ein Fall von Angioma varicosum des Gaumensegels der linken Mandelgegend und des vorderen Gaumenbogens geheilt durch Elektropunctur. Deutsch. med. Wochenschrift. № 33. 1887.
16. Casper. Die Radicalbechandlung der Prostatahypertrophie und Prostatatumoren durch die Elektrolyse. Berl. Klin. Woch. № 23. 1888.

Częstochowa, 5 lutego 1898.

II. O celach najnowszych badań NAD KOMÓRKAMI NERWOWEMI.

NAPISALI

Prof. A. Goldscheider i Dr. E. Flatau.

(Według odczytu mianego w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie. Posiedzenie z dnia 21-go lutego roku 1898-go).

—*—○—*—

(Dokończenie).

Co się tyczy działania *antytoksyny*, to skonstatowaliśmy fakt polegający na tem, że pod wpływem surowicy przeciwężcowej, zmiany wywołane przez toksynę w odpowiednich warunkach *ustępować mogą* (jeżeli surowicę zastrzyknąć w krótkim czasie po toksynie); w innych warunkach (przy zbyt późnem zastrzyknięciu surowicy lub przy zbyt słabej surowicy) zmiany morfologiczne tężcowe *przebiegają powolniej* (retardirende Wirkung). Sądzymy, że surowica przeciwężcowa działa *pośrednio* na komórkę ruchową, a mianowicie neutralizując toksynę lub też wyciągając część toksyny tężcowej, zawartej w komórce. Większa powolność w rozwijaniu się zmian morfologicznych podobną jest wtedy do działania słabej, rozcieńczonej toksyny. Zmiany morfologiczne w tężcu są spowodowane chemicznem powinowactwem zachodzącem pomiędzy pewnymi grupami atomowemi istoty komórkowej i — toksyną tężcową. Ten proces chemiczny (łączenia się grup atomowych komórki z toksyną tężca) trwa tak długo, aż cały zapas tych grup zostanie nasycony. Po zatem następuje regeneracya komórki nerwowej, która wymaga jednak pewnego czasu, szczególnie zaś dotyczy to napeężnienia jąderka. Jeżeli wprowadzimy do organizmu wielką ilość toksyny, w takim razie prędko połączy się ona z istotą komórkową i zarazem regeneracya komórki nastąpi szybko. Natomiast połączenie tych substancyj przy słabej toksynie odbywa się powolnie, proces chemiczny i zmiany morfologiczne przeciągają się i komórka powraca do stanu normalnego po dłuższym czasie. Jeżeli surowica przeciwtoksyczna zdoła zniszczyć w prędkim czasie cały zapas toksyny w organizmie, w takim razie nastąpi przy-

śpieszona regeneracya komórki (*przyspieszona regeneracya komórki nerwowej*). Przy neutralizacyi pewnej tylko części toksyny przez surowicę, następują też same zmiany, jakie widzimy przy zastrzyknięciu słabej toksyny (*spóźnione i powolniejsze zmiany morfologiczne*).

Podobne rezultaty otrzymali również Marinesco i Chantemesse przy wstrzykiwaniu tężca i antytoksyny, a Kempner i Pollack — badając wpływ toksyny surowicy bacillus botulinus. Oprócz tego zbadano dotychczas zmiany, zachodzące w komórkach nerwowych przy wściekłości (Marinesco, Sabrazès i Cabannes, Babes), w lepra (Babes) i t. d. Babes opisał wdrażenie bakteryi do komórek nerwowych w różnych chorobach infekcyjnych. Oprócz tego opisano zmiany w komórkach pod wpływem rozmaitych innych szkodliwości, których zaliczyć nie można ani do urazowych, ani też do toksyczno-infekcyjnych. Do tych należą zmiany wskutek sztucznie wywołanej bezkrwistości (Sarbo, Marinesco, Juliusburger), uremii (Acquisto i Pusateri i inni), głodzeniu (Z. Jacobsohn, Lugaro, Schaffer).

Prowadziliśmy również doświadczenia nad zwierzętami, sztucznie ogrzewanymi i ochładzanymi. Przy wysokiej ciepłocie znaleźliśmy nader charakterystyczne zmiany w komórkach nerwowych. Ciałka Nissl'a znikają zupełnie i komórki mają barwę słabo niebieską, podobną do barwy nieba. Wyrostki protoplazmatyczne stają się widocznymi w znacznem oddaleniu od ciała komórki, a jąderko jest zmniejszone i zatracą swą równą okrągłą formę. Zmiany te wywołał Moxter, stosując ukłucia mózgu u królików. Oprócz tego też same zmiany znaleźliśmy u człowieka przy wzmożonej ciepłocie ($T^0=39,9^0$), a Déjerine i Brasch opisali je również w przypadku zapalenia płuc i szkarlatyny (przy wzmożonej ciepłocie). I w tych doświadczeniach zdołaliśmy wykazać, że stan patologiczny w komórkach trwa dłużej, aniżeli symptomata chorobowe, t. j. porażenia, spowodowane u zwierząt przy bardzo wzmożonej ciepłocie ciała. Przy *ochładzaniu* zwierząt nie zdołaliśmy natomiast wykazać *żadnych zmian w komórkach nerwowych*.

Co dotyczy patologii ludzkiej, to dopiero w ostatnich latach zaczęto stosować metodę Nissl'a, badano komórki nerwowe w wiąździe rdzenia (Strocker, Schaffer), w neuritis (Marinesco, Souchanow), dementia paralytica (Boedeker i Juliusburger), paranoia (Cramer), porażeniu opuszkowem astenicznem (Marinesco, T. Cohn) i t. d.

W jednym przypadku tężca u człowieka zdołaliśmy wykazać zmiany w komórkach ruchowych przednich rogów rdzenia pacierzo-

wego. Przypadek ten badaliśmy w r. 1895 i wtenczas widzieliśmy zmiany, polegające głównie na zwiększeniu się jąderka i ciała Nissl'a przy zachowaniu formy i wielkości komórek. Nie ogłosiliśmy dotąd tego przypadku ze względu na to, że: 1) nie czuliśmy się uprawnieni do stawiania wniosków w tak ważnej sprawie na podstawie zbadania jednego przypadku; i 2) chcieliśmy drogą doświadczalną zbadać tę kwestyę. Teraz, gdy doświadczenia nad królikami wykazały zmiany typowe i stale występujące w komórkach w tężcu, ogłaszamy ten przypadek, *w którym po raz pierwszy skonstatowano zmiany w komórkach ruchowych przednich rogów rdzenia paciierzowego w tężcu ludzkim, analogicznie do zmian ustanowionych w tężcu doświadczalnym.*

Ponieważ jednak ilość zbadanych przypadków z dziedziny patologii ludzkiej jest jeszcze nader małą i oprócz tego trudno usunąć rozmaite możliwe błędy, uznajemy więc za stosowne powstrzymać się tymczasowo od sądu o stanach patologicznych komórek w różnych chorobach nerwowych.

Na zasadzie tych danych, dochodzimy do wniosku, że stosując metodę Nissl'a, jesteśmy w stanie stwierdzić zmiany, zachodzące w komórkach nerwowych pod wpływem najrozmaitszych szkodliwości natury urazowej lub też chemicznej. Zwracamy jednak uwagę, że przy stosowaniu tej metody, konieczną jest jaknajdokładniejsza znajomość nie tylko normalnej, że się tak wyrazimy, szematycznej budowy komórki, lecz również znane być powinny najróżnorodniejsze odmiany tego szematu, leżące atoli w granicach fizyologicznych. Oprócz tego metoda ta uwydatnia wyłącznie zmiany, zachodzące w istocie chromatycznej t. j. w ciałkach Nissl'a, posiadających znaczenie troficzne. O istocie achromatycznej (międzybryłkowej), z którą się wiąże funkcja nerwowa, metoda Nissl'a nie daje nam prawie żadnych danych. Wskutek tego powstaje, być może, brak równoległości w zmianach morfologicznych komórek i symptomatach chorobowych.

Nie bacząc na tę niedokładność metody Nissl'a, jesteśmy jednak w stanie wykazać zmiany w nerwie ruchowym lub też czuciowym przy urazach nerwów obwodowych. Widzimy zmiany w komórkach przy otruciu strychniną lub toksyną tężcową i sądzimy, że zmiany te zachodzą wskutek silnej łączności chemicznej pomiędzy temi związkami i istotą komórki nerwowej. Łączność tę, zachodzącą pomiędzy różnymi środkami z dziedziny farmakologii i komórkami nerwowymi, wykażą dalsze studia. Być może, będziemy również w stanie oznaczyć na podstawie tych badań większą lub mniejszą szkodliwość różnych środków, trwałość wywołanych zmian przy większych lub mniejszych

ilościach lub rozcieńczeniach, zmiany przy otruciach ostrych lub chronicznych i t. d. Zmiany w komórkach nerwowych, ustanowione dzięki tej samej metodzie, stają się poniekąd miernikiem oddziaływania różnych środków na cały organizm. Najważniejszym jednak dla nas, lekarzy, jest fakt, że metoda Nissl'a dała nam możliwość wniknąć w działanie toksyny i antytoksyny i nadać tej sprawie podkład histologiczny. Ma to doniosłe znaczenie ze względu na dotychczas prowadzony spór o właściwym działaniu surowicy przeciwtoksycznej na krew lub komórki.

Badania nad komórkami nerwowymi są prowadzone w tak wzmózonej mierze, iż oczekiwać wypada, że wiadomości nasze z dziedziny anatomii i patologii nerwowej wkrótce się rozszerzą. Nadzwyczaj ważną, dotąd *nierozstrzygniętą kwestyą jest wykazanie różnych stanów morfologicznych komórki nerwowej w różnych stanach nerwowych czynnościowych* (spokój, czynność, sen, zmęczenie i in.).

Czy zdołamy kiedykolwiek odnaleźć podścielisko histologiczne dla różnych funkcji nerwowych?

Oprócz tego, dzięki tej metodzie, zdołamy ściślej określić pewne ośrodki ruchowe dla różnych grup mięśni, czynnościowe z sobą połączonych.

Być może, będziemy w stanie wykazać zmiany występujące nie tylko pod wpływem rozmaitych substancji chemicznych, lecz również dojść do pewnych praw w działaniu związków czynnościowe do siebie podobnych (jak np. dla strychniny i toksyny tężcowej). Zbadać też należy związek, zachodzący pomiędzy oddziaływaniem morfiny i atropiny i t. d.

Doświadczenia nad działaniem toksyny tężcowej i surowicy rozszerzają nam widnokrąg praktyczny — terapeutyczny. Przyszłość wykaże, czy badania na patologię komórek nerwowych wkroczą i zwiążą się ściślej z terapią komórkową (Cellulartherapie).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia i Ginekologia.

134. J. B. Murphy. **Rezekcja tętnic, uległych urazowi i zespoleniu końców ich szwem.** (Medical Record. № 3. 1897).

Lubo, dzięki postępom chirurgii nowoczesnej, nakładanie szwu na rany żyłne stanowi dziś operację, podejmowaną coraz częściej i chętniej, rękoczynu tego nie wykonano nigdy jeszcze na tętnicy, jak przekonywa o tem brak w piśmiennictwie wszelakiej tego rodzaju wzmianki. Aby przekonać się, czy zeszyt zranionej tętnicy jest możliwe, autor przedsięwziął szereg doświadczeń odpowiednich na psach, a otrzymane ztąd wyniki przedstawił szew ten nader zachęcająco. Przedewszystkiem tedy badania powyższe stwierdziły; że a) ściany tętnic są dość ku temu sprężyste, by oba końce naczynia uszkodzonego mogły się zetknąć wzajemnie, a zbliżenie owo udaje się nawet w tym razie, gdy uprzednio wykonaną została rezekcja tętnicy byle tylko na przestrzeni niewielkiej. Przekonano się dalej, że b) ściany te wytrzymują parcie nierównie większe, niż zwykłe ciśnienie krwi, że nie należy zatem obawiać się rozejścia szwu lub pęknięcia w miejscu spojenia; c) mniemanie, że nierówność lub chropawość ściany tętniczej przyczynia się do powstawania zakrzepu jest błędnem, krew bowiem, pomijawszy wpływ sprawy zakaźnej, krzepnie w tym wypadku jedynie, gdy przylega do sterczącego w świetle naczynia ciała obcego, dla uniknięcia czego właściwem będzie użyć nitek nawoskowanych; d) ponieważ po podwiązaniu tętnicy ściany jej kurczą się i pozostają skurczone na stałe, przyjąć należy, że wielkość średnicy naczynia nie jest zależną od ciśnienia krwi, a nadto e) w razie zmniejszenia się objętości tętnicy, to ostatnie następuje również w miejscu zwężonym, gdy przeciwnie szybkość krwiotoku wzmagą się także odpowiednio. Na danych tych opierać można metodę naczyniowego wpochwienia (invaginatio), odpór bowiem zgrubiałej w miejscu takim ściany wzmagą się, z drugiej zaś strony występujące tamże przyspieszenie krwiotoku zapobiega skutecznie rozstrzeni, wytworzeniu się zakrzepów lub pęknięciu; f) obok tego zwężanie naczynia stopniowe prowadzi zwykle do wytworzenia się w zakresie odpowiednim krążenia obocznego, a prawu temu ulegają tak potężne nawet, jak część aorty piersiowa, gałęzie. Dalej stwierdzono, że g) po zeszytciu naczynia powstaje w niem zwykle zatykająca sprawa zapalna błony wewnętrznej (endarteritis obliterans), ze względu jednak na rozwój cierpienia nader powolny, wynik ten ostateczny jest rzeczą wagi niewielkiej, gdyż przez ten czas zdoła rozwinać się krążenie oboczne, powstające zazwyczaj szybko. Bądź co bądź, wobec owego zamykania się (obliteratio) światła naczyniowego, zalecić wy-

pada jak najściślejsze do szwu tętnic wskazanie tam, zwłaszcza, gdzie chodzi o t. zw. tętnice końcowe.

Na mocy badań swych na zwierzętach i wyników, otrzymanych z dwóch własnych spostrzeżeń klinicznych, Murphy twierdzi, że całkiem śmiało wyrezekować można, w razie potrzeby, kawałek tętnicy, do 2 ctm. długi i większy nawet, o ile operuje się np. w dole pachowym, trójkącie Scarpy lub w jamie podkolanowej, gdzie przez nadanie członkom położenia odpowiedniego tętnicę udaje się rozciągnąć. Co do techniki samego zabiegu, należy przedewszystkiem naczynie wyosobnić i obnażyć ostrożnie, unikając wszelakiego szarpnięcia, poczem krwiobieg w temże zatrzymuje się czasowo, w którym to celu na tętnicę nakłada się w dwóch końcach pola operacyjnego pensety Billroth'a o gałęziach, owiniętych w rurki gumowe; te ostatnie uciskają naczynie umiarkowanie i powstrzymują krwotok. Aby zbliżyć dokładnie oba tętnicy odcinki, ujmuje się je w używane przez okulistów kleszczyki i za pomocą małej, zakrzywionej mocno igły nakłada szew, dobierając przytem jedwab' takiej grubości, by dziury, wytworzone w ścianie tętnicy przez igłę, wypełniały się szczelnie nitką. Przekłuciu ulegać winny jedynie tylko błony ściany naczyniowej zewnętrzne, a ścięgi oddalone być mają od siebie mniej więcej na milimetr jeden; po nałożeniu szwu pincety końcowe zdejmuje się, jeżeli zaś nakłucia na ścianie tętniczej krwawia, wystarczy uciec się w tym razie do tamponady chwilowej; ranę oczyszcza się, drenuje i, wobec przebiegu pomyślnego, zaszywa po upływie godzin 48. Gdy jednak uszkodzeniu lub nacięciu uległa więcej niż połowa obwodu tętnicy, zamiast zwykłego zespolenia brzegów rany szwem, lepiej jest kawałek naczynia wyciąć zupełnie, odcinki zaś połączyć drogą wPOCHWENIA; w tym celu przez każdy z osobna koniec naczynia przeprowadza się nitki i jeden z końców rozcina nieco w kierunku podłużnym, aby wPOCHWENIE owo ułatwić. Następnie ściągnąć należy nitki w ten sposób, by koniec jeden wszedł w drugi, przy czem samo już ciśnienie krwi wpływa nie mało na szczelne przyleganie wzajemne odcinków, tak że szwów kilka wystarcza tu zupełnie. Obie te zespolenia metody mają, zdaniem M. znaczenie doniosłe nie tylko w przypadkach ciężkich lub postrzałowych ran ustroju tętniczego, lecz również i przy operowaniu tętniaków.

W końcu swej pracy dr. M. przytacza dwa spostrzeżenia własne, dotyczące ran postrzałowych tętnicy udowej, gdzie zastosowano szew w mowie będący z wielkim dla chorego pożytkiem.

K. Niedzielski.

135. Dr. Heintze. O wpływie rezekcyi żyły zaskórnej goleni na zagojenie się owrzodzeń tęjże. (Deut. Zeitschr. f. Chir. №47 Bd. 1 Heft).

Od czasu, jak Trendelenburg wykazał całą doniosłość wpływu, jaki wywiera niedostateczność zastawek żyły zaskórnej (v. saphenae)

na powstawanie na goleni żyłaków i owrzodzeń i gdy zalecił podwiązywanie tej żyły w celach leczniczych, z przeróżnych stron ogłaszać zaczęto pomysły tej operacji wyniki, na lata całe operowanych od nawrotu cierpienia broniące.

Te dobroczynne rękoczynu następstwa mają, bez wątpienia, źródło swe w dokładnem zrozumieniu istoty spraw chorobowych, na czem też zbudowany został sam pomysł zabiegu. Bo, jak tenże Trendelenburg stwierdził, równocześnie z powstającym żyły zaskórnej rozcięciem, zostawki jej tracą swą zdolność zamykania się, a żyła owa wytwarza wraz z rozgałęzieniami swojemi szeroką, jednolitą, niczem nieprzerywaną rurę, której zawartość płynna posuwa się pod własnym jedynie ciężarem. Ponieważ żyły: czeza, biodrowa oraz pień udowej nie posiadają zastawek, stęp ów krwi ciągnie się bez przerwy aż do prawej połowy serca, wywiera zatem, zgodnie z różnicą w wysokości pomiędzy niem i żyłakami, ucisk na te ostatnie zmienny, co uwydatnia się najbardziej, gdy chory stoi. Pod działaniem tego, tak nienaturalnego ucisku napięcie w żyłakach wzmagają się tak znacznie, że gdy jeden z nich pęka, krew z widocznego za ledwie otworu tryska, jak z tętnicy; ciśnienie to jest dalej bodźcem, pobudzającym do wytwarzania się coraz nowych na podudziu żyłaków w kierunku ku obwodowi, a nadto wywołuje miejscowo zaburzenia w krwiobiegu wybitne, dla pokonania których siła popychająca w żyłach powierzchownych jest nazbyt mała. Dla krwi, wprawdzie, stoi otworem drugi odpływ jeszcze t. j. gałęzie t. z. zespalające (anastomozy), które jednoczą żyły skórne z głębszemi żyłami mięśniowemi, ile jednak drogą tą krwi spłynie, tyle natychmiast z serca odpłynąć musi powrotnie przez zwiotczały pień żyły zaskórnej; powstaje tedy jakiś „prywatny“ dla kończyny dolnej krwiobieg, bo krew z żyłaków przez głębokie gałęzie mięśniowe do serca przepchnięta drogą żyły zaskórnej tam skąd spłynęła, powraca w całości i ostatecznie ustroj żylny podudzia przepelnia się na stałe krwią zastoinową, której odpływ z żył małych i najmniejszych ustaje niemal zupełnie.

Powstawanie przesięków do tkanek otaczających, niedostateczne tychże odżywianie i, co idzie zatem, zmniejszona ich odporność wraz z łatwym przechodzeniem w stan zgorzeli — są zwykłym tego rodzaju warunków następstwem, jak również wytwarzające się z urazów najłżejszych, bodaj z podrapania zwykłego długotrwałe, trudne do wygojenia się owrzadzania tak źle odżywianej skóry. Gdy jednak pień żyły w mowie będącej ulegnie podwiązaniu i dzięki temu ustanie ów odpływ wzmógłny ku żyłakom, wówczas krew spływa bez przeszkody ku głębokim i posiadającym, jak wiadomo, zastawki żyłom mięśniowym, skąd skurcze okalających naczynia te mięśni popychają ją naprzód. Ponieważ zaś w okresie zwolnionego napięcia mięśni zastawki stawiają tamę powrotnemu krwi odpływowi: owe opróżnione teraz żyły głębsze wysysają zawartość żył skórnych. Często też daje się widzieć wyraźnie po podwiązaniu żyły zaskórnej, że dość wydatne jeszcze, gdy chory stoi, żyłaki, po zrobieniu przez tegoż kroków kilku giną chwilowo zupełnie, a, zgodnie z wymiarami Perthes'a, objętość łydki zmniejsza się wówczas na 16 niemal milimetrów. Prócz

usunięcia ucisku chorobowego, podwiązanie v. saphenae przywraca dość prawidłowe krążenie, w skutek czego żyły tracą owe bolesne napięcie, a odżywianie tkanek staje się bardziej prawidłowem; rozliczne zatem, zawarunkowane przez powstanie żyłaków sprawy chorobowe, o ile podatne są jeszcze ku zmianom wstecznym zacierają się, a nadewszystko owrzodzenia goleni goją się prędzej, zaciągają blizną mocniejszą i nie dają nawrotów, co stwierdzone zostało wielokrotnie przez szereg podejmowanych, lubo od niedawna, podwizań. Zauważone wszelako niekiedy i tu wyniki ujemne zależą zwykle od powstawania, już po podwiązaniu v. saphenae, nowego bezpośredniego łączenia się żyłaków z pniem żyły udowej, wobec czego zaczęto dokonywać częściowej rezekcyi żyły *zaskórnej*, co zapobiega skuteczniej wytwarzaniu się między odcinkami łączności. Dalej, miejsce podwiązania zaczęto wybierać wyżej, niżli radzono pierwotnie, w połowie zatem lub wyżej jeszcze uda; im bowiem wyżej podwiąże się pień główny, tem pozostaje mniej gałęzi bocznych ponad podwiązką, ten mniejsze zatem zachodzi prawdopodobieństwo, że znów żyłaki łączące się będą bezpośrednio z żyłą udową lub sercem. Tam wreszcie, gdzie żyłaki tworzą zwój postronków guzowatych, a twardych, wycina się je doszczętnie, tu bowiem na zmiany wyrównywające liczyć niepodobna.

Ponieważ żyła zaskórna w przebiegu swym na udzie niema położenia stałego, w tych więc przypadkach, gdzie nie jest widoczna, jak przy obfitej np. podściółce tłuszczowej, prowadzi się cięcie ukośnie, krzyżujące się z domniemalnym naczynia kierunkiem, pod kątem ostrym; to ostatnie podwizywać należy katgutem, a ranę skórną zaszywać całkowicie. Od grudnia 1896 roku, wykonano zabieg ten w Charité w 79 przypadkach, z tych w 16 podwizywano żyłę obustronnie, 19 razy wycinano jednocześnie żyłaki, przyczem najstarszy z operowanych liczył 58 lat wieku. Operowano bądź pod eterem, bądź stosowując znieczulenie miejscowe; rany zagajały się stale drogą rychłozrostu.

Co do wpływu operacji tej na gojenie się owrzodzeń podudzia, w większości spostrzeżeń następował wynik pomyślny z szybkością zadziwiającą, gdyż nieraz owrzodzenia wielkości monety 5-markowej goiły się w ciągu tygodnia pod jednym z zastosowanych środków obojętnych (maść borna, płyn Burowa i t. p.), czego samemu tylko leżeniu w łóżku przypisać już chyba nie można. W przypadkach niektórych, gdzie do operacji przystępowano dopiero po dłuższym chorego pobyciu w szpitalu, owrzodzenia od środków owych nie goiły się, choć chory leżał w łóżku, postęp zaś szybki w gojeniu zauważyć można było od dnia operacji dopiero. Tam, gdzie owrzodzenie okalały tkanki, zwyrodniałe przez bliznę po przebytych dawniej sprawach wrzodziejących, był mniej świetnym, wprawdzie, wynik operacji, lecz i tu z czasem najdalej po kilku miesiącach, osiągnano wyleczenie doszczętne z blizną mocną i umiarkowanym żył wypełnieniem. U 6 chorych, którzy nie zaniebdywali pokazywać się na oddziale od czasu do czasu, stwierdzono brak nawrotu po 10 przeszło miesiącach, co dawniej, gdy nie podwizywano żyły, uchodzić mogło za szczęśliwy tylko wyjątek, bo

i plastyka nawet sposobem Thiersch'a była wówczas czezem tylko dla chorego mamidłem. *K. Niedzielski*

136. Rieder (z Bonn). **O leczeniu chirurgicznym przy próchnieniu spojenia krzyżo-biodrowego.** (Deutsche Med. Wochenschr. № 6. 1898).

Z kości miednicy najczęściej ulega sprawie gruźliczej spojenie kości biodrowej z kością krzyżową. Pod względem anatomo-patologicznym mamy prawo oczekiwać tutaj takich samych zmian gruźliczych, jakie wogóle znajdujemy w gruźlicy stawów: najczęściej jednak zdarzają się tutaj te postaci gruźlicy, w których rozrosty grzybowate błon maziowych łączą się z wylewami i ropieniem.

Objawy kliniczne zależne są naturalnie od obrazu anatomo-patologicznego. W postaci suchej często, prócz bólów w ograniczonym miejscu ponad spojeniem, niema nic więcej: może zdarzyć się jednak mniej lub więcej wyrażone nacieczenie i zgrubienie okolicy stawowej, zwiększona wrażliwość na ucisk, obrzmienie skóry, bóle promieniujące, trudność chodzenia i często dosyć wyraźny zanik kończyny dolnej, resp. górnej części uda, po odpowiedniej stronie. Na ten ostatni objaw, jako mało dotychczas uwzględniany i powstający wskutek nieużywalności kończyny, kładzie autor szczególniejszy nacisk. Przy wszelkich innych postaciach gruźlicy ropienie zapanowuje zwykle ponad obrazem klinicznym i zaciemnia tenże. Ropień ów albo przebija na wskroś tylną ścianę stawu i tuż nad spojeniem, obok kręgu lędźwiowego, resp. krzyżowego, toruje sobie drogę nazewnątrż, lub też powstaje na przedniej powierzchni talerza miednicy: niekiedy występuje nazewnątrż wzdłuż m. lędźwio-biodrowego (m. psoas) pod więzłem Poupart'a, albo przechodząc przez dziurę kulszową wielką (foramen ischiadicum majus) do tyłu, zjawia się pod mięśniami pośladkowymi, może iść wreszcie na wewnątrz do jamy kulszo-odbytnicowej (cavum ischio-rectale) i otwierać się do odbytnicy lub obok niej nazewnątrż.

Rozpoznanie różniczkowe przeprowadza się zwykle pomiędzy spondylitis, coxitis, caries ossis sacri: przedewszystkiem zaś należy mieć na uwadze ischias, ropnie przymaciczne, a niekiedy nawet myelitis. W końcu zapominać nie trzeba o nerwobólach w okolicy biodrowej, często zdarzających się u osób histerycznych, i o możliwym w tych razach udawaniu.

W wywiadach, jak wogóle w gruźlicy stawów i kości, bardzo często znajdujemy uraz, resp. stłuczenie okolicy lędźwiowej i biodrowej.

Rokowanie bywa zawsze niepewne.

Co do leczenia, istnieją dwa sposoby: zachowawczy, polegający na unieruchomieniu chorej części ciała, miejscowych środkach odciągających, wstrzykiwaniach jodoformu, gorsecie gipsowym, — i operacyjny, który zasadza się na otwarciu i rezeceji stawu.

Ze względu na bardzo małą ilość opisywanych tego rodzaju przypadków, leczonych operacyjnie, autor podaje szczegółowo swój własny.

18-letni mularz, dotąd zawsze zdrowy, od paru tygodni skarży się na bóle w krzyżu, szczególnie przy chodzeniu. Od 8 dni istnieje ograniczone w okolicy prawego spojenia krzyżo-biodrowego obrzmienie; obecnie w miejscu tem znajduje się przetoka, dość głęboko prowadząca w tkankę gębczastą i obficie wydzielająca ropę. Ucisk na miednicę nieco bolesny. Pod chloroformem poprowadzono tamże cięcie i wydobyto martwak, długi na 6 cm., formy nieprawidłowej, z licznymi zagłębieniami. Po upływie dwóch tygodni wystąpiła wysoka gorączka, a prócz tego zauważono, że przy ucisku na okolicę rany, z tej ostatniej wypływa ropa o wyglądzie swoistym dla spraw gruźliczych. Bezwzględnie tedy utworzono ropień poniżej miejsca cięcia poprzedniego, który był wypełniony ziarniną gruźliczą. Rana nie goiła się, gorączka nie ustępowała, a nadto wytworzyły się dwie przetoki, do których zastrzykiwano jodoform z gliceryną. Po siedmiu przeszło tygodniach nad więzami Poupart'a wytworzyło się na kości, biodrowej obrzmienie duże, niewyraźnie chlebocące. Po uspieniu chorego, wykonano cięcie, idące od więzu Poupart'a od kolca biodrowego przednio-dolnego (spina ilei ant. inf.) ku górze i do tyłu bezpośrednio po grzebieniu kości biodrowej, aż do kolca tylnogórnego (spina post. super.); oddzielając części miękkie przeważnie na tępo, dotarło do ściany wewnętrznej kości biodrowej, z kąd wydzielala się obficie ropa z płatkami. Cała powierzchnia wewnętrzna kości była szorstka i usiana przez obfite małe wyrosłe kostne. W dalszym ciągu oddzielono części miękkie na tylnej powierzchni kości biodrowej, także nierównej i szorstkiej; guzowatość kości biodrowej (tuberositas ossis ilei) była całkowicie obnażona i pokryta ziarniną gruźliczą. Wiercenie kości biodrowej (trepanatio) wykazało na jej powierzchni wewnętrznej serowate zniszczenie kości rozlane. Ze względu na marny chorego stan ogólny nałożono szwy tymczasowe i operację odłożono do drugiego posiedzenia. Operując wtórnie po dniach ośmiu, przekonano się, że cały trzon kości biodrowej był nacieczony gruźliczo. Za pomocą młotka i dłuta usunięto wszystko, co chore. Ażeby uczynić guzowatość kości biodrowej dostępniejszą, przedłużono cięcie od kolca tylnogórnego do kolca tylnodolnego.

Tutaj powierzchnia kostna przeistoczyła się w ognisko ziarniny wielkości jabłka, prawie okrągłe, które samo w sobie mieściło i staw krzyżo-biodrowy. Po usunięciu ziarniny i wydłutowaniu stawu stwierdzono, że przetoka prowadzi wzdłuż brzegu kości krzyżowej na jej powierzchnię przednią, opuszcza się więc do jamy kulszo-odbytnicowej. Wobec takiego stanu rzeczy, poprowadzono cięcie do wierzchołka kości ogonowej i przecięto wszystkie więzy i powięzie do kości. Po otwarciu dziury kulszowej wielkiej, podwiązano tętnicę pośladową (a. glutaeta). Na przedniej powierzchni krzyża znaleziono jamę wielkości piastki dziecka, wybelioną ziarniną i ropą z kłaczkami; kość wszelako obnażoną nie była. Dzięki wydłutowaniu kawałka kości krzyżowej na miejscu jej połączenia się z biodrem, wytworzono kanał dosyć szeroki dla odpływu ropy; wreszcie jamę samą wypełniono gazą. Wobec nader obfitej wydzieliny należało uciec się do zastosowania kąpieli stałej, w której rany obmywano codziennie rozczy-

nem salicylu. Ponieważ w dolnej części rany ropa nie miała jeszcze dostatecznego odpływu, zatrzymując się w zakłębieniu kości krzyżowej, wskutek tego, znów w znieczuleniu chloroformowem (po raz czwarty), rozcięto pod kontrolą palca w odbytnicy w kierunku pionowym spód miednicy do tyłu, tak że wydzielina z przodu kości mogła przez wydłutowany też kawałek spływać swobodnie ku tyłowi i na dół. W ciągu 3¹/₂ miesięcy chory używał bez przerwy kąpieli stałych i poprawiał się; rany ziarninowały dobrze; przetoki zmniejszały się. Po 4-eh miesiącach ranę zaszyto, poczem wkrótce operowany wyzdrowiał zupełnie; w akcie chodzenia chorego trudno zauważyć jakąkolwiek niedokładność.

Autor jest przekonany, że możliwość wyleczenia w podobnych przypadkach polega tylko na energicznym zabiegu chirurgicznym, i że im wcześniej do operacji przystąpi się, tem ta ostatnia łatwiej jest wykonalną i więcej ma danych na wynik pomyślny. Co do kierunku cięcia, zdaniem autora, w większości przypadków dostatecznym jest cięcie łukowate, od tylnego brzegu grzebienia biodrowego skośnie na dół do kości krzyżowej; w przypadkach zadawnionych najstosowniejszym jest cięcie, okalające całą kość biodrową na wysokości grzebienia, od więzów Poupart'a do tyłu i ku dołowi aż do wierzchołka kości ogonowej. Radzi przytem przebijać zawsze kość dłutem szeroko, gdyż otwór od trepanacyi nie wystarcza do wytworzenia ropy wolnego odpływu. Nakoniec przy opuszczeniu się ropy do jamy kulszoodbytnicowej, autor radzi przeciąć dół miednicy obok odbytnicy (rectal). W przypadkach zadawnionych operację lepiej wykonać co najmniej na dwóch posiedzeniach, w okresie zaś pooperacyjnym zastosować trzymanie chorego w kąpieli stałej, czemu przypisać trzeba znaczenie nader dodatnie.

Nakoniec, zdaniem autora, odjęcie nawet bardzo wielkiej części kości biodrowej nie tworzy później przeszkody przy chodzeniu: kość bowiem odradza się szybko.

Wstrzykiwania jodoformowe w podobnem cierpieniu nie mają żadnego znaczenia, gdyż jama, wypełniona ropą, ma zwykle postać torby z przegrodami, dlatego jodoform nie dochodzi do właściwego ogniska cierpienia.

W uzupełnieniu pracy swej Rieder wymienia ogłoszoną niedawno (1897) pracę Steinheil'a p. t. „De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection“, w której wywody tego uczonego zgodne są z poglądami autora.

St. Stanisławski.

137. Dr. S u r m a y (z Ham). **Nabłoniak ręki, istniejący od lat sześciudziesięciu.** (Archiv. général. de médecine. Juin. 1897).

Do autora na ambulans zgłosiła się 63-letnia kobieta, pragnąc zaradzić się co do cierpienia, które powstało na jej rękę prawem jeszcze w latach dzieciennych i odtąd, choć nader powoli, wzmagalo

się bez przerwy. Jakoż po zdjęciu szmaty z przedramienia chorej stwierdzono, w rzeczy samej, zniekształcenie kończyny niezwykle gdyż na miejscu ręki istniał kikut stożkowy, nie przewyższający w największym swym wymiarze 9 ctm. i przebiegający skośnie z góry ku dołowi oraz z zewnątrz na wewnątrz. Prawie cała powierzchnia dłoniowa kikuta pokryta była owrzodzeniem o brzegach płaskich i nierównych, powyżłabianem przez brózdki, z których sączyła się posoka. Klinowe zakończenie kikuta twarde i jakby przez kość wytworzone, pokrywała skóra napięta i cienka, na samym zaś czubku zauważono strup suchy i czarny; powierzchnia wreszcie kikuta grzbiętowa tworzyła ciąg dalszy owrzodzenia, które tu jednak zajmowało przestrzeń nie tak rozległą. Powyżej tegoż skóra miała wygląd bliznowaty, a nadto na powierzchni przedramienia zginającej widać było trzy blizny, przebiegające rzędem, które ciągnęły się od napięstka do zgięcia łokciowego. Pomimo zmian powyższych w zakresie czucia i ruchu zaburzeń nie wykryto żadnych.

Chora, którą, jak twierdziła, ogólnie znano w sąsiedztwie z jej wiecznie w chusteczce zawiniętej ręki, przez całe życie posługiwała się nią jakoby wcale nieźle i jedynie tylko zapach z owrzodzenia, nader niemiły, skłonił ją wreszcie do zwrócenia się o pomoc lekarską. Ciężkie, według słów staruszki, rozpoczęło się od zauważonego w czwartym roku jej życia na grzbiecie ręki guziczka, z którego, o ile z opowiadania wywnioskować można, stopniowo wyrosła guzowatość, zwyrodniająca rękę coraz bardziej i zespalająca palce jej w jedno; powstałe później na powierzchni guzowatości owrzodzenia niszczyły te ostatnie jeden po drugim, przyczem paluch poddał się zanikowi na końcu. Tego rodzaju guziki wrzodziejące pokazywały się w różnych czasach odstępach i na przedramieniu, tu jednak pozagażały się zupełnie.

Ponieważ badanie drobnowidzowe wyciętego z owrzodzenia kawałka przekonało, że ma się do czynienia z nabłoniakiem (epitheliome pavementeux lobulé), chorej wykonano amputację przedramienia prawego powyżej blizny; wynik operacji był nader pomyślny, w przeciągu bowiem ubiegłych lat dwóch nie zauważono nawrotu wcale. Kończynę odjętą moczo no w wodzie przez kilka miesięcy, poczem stwierdzono, nie bez zdziwienia, że w odciętym kikucie zachowanym został całkowity, choć powstrzymany w rozwoju, kościec ręki, którego długość największa, licząc od brzegu górnego napięstka do końszyczka palca średniego, nie przenosiła 14 ctm., a szerokość — 4. Wszystkie kości napięstka oraz śródreżca tworzyły, jak po złutowaniu, jedną niepodzielną całość; palce, każdy z osobna, utrzymały swoją odrębność, lecz ich zciężniałe członeczki trzecie zespoliły się w jeden czubek, zakrzywiony ostro. We wszystkich niemal stawach międzyczłonkowych (artic. interphalangeae) znaleziono zeszytwnienie (ankylosis) kostne, z wyjątkiem spojenia pomiędzy pierwszym i drugim członeczkiem palca trzeciego; paluch tworzyła zjedzona i powyżłabiana, dzięki przebytej sprawie zgorzelinowej, kość na 3½ ctm. długa, stanowiąca, według wszelkiego prawdopodobieństwa, pozostałość kości dłoniowej (metacarpus), członeczki uległy zanikowi. Niewątpliwie

owrządzenie pierwotne powstać musiało na tle cierpienia natury złoźowatej lub wskutek przymiotu dziedzicznego; na owrządzeniu zaś takim, jak opisywano to nieraz, wytworzył się nabłoniak, który, zwyrodnawszy stopniowo wszystkie tkanki ręki, zespolił je w guz jednolity, poczem sam zaczął się owrządzać z kolei. Małe wreszcie wymiary kikuta są następstwem kurczenia się członeczków, przez lat 60 obwiązanych chustami szczelnie.

Dr. Damaye z Saint-Quentin'u przytacza również podobne, lecz krócej znacznie przebiegające spostrzeżenie ciekawe, dotyczące kobiety 60-letniej, której ręka przypominała bardzo kikut, omówiony powyżej. Cierpienie zaczęło się w tym razie przed laty trzema od powstałego również na grzbiecie ręki strupa, poczem ostatecznie trzeba było amputować chorej przedramię w górnej trzeciej jego części. Zauważony po miesiącach pięciu nawrót na kikucie, wywołał potrzebę amputacji ramienia i to jednak operowanej ocalić nie mogło od wtórnego nawrotu, charłactwa i śmierci. Badanie guzowatości, powstałej na miejscu ręki i odciętej po operacji pierwszej, wykryło w tejże również przechowany w całości kościec ręki, którego zбочenia anatomiczne były bardzo niewielkie.

K. Niedzielski.

138. P. Sudek. **O znieczuleniu miejscowem.** (Deut. med. Woch. № 8. 1898).

Na oddziale chirurgicznym Wiesingera w Hamburgu stosowano roku przeszłego znieczulanie miejscowe sposobem Schleicha w wielu przypadkach operacyi; z wyników i wniosków, do jakich tam doszli, zdaje autor sprawę w krótkim artykule.

Operacyi przepuklin, czy to wolnych, czy uwięźniętych, wykonano blisko 30; ból przytem bywał po większej części nieznacny, tak że w kilku zalodwie przypadkach musiano uciec się do znieczulenia ogólnego. Po operacyach chorzy czuli się zawsze o wiele lepiej, niż w tych razach, kiedy stosowano uspienie chloroformowe. Na kobiety, wogóle, skuteczniej działało wstrzykiwanie płynu *Schleicha*, niż na mężczyzn; również skuteczniej w przypadkach przepuklin uwięźniętych, niż wolnych, co autor tłómaczy większą cierpliwością i wytrzymałością pierwszych chorych, niejako już przywykłych do bólu. Ścisłe mówiąc, chorzy nie są absolutnie pozbawieni bólu: czują np. drażnienie otrzewny podczas operacyi w jamie brzucha, czują wyosabnianie sznurka nasieniowego podczas radykalnej operacyi przepukliny pachwinowej. Stosowano znieczulanie *Schleicha* i w innych poważnych operacyach brzusznych lub na szyi (gastro-, cholecysto-, gastroenterostomia, tracheotomia etc.), nie zawsze to jednak wystarczało, i wówczas uciekano się do znieczulania ogólnego.

Co się tyczy mnóstwa mniejszych operacyi, jak wyluszczenie guzów niewielkich, przecięcia, wyluszczenie v. saphenae i t. p., to w tych razach sposób *Schleicha* okazał się znakomitym. Natomiast nie-

wystarczającym jest w przypadkach guzów zapalnych (np. bubones) i zastrzałów.

Tam, gdzie znieczulanie *Schleicha* pozostawiało wiele do życzenia, stosowano znieczulanie miejscowe według opisanego przez *Obersta* sposobu, który, zwłaszcza do operacji na palcach i rękach, jest nieoceniony. Polega on na tem, że podstawowy członeczek palca podwiązuje się opaską gumową, poczem wstrzykuje się 1—2 grm. 1% roztworu kokainy naokoło pni nerwowych, idących do palca. Podwiązując kończynę wyżej i wstrzykując tenże roztwór naokoło pni nerwowych dłoni i grzbietu ręki, możemy otrzymać znieczulenie, wystarzające nawet do odjęcia główki kości śródreża. Skutków działania niepomysłnego kokainy na ustrój nie zauważono. Mocny roztwór mieszaniny *Schleicha* może poniekąd zastąpić płyn *Obersta*, na działanie wszakże znieczulające jego trzeba czekać znacznie dłużej (10, nie zaś 5 minut).

W. Żurkowski.

139. Dr. Fr. Lehman z Berlina. **Przyczynek do terapii rzeźączki przewlekłej szyi macicznej.** (Deut. med. Wochenschr. № 1. 1898).

Autor podaje z praktyki własnej kilkanaście przypadków przewlekłej rzeźączki szyi macicznej, wyleczonych za pomocą nowej metody, co potwierdza słuszność poglądów Bodensteina w sprawie tej wygłoszonych. Wywody swoje autor opiera na danych następujących: przez cały czas trwania przewlekłego trypra szyi macicznej ziarniniaki znajdują się nie tylko na powierzchni błony śluzowej, lub w wydzielinie z ujścia zewnętrznego, lecz w głębi gruczołów szyi, jak również w warstwach powierzchownych nabłonka. Dotychczasowy sposób postępowania w omawianem cierpieniu, polegający na wytarciu szyi macicznej suchym tamponem z następczem przyżeganiem zapomocą któregośkolwiek z używanych środków odpowiednich, uważa autor za zupełnie niewystarczający; poleca zatem obfite przemywanie szyi 1% lub 2% roztworem węglanu sodu, w celu usunięcia lepkiej, gęstej wydzieliny, następnie zaś — możliwie znaczne rozszerzanie szyi, ażeby środek przyżegający mógł przeniknąć we wszystkie zmarszczki i załki błony śluzowej, jak również i do światła gruczołów.

Rozciąganie szyi za pomocą odpowiednich rozszerzadeł ma i ten skutek dodatni, że dzięki uciskowi ułatwiamy wessanie się ognisk naciecznia. W sposób ten mogą być leczone przypadki niepowikłane przez zapalenie przymaciczne, lub sprawy chorobowe w przydatkach. Autor używa metalowych rozszerzadeł stożkowatych i takowe wraz z przystosowanym dokładnie małym wziernikiem metalowym wprowadza do szyi, założywszy uprzednio do pochwy zwykle lusterko. Cały ten przyrząd pozostaje w szyi od pięciu do dziesięciu minut, następnie rozszerzadło właściwe zostaje usunięte, poczem do zostawionego w szyi wziernika autor wprowadza dość gruby tampon z waty na zgłębniku Playfair'a, zmoczony w jakimkolwiek bądź środ-

ku przeżegającym; tym ostatnim posuwać należy w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz, z użyciem pewnego ucisku, przy jednoczesnym stopniowym wyprowadzaniu z szyi wziernika. Nadto za każdym razem używać trzeba rozszerzań możliwie grubszych, bacząc by nie wywołało to znacznego u chorej bólu. Przyżeganie tego rodzaju wykonywa się raz na tydzień. W końcu L. podaje 10 przypadków wyleczonych zupełnie metodą powyższą, przyczem wyzdrowienie doszczętnie otrzymywano w kilka tygodni.

Jako środków przyżegających autor używał chlorku cynku (20^o/_o — 40^o/_o), argoniny oraz lapisu (5^o/_o). *St. Cykowski.*

II. Choroby oczne.

140. Dr. Gałęzowski. **Cierpienia oczu jako następstwo influenzy i jej zarazka.** (Recueil d'ophtalmologie, Avril 1897).

Dzisiaj już powszechnie znaną jest rzeczą, iż tak w przebiegu jak i w następstwie influenzy — cierpienia zakaźnego, zajmującego cały organizm, — zjawiają się powikłania ze strony rozmaitych organów, a więc i narządu wzroku.

Znajdywano dotychczas w wydzielinie nosa, jamy ustnej, gardzieli, we krwi (Kirehner) trzy rodzaje drobnoustrojów:

- 1) laseczniki, podobne do laseczników gorączki tyfoidalnej obdarzone ruchami;
- 2) laseczniki, których kolonie białe mętniały w żelatynie;
- 3) wreszcie dwoinki, ukazujące się pod postacią krótkich łańcuszków.

W szesnastu badanych przez się przypadkach, Kowalski znajdował w siedmiu wyżej wymienione różne postaci drobnoustrojów. Wiadomo już teraz powszechnie, iż drobnoustrój influenzy nie istnieje we krwi, tem ciekawsze ztąd są przypadki ciężkich cierpień mózgowych, zwłaszcza zmian w nerwach wzrokowych, jakie najczęściej spotyka się w następstwie influenzy. Cierpią w tych razach oba, lub jeden nerw wzrokowy. Obserwował autor również po influenzy keratitis herpetica i zapalenie tęczówki.

W pracy swej Gałęzowski pomieścił kilka przypadków zapalenia nerwu wzrokowego w następstwie influenzy. Sprawa rozpoczęła się zwykle od nacieczenia tarczy nerwu wzrokowego wraz ze stopniowym zanikiem części włókien nerwowych, jednocześnie zjawiały się silne bóle głowy. Z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie cierpiały oba nerwy wzrokowe i gdzie prawy podległ zupełnemu zanikowi (atrophia completa), a co za tem idzie: utrata wzroku prawego oka, inne zostały zakończone względnie pomyślnie (zmniejszenie ostrości wzroku, ograniczenie częściowe pola widzenia w niektórych przypadkach).

Leczenie trwało kilka miesięcy, polegało na stosowaniu chininy (Chininum valerianic), jodku potasu, środków odciągających i t. p.
S. Cetnarowicz.

141. Dr. O. Walter. **Organizacja pomocy okulistycznej w niektórych miastach niemieckich i uwagi, dotyczące tejże pomocy w Rosyji.** (Ueber die Organisation der augenärztlichen Hülfe in einigen Städten Deutschlands, nebst Bemerkungen über dieselbe in Russland. St. Petersburgers Med. Woch. XXII Jahrg. № 47. 1897).

Zauważywszy, że miejski szpital oftalmiczny w Odesie jest jedynym w swoim rodzaju specjalnym zakładem w całej Rosyji, ponieważ utrzymuje się wyłącznie z funduszków miasta, podczas gdy wszystkie inne szpitale są albo państwowe, albo prywatne, autor na samym wstępie zaznacza, że praca jego nie dotyczy wcale klinik ocznych uniwersyteckich, których głównem zadaniem jest kształcić studentów na lekarzy, każdy więc chory, zgłaszający się do kliniki, uważany jest przede wszystkim za materiał, mogący służyć do wypełnienia powyższego zadania.

Autor zwiedził w Niemczech 7 zakładów dla chorych na oczy, a mianowicie: 2 w Norymberdze, 2 w Sztuttgarcie i 3 w Karlsruhe. Z pomiędzy nich jeden tylko oddział oczny w szpitalu Katarzynek w Sztuttgarcie (Augen-Abtheilung des Katharinen-Hospitals in Stuttgart) jest utrzymywany z funduszków miasta i jest przeznaczony wyłącznie dla sług; poza tem wszystkie inne pozostają albo pod zarządem Towarzystwa Dobroczynności, albo są własnością lekarzy prywatnych. Zarządy miast nie mają w tem żadnego udziału, chyba tylko taki, że zobowiązują się płacić za utrzymanie i leczenie swoich biednych chorych.

Tym sposobem opieka nad chorymi na oczy rozwinęła się w tych miastach, zawdzięczając wyłącznie inicjatywie prywatnej.

Taka obojętność ze strony zarządów miast w sprawie szpitalnictwa uderza w pierwszej chwili każdego, niewtajemniczonego w stosunki miejscowe, przy bliższem jednak poznaniu rzeczy staje się ona zupełnie zrozumiałą. Zarządy miast, pojmując dobrze obszerny zakres swej działalności i nie będąc w stanie obciążać swego budżetu sprawami szpitalnemi, pobudziły do życia wiele Towarzystw i instytucji, powierzając im opiekę nad chorymi, a pozostawiając sobie, (obok wielu innych) pracę nad sprawami higieny publicznej. Szeroki rozwój powyższych instytucji i dostępne dla każdego warunki leczenia się sprawiły, że zarządy miast dziś już w opiece nad chorymi bezpośredniego udziału nie przyjmują.

W Norymberdze zwiedził W. szpital oftalmiczny Maksymiliana (Maximilian-Augenhospital, rada dworu Dr. Diez), mogący pomieścić 35 chorych i prywatną klinikę oczną D-ra Schubert'a na 15 łóżek; prócz tego znajduje się tam jeszcze kilka prywatnych klinik (klinika

D-ra Förster'a), tak, że w ogóle w Norymberdze można naliczyć 120 łóżek dla chorych na oczy.

W Sztuttgarcie jest 3 zakłady oczne: Charlotten Augenhospital (radca zdrowia Dr. Königshöfer) na 65 łóżek, oddział oczny w miejskim szpitalu Katharinen-Hospital (Dr. Criailsheimer) na 35 łóżek i prywatna klinika oczna D-ra Distler'a również na 35 łóżek.

W Karlsruhe zwiedził W. 3 szpitale oftalmiczne: oddział okulistyczny w Ludwig-Wilhelm-Heim (Dr. E. Maier) i oddziały oczne w ewangelickim i katolickim Diakonissenhaus (Dr. Gelpke). Wszystkie te trzy oddziały posiadają razem 100 łóżek, a oprócz tego jest jedna klinika prywatna na 12 łóżek.

Utrzymanie tak znacznej stosunkowo ilości szpitali ocznych możliwem jest tylko wtedy, jeżeli: 1) prawie cała ludność bierze udział w kosztach utrzymania tych szpitali i 2) jeżeli niema prawie wcale bezpłatnych porad.

W miastach, które autor zwiedził, pomienione warunki są skrupulatnie przestrzegane. Każdy nawet wyrobnik stara się płacić choćby najmniejszą 10-fenigową składkę miesięcznie, ażeby potem w razie potrzeby miał zapewnioną kurację w szpitalu. Rozwój przeto kas dla chorych (Krankenkassen), Towarzystw Dobroczynności, Towarzystw opieki nad chorymi i t. p., w znacznej mierze ułatwia utrzymywanie dostatecznej ilości szpitali z jednej strony i ogranicza do minimum liczbę bezpłatnych porad lekarskich z drugiej. Widzimy więc, że dobroczynność publiczna polega nie tyle na wielkich ofiarach bogatych jednostek, ile na udziałach średniej i niższej klas ludności w postaci małych składek miesięcznych.

W związku z powyższymi warunkami znajduje się również i ten paradoksalny dla naszych stosunków fakt, że liczba stałych chorych w oddziałach ocznych jest wielką, a liczba ambulatoryjnych porad bardzo małą. W sprawozdaniu z działalności kliniki D-ra Distlera dla niezamożnych chorych w Sztuttgarcie znajdujemy, że w roku 1896 leczyło się tam 223 stałych chorych, natomiast ambulatoryjnych porad udzielono tylko 415 (t. j. 1 dziennie, przyp. ref.), gdy tymczasem w Odesie na 660 stałych pacjentów wypada 10 razy tyle przychodzących. Przyczyna takiego stosunku chorych stałych do ambulatoryjnych w szpitalach niemieckich leży właśnie w tem, że z powodu bardzo ograniczonej liczby bezpłatnych porad w szpitalach, przychodzący chorzy leczą się w mieszkaniu u lekarza, zjadł ci, co potrzebują stałej kuracji odsyłają się do szpitala.

Koszta pobytu w zakładach leczniczych ocznych wynoszą: dla I klasy 5 marek za utrzymanie i 2 marki za leczenie; dla II klasy 3 marki i 2; dla III — 1½ i 1 marka. Koszta operacji zależne są od umowy pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Dodamy jeszcze, że wszystkie zakłady, które autor zwiedził, urządzone są zamożnie i prowadzone wzorowo.

Opisawszy w powyższy sposób organizacją pomocy okulistycznej w Norymberdze, Sztuttgarcie i Karlsruhe, autor porównywa te miasta z Odesą i zestawia niektóre dane liczbowe przy uwzględnieniu stosunków w państwie Rosyjskiem. Podczas, kiedy w Norym-

berdze na 180,000 ludności jest przeszło 100 łóżek dla chorych na oczy, gdy w Sztuttgarcie na 140,000 mieszkańców jest ich 130, a w Karlsruhe na 80,000 — 112 łóżek, w Odesie liczącej 450,000 mieszkańców jest wszystkiego 50—60 łóżek ocznych! A dalej, gdy w pomienionych 3-ch miastach, leczących razem 400,000 mieszkańców znajduje się 360 łóżek dla chorych na oczy, to w całym państwie Rosyjskiem na 120 milionów ludności według danych, zaczerpniętych z Departamentu Lekarskiego jest tylko 487 łóżek! Nakoniec warunki okulistyczne w Rosyi określają się zarówno liczbą okulistów: według danych z Departamentu Lekarskiego w roku 1890 wszystkich okulistów w Rosyi było 170 t. j. jeden na 500,000 mieszkańców.

W ogóle mówiąc, stosunki lekarskie w Rosyi i w Niemczech różnią się w następujący sposób: 1) Bezpłatnych porad w Niemczech albo niema wcale, albo jest ich bardzo mało, w Rosyi zaś panuje tendencya dostarczania bezpłatnej porady lekarskiej wszystkim bez wyjątku. Naturalnie, że bezpłatne leczenie odbywa się kosztem rządu (i nieodpowiednio małego wynagrodzenia lekarzy — *przyp. ref.*), który nie jest w stanie zaspokoić wymagań całego państwa, tembardziej, że większa część podatku szpitalnego przelewa się do funduszów ministerjum oświaty w celu podniesienia poziomu wykształcenia niższych warstw społecznych, zachwiania wiary prostego ludu w owczarzy i t. p. 2) Dobroczynność publiczna w Niemczech opiera się głównie na udziale całego społeczeństwa w postaci składek, odpowiadających stosunkom materyalnemu jednostek, składających ludność, w Rosyi zaś prywatna dobroczynność jest bardzo mało rozwiniętą i ogranicza się do jednorazowych ofiar bogatych, podczas gdy cała masa ludności średniej klasy, w sprawach dobroczynności publicznej udziału nie przyjmuje. 3) Poziom wykształcenia ludności niemieckiej jest wyższy, aniżeli w Rosyi, a samodzielność i poczucie osobistej godności rozwinięte są do tego stopnia, że prosty nawet robotnik nie chce przyjąć darmo porady lekarskiej, a stara się regularnie składekami miesięcznymi w kasach dla chorych zabezpieczyć sobie kuracya, która w razie choroby będzie mu się należała. Ludność w Rosyi jest mniej wykształconą i leczy się bezpłatnie na koszt rządowy, albo, co jeszcze gorzej, na koszt pracodawcy. Niejednokrotnie bowiem robotnik czuje się niezadowolonym z ofiarowanej mu w ten sposób porady lekarskiej, a chlebodawca, nie kontet z włożonego nań obowiązku, ogranicza, jak może, koszta, które ztąd wynikają.

Z przytoczonego wyżej widzimy, że tendencya zarządów wiejskich i miejskich dostarczania ludności bezpłatnej porady lekarskiej, zabiła zupełnie prywatną inicjatywę i wytworzyła nienormalne stosunki dla lekarzy, wyrazem których służy przepełnienie w ambulatoriach bezpłatnych szpitalnych i pustki w poczekalniach i gabinetach lekarzy wolnopracujących.

Na gruncie takich stosunków sprawa okulistyczna cierpi najbardziej, dowodem czego są prace Skrebickiego nad statystyką ślepych w Rosyi, które wykazały kolosalny stosunek ślepych do widzących (44,4 : 10000). Takiej klęsce niepodoła nawet opieka Cesarzo-

wej Maryi, jeżeli w dalszym ciągu pozostanie przy zasadzie dostarczania bezpłatnej porady lekarskiej wszystkim, którzy się zgłoszą.

W. Garliński.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

142. Steinthal spostrzegł i opisał przypadek izolowanego złamania *eminientiae capitatae* w stawie łokciowym. Przeglądając literaturę, znalazł jedyny zaledwie opis podobnego przypadku, sprawdzonego nadto po śmierci, zamieszczony w *Zeitschrift f. Wundärzte und Geburtshelfer* w r. 1853 przez *Hahn'a*. *Hahn* podaje następujące wskazówki rozpoznawcze, na które *St.* zupełnie się zgadza: 1) obydwa kłykcie kości ramieniowej, olecranon i proc. coronoides są na swoim miejscu. 2) Zginanie i wyprostowywanie bierne przedramienia są ograniczone, ruch nawrotny i wyrotny ręki jest swobodny. 3) Z przodu kłykcia zewnętrznego wyczuwa się kulistą, twardą wyniosłość, która podczas ruchów na — i wyrotnych niema nic wspólnego z kością promieniową. 4) Główna kości promieniowej leży po za tą wyniosłością. 5) Trzeszczenie wyczuwa się podczas ruchów nawrotnych i wyrotnych, jeżeli położymy palec na owej wyniosłości i główce kości promieniowej. Jako dane różniczkowo rozpoznawcze ważne są, według *Steinthala*, następujące, wykluczające złamanie główki kości promieniowej: 1) w razie złamania główki kości promieniowej odłamek leży mniej więcej na osi kości promieniowej; 2) w razie złamania szyjki kości promieniowej wyniosłość kostna leży również w przegubie łokciowym, lecz ruchy nawrotny i wyrotny są ograniczone.

(Centralblatt f. Chir., № 1. 1898).

W. Z.

143. Meyer szeregiem doświadczeń mógł stwierdzić odkrycie *Marchanda*, że jodoform wstrzymuje rozwój komórek olbrzymich i przeszkadza organizacvi łącznotkankowej podczas wgapiania się ciał obcych wśród tkanek zwierzęcych (u świnek morskich i królików). Gąbki jodoformowane obrastały zawsze tkanką łączną, otaczającą je; w gąbki zaś wyjąławiane i karbolizowane też sama tkanka łączna stale wrastała. Autor przypisuje jodowi powyższe działanie jodoformu. Praktyczny wniosek stawia *Meyer* ten, że stanowczo należy przekładać, nawet podczas operacji bezgnilnych, tamponowanie gazą jodoformową, ponieważ nie skleja się z tkankami otaczającymi, sprzyja sklejanu się listków otrzewny i wreszcie z łatwością daje się usuwać.

(Langenbeck's Archiv. T. XV., Z. 3. — Ref. w Centralbl. f. Chir., № 1. 1898).

W. Z.

144. *Wentscher* (z Torunia) zajął się zbadaniem, jak długo zachowuje żywotność naskórek, zcinany, pod postacią płatków skóry, według *Thierscha*. Autor przechowywał takie płatki w jałowym,

roczynnie fizyologicznym soli kuchennej lub w stanie suchym w gazie wyjąłowanej; poczem przenośli na czyste, ziarninujące powierzchnie (zwykle owrządzeń goleni) i przebieg gojenia sprawdzał za pomocą badań histologicznych. Najstarszy, z wynikiem pomyślnym przeszczepiony płat naskórka, miał 22 dni; już 5-go dnia po zaszczeniu widać było w przeniesionym naskórku figury mitotyczne, a 8-go dnia płat przrósł zupełnie. Płaty, które przetrwały w stanie suchym 28 lub więcej dni po zaszczeniu, nie przyjmowały się. *Liunggren* obserwował, że płaty naskórka, które przechowywane były w jałowej, płynnej surowicy, nie traciły swej żywotności nawet po sześciu miesiącach. Doświadczenia *Wentschera* wykazały również, że skóra jest bardzo oporna na działanie zimna: płaty naskórka, które poddane były działaniu — 5° C. w ciągu 14-tu godzin, po odtajaniu przyjmowały się doskonale. Przeciwnie, wysoka ciepłota, np. 15-tominutowe ogrzewanie w ciepłocie 50° C., pozbawia naskórek żywotności.

(Bericht über die Naturforscherversammlung in Braunschweig. Refer. w Centralbl. f. Chir., № 1. 1898). W. Ż.

145. Dr. *Egbert Braatz* podaje przypadek pomyślnie dokonanego wyjęcia **kuli rewolwerowej z mózgu**, dzięki jedynie zastosowaniu w tym razie promieni *Roentgena*. Siedemnastoletni młodzieniec w celu samobójczym strzelił do siebie w skroń z *prawej* strony. W dwa lata potem, wskutek rozmaitych objawów, będących następstwem obecności kuli w mózgu, zdjęto kilka fotografii, by przekonać się o umiejscowieniu kuli; poczem wykonano trepaczacę czaszki na miejscu kości skroniowej *lewej* i wydobyto kulę o kształcie zmienionym, która tkwiła na głębokości 5 ctm. w tkance mózgu. Wyzdrowienie zupełne nastąpiło wkrótce.

(Centr. f. Chir., № 1. 1898).

W. Ż.

146. *Buret* zastanawia się nad poglądami *Ogilvie* co do **przekazania przymiotu trzeciemu pokoleniu** i przychodzi do wniosku, że dziedziczenie tego cierpienia, jako jednostki nozologicznej, nie znajduje dowodu w szeregu przytaczanych przykładów i jest wprost niemożliwe. Dzieci syfilityków dziedzicznych są zazwyczaj wątłe, źle odżywiane, charłaczne, ze źle zbudowanym kośćcem, usposobione do rozmaitych chorób przewlekłych, mniej odporne i t. d.: mogą one zapadać na zapalenia siatkówki, naczyńiówki, rogówki, mogą chorować na zapalenia i zgorzel kości; — lecz zupełnie jest nieprawdopodobnem i niemożliwem, żeby rodzice, którzy sami nie przechodzili przymiotu, lecz jedynie pochodzą od syfilityków, mogli przekazać swoim dzieciom tę chorobę z pierwszorzędnymi i wtórnymi objawami.

(La France med. № 5. 1898).

W. M.

147. **Leczeniu hemoroidów** poświęcił dr. *Lucas Championniere* (Jour. de med. 23, 97) oddzielną pracę, w której zawarł dotychczasowe poglądy na tę kwestję. Przedewszystkiem radzi unikać wszelkich środków drażniących, np. sublimatu, częstokroć bowiem wywołują bolesną pryszczycę. W razie stanu zapalnego guzów, zaleca okłady ciepłe z krochmalu, bóle znikają szybko, a guzy znacznie się zmniejszają.

L. za zbytne uważa dodawanie do okładów środków przeciwnilnych, co najwyżej stosować można kwas borny, działający kojąco. Kwas borny przepisuje w postaci maści (20,0 : 100,0 waseliny) i radzi przykładać wieczorem i rano po dokładnem obmyciu wodą letnią. Niekiedy do maści dodaje 1,0 balsamu peruwiańskiego. U chorych z idiosynkrazją do wazeliny zamiast niej używa axung. porci benzoin.

Po przejściu ostrego okresu zapalnego L. radzi używać środków ściągających, w tym celu zaleca odwar liści orzechowych.

Leczenie operacyjne polega: 1) na rozszerzeniu zwieracza (dilatation forcée), używanem w razie zaciśnięcia m. zwieracza nader zwykle bolesnego, rozszerzenia dokonywa się za pomocą palców. 2) usunięcie guzów za pomocą termokauteru. 3) podwiązanie guzów. Opis rękoczynów nie zawiera nowych modyfikacyj. (J. Z.)

148. Combemale u 30 suchotników stosował przeciw **potom nocnym** octan talium. Dawka 0,1 grm. w pigułkach na godzinę przed snem. Środek ten można dawać przez 4 dni zrędu.

(La Sem. med. 10).

(J. Z.)

149. Mongour zaleca w **biegunkach u dzieci wodę wyjałowioną**. Wogóle zadanie przy leczeniu biegunek polega na najprędzem wydalaniu z przewodu pokarmowego wytworów fermentacji oraz utrzymaniu go w możliwie jałowym stanie, nie sprowadzając zaburzeń w ogólnem odżywianiu. Z tego powodu środki czyszczące i przeciwnilne, jeśli wypadają stosować je czas dłuższy, nie prowadzą do pożądanego celu. Autor, wychodząc z założenia, że woda wyjałowiona nie sprzyja rozwojowi drobnoustrojów, stosował ją w biegunkach u 15-tu dzieci pomiędzy 16—24 miesiącami życia. 2-je dzieci zmarło zaraz po przyjęciu do szpitala; 6-ro wyzdrowiało po 2 dniach; 3-je po 4 dniach, 2-je po 5 dniach, 1-no po 1 dniu i 1-no po 6 dniach. Zawsze wymioty ustawały zaraz. Woda była wyjałowiona przy 150°; ilość dzienna 300—400,0. Podczas leczenia dzieci nie dostawały żadnych lekarstw i jedzenia; po ustaniu biegunki otrzymywały wyjałowioną mleko z $\frac{2}{3}$ jałowej wody. W 27 przypadkach poza szpitalnych przy leczeniu tego rodzaju otrzymał autor bardzo dobre wyniki.

(Klin. Therap. Woch. № 12. 1898).

W. M.

150. Brazzolla szczepił psom i owcom **hodowlę gronkowca** złotego początkowo stare, potem coraz świeższe i bardziej jadowite i uodporniał na tej drodze pomienione zwierzęta na zarazienie gronkowcami. Surowica tych zwierząt ma wielki wpływ leczniczy i uodporniający u królików i psów zarażonych gronkowcami. Autor przypuszcza, że surowica ta może mieć podobne znaczenie i dla ludzi w odpowiednich przypadkach.

(Wien. Med. Woch. № 10).

W. M.

151. Jaquet i Kuendig robili doświadczenia na zwierzętach, chcąc objaśnić zjawiska, że w **górach zwiększa się ilość czerwonych ciałek i barwnika we krwi**. Badania skłoniły ich do przyjęcia przypuszczenia Miescher'a głoszącego, że to powiększenie jest rzeczywiste, polegające na rozmnożeniu tych składników krwi wskutek podrażnienia, jakie sprawia obecność mniejszej ilości tlenu w powietrzu gór-

skiem, niż w dolinie. Inne poglądy, jak wiadomo, dowodzą, że przyrost składników krwi jest tylko pozorny i polega na zgęszczeniu krwi.

(Klin. Ther. Woch. № 11).

W. M.

IV. ODCINEK.

PROJEKT USTAWY

służby zdrowia w gminach i miastach gub. Lubelskiej¹⁾

(wedle uchwały Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego z dn. 4-go lutego 1898).

Zadaniem służby ma być: a) Publiczna ochrona zdrowia; b) Bezpłatna pomoc lekarska dla niezamożnej ludności gubernii Lubelskiej. Pomoc lekarską biedni mieszkańcy otrzymywać będą: A) w ambulatoriach lub w domu chorego; B) w szpitalach lub domach schronienia.

A) Leczenie w ambulatoriach i w domu chorego jest dwojakie: I. w gminach i II. w miastach.

I. Pomoc lekarska w gminach.

Celem utworzenia pomocy lekarskiej w gminach, ustanawia się organizację służby zdrowia, którą składają: 1) Opiekunowie i ich zastępcy; 2) Lekarze i niższy personel lekarski; 3) Apteki.

1) Opiekunowie i ich zastępcy są wybierani na lat trzy przez zebrania gminne w każdej gminie z grona inteligentnej ludności miejscowej, z kwalifikacją naukową skończonych 4 klas gimnazjalnych, i pełnią swe obowiązki honorowo.

W celu uniknięcia nadużyć w korzystaniu z bezpłatnej pomocy lekarskiej, opiekunowie wraz z wójtami i pełnomocnikami gminy, formują corocznie listy imienne, tych biednych rodzin, które mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Lista nie może przekraczać 20% ludności. Zastrzega się nadto, iżby na listach biednych nie byli umieszczani ani służący większych właścicieli po nad 50 włók, ani robotnicy fabryczni, gdyż za nich pracodawcy obowiązani są płacić.

Listę imienną należy ogłosić na zebraniach gminnych. Każdy mający prawo korzystania z pomocy bezpłatnej, otrzyma kartę imienną, opatrzoną podpisem wójta gminy i opiekuna, która będzie dowodem legitymacyjnym dla niego i rodziny.

¹⁾ W zeszłym zeszycie *Kroniki* podaliśmy krytykę dotychczasowych projektów, dziś uważamy za stosowne podać projekt Tow. lek. lubelskiego w nadziei, że i inne Towarzystwa prowincjonalne zajmą się tą sprawą. (Przyp. Red.).

W wyjątkowych przypadkach przysługuje opiekunowi prawo, umieszczenia na liście w ciągu roku osoby nie zapisanej przy układaniu spisu.

Nadto opiekun przyjmować będzie wszelkie darowizny w naturze lub pieniądzech, ofiarowane na rzecz ubogich.

2) Personel lekarski. Lekarz, pragnący przyjąć obowiązki lekarza gminnego, winien przedstawić swą kandydaturę zwiększonej przez opiekunów powiatowej Radzie opiekuńczej, która przesyła swą opinię do zatwierdzenia Gubernatorowi. Lekarz pełni swe obowiązki przez lat 3, jeżeli przez ten czas nie było reklamacji ze strony gmin, lekarz pozostaje na stałe w obowiązku.

Przy mianowaniu lekarzy gminnych pierwszeństwo mają mieć lekarze, mieszkający w gminach w dniach wprowadzenia projektu.

Okręg lekarski jego działalności wyznacza Rada Opiekuńcza, i ten nie może być większym, niż 3 gminy; — w zasadzie zaś okręg sądowy.

Jeżeli lekarz zechce uwolnić się od służby, winien zawiadomić o tem Radę powiatową na kwartał przed terminem wyjazdu.

Obowiązki lekarza są następujące:

a) współdziałanie przy wykonywaniu czynności sanitarno-policyjnych;

b) leczenie biednych w ambulatoryum;

c) leczenie biednych chorych w domu.

ad a) Lekarz obowiązany jest zawiadamiać lekarza powiatowego o wszelkich epidemiach jako też o wszelkich uchybieniach przeciwko higienie publicznej i w razie żądania lekarza powiatowego nie uchylać się od współdziałania.

ad b) Lekarz gminny udziela bezpłatnej porady osobom, zapisanym na liście biednych, codziennie w oznaczonych godzinach u siebie w domu, lub w specjalnie na to urządzonem ambulatoryum w miejscu zamieszkania lekarza. Przy każdym ambulatoryum znajdować się będzie podręczna apteczka, zawierająca materiały opatrunkowe i doraźne środki lekarskie, do stosowania na miejscu.

Przy ambulatoryum znajduje się od 2—4 łóżek dla pomieszczenia chorych w ciężkich i wyjątkowych przypadkach.

ad c) Lekarz gminny udziela porady niezamożnym chorym swego okręgu w ich własnych mieszkaniach wówczas, gdy chorzy nie mogą być leczeni ambulatoryjnie, a cierpienie ich nie wymaga koniecznego wysyłania do szpitala.

Wynagrodzenie lekarza gminnego ma być od rs. 500. Do pomocy lekarzowi dodaje się jeden felczer z pensją rs. 150, mieszkaniem, opałem i światłem. Felczer pod żadnym pozorem nie może leczyć samodzielnie, lecz tylko wykonywać polecenia lekarskie.

W każdej gminie powinna się znajdować, co najmniej, jedna babka z pensją rs. 50 rocznie.

Wybór i uwolnienie od obowiązków felczerów i babek wiejskich zależy wyłącznie od lekarza wiejskiego.

3) Lekarstwa dla niezamożnej ludności danego okręgu będąbrane z apteki tegoż okręgu.

Taksa aptekarska ułożona będzie przez specjalną komisję gubernialną, do której składu wejdą, oprócz Inspektora lekarskiego i asesora farmacyi, dwóch lekarzy szpitalnych i jeden z właścicieli aptek m. Lublina.

Na pokrycie rachunków aptecznych wyznacza się rs. 500 rocznie.

II. Pomoc lekarska w miastach.

Organizacją służby zdrowia dla miejskiej ludności składają:

- 1) Opiekunowie i ich zastępcy;
- 2) personel lekarski;
- 3) apteki.

ad 1) Opiekunowie mają też same funkcyje, co i w gminach, z tym jednak wyjątkiem, iż w miastach są wybierani przez magistrat ze współdziałaniem przedstawicieli miasta, i współdziałają, zamiast z wójtem i kancelaryą, z tymże Magistratem, w celu układania list biednych.

ad 2) Wybór lekarzy zależy od miejscowych Rad Opiekuńczych, a zatwierdzenie od Gubernatora.

Co do kwalifikacyi lekarza pożądana jest 2-letnia praktyka szpitalna.

W większych miastach pożądanem jest, aby lekarz mieszkał w swoim okręgu.

Urządzenie specjalnych ambulatoryów jest zbyteczne w miastach, zarówno jak i felczerzy. Zamiast babek wyznacza się na każdy okrąg lekarski miejski po jednej akuszerece z pensją rs. 150 rocznie.

Każde miasto powiatowe, posiadające mniej niż 10,000 mieszkańców, mieć będzie 1 lekarza. Miasta zaś posiadające więcej niż 10,000 mieszkańców (Chełm, Zomość i Hrubieszów) po 2-ch.

W Lublinie pełnić obowiązki lekarzy biednych będzie 5-ciu. Pensya lekarza miejskiego ma być od rs. 400.

Na wydatki apteczne w każdym okręgu oznacza się rs. 300.

Lekarz biednych w miastach nie może mieć drugiej urzędowej posady.

Budżet służby zdrowia.

A) Gminnej.

41 lekarzy po rs. 500	20,500
41 felczerów po rs. 150	6,150
mieszkanie i opał po rs. 100	4,100
141 babek po rs. 50	7,050
41 aptek po rs. 500	20,500
41 ambulatoryum po rs. 500	20,500

B) Miejskiej.

16 lekarzy po rs. 400	6,400
16 akuszerok po rs. 150	2,400
16 aptek po rs. 300	4,800
	<hr/>
	78,800

13,600

Razem rs. 92,400

C) Szpitale i Domy przytułku.

Lekarz gminny lub miejski kwalifikuje chorych do bezpłatnego leczenia w odpowiednim szpitalu, na sali ogólnej. Lekarz gminny powinien się starać kwalifikować chorych biednych do najbliższego szpitala, dla uniknięcia kosztów przewiezienia; w szczególnych przypadkach (choroby oczne, chirurgiczne, ginekologiczne, ciężkie wewnętrzne) odsyłać należy do szpitali gubernialnych. Opłata za chorych niezamożnych, tak z miast jak gmin, pokrywana będzie z funduszu zbranego w formie podatku z gmin i miast.

Przy każdym szpitalu winny być ambulatoryja dla bezpłatnej pomocy lekarskiej tym biednym chorym, których do ambulatoryum skierują z piśmienną kwalifikacją lekarza okręgowego.

W każdym szpitalu prócz lekarza naczelnego winien być drugi płatny ordynator.

W miastach powiatowych nie posiadających szpitali, a mianowicie: w Biłgoraju, Tomaszowie, Lubartowie, a także w osadzie Opolu, należy urządzić szpitale.

Na zasadzie cyfr, wykazanych w sprawozdaniach urzędowych, utrzymanie w domach przytułku kosztuje w Lublinie przeciętnie 30,5 kop. dziennie, gdy w szpitalu 65 kop., w miastach zaś prowincjonalnych w przytułkach 8,1 kop. a w szpitalach 89,2, — należałoby więc na prowincyi zwrócić szczególną uwagę na rozwój przytułków, a mniej na szpitalnictwo; w Lublinie zaś odwrotnie: szpital bowiem w Lublinie jest względnie tańszy niż na prowincyi, a domy przytułku droższe. Ponieważ w szpitalach chrześcijańskich m. Lublina zajmuje miejsca bez potrzeby wielka ilość osób, kwalifikujących się do domów przytułku, w poważnej liczbie stanowiących ludność zamieszcową, należałoby od tego niepotrzebnego balastu uwolnić szpitalne budżety. Jedyną do tego drogą jest powiększenie lub utworzenie przytułków, schronisk i domów zarobkowych zwłaszcza na prowincyi, a to ze względów ekonomicznych. W tym celu należy wliczyć do nowo proponowanego podatku na cele lecznicze, pewną kwotę na utrzymanie nieuleczalnych w przytułkach.

Przypuszczalny budżet na leczenie biednych w szpitalach i przytułkach.

Ze względu, iż w szpitalach gubernii Lubelskiej dzienna ilość zajętych łózek wynosi 500, z czego na biednych odliczyć należy $\frac{2}{5}$, to licząc koszt opłaty szpitalnej po 50 kop. za chorego, wypadnie $200 \times 50 \times 365 = \text{rs. } 36,500$.

Nadto, przypuszczając, iż w domach przytułku zajdzie potrzeba umieszczenia mniej więcej takiej samej ilości starców, jak to ma miejsce obecnie ($276 \times 47 = 323$) to obliczając przeciętnie (w Lublinie i na prowincyi) koszt jednego pensjonarza na 20 kop. wypadnie rs. 21,900.

Ogółem koszt służby zdrowia w całej gubernii wyniesie:

A) gminy	78,800
B) miasta	13,600
C) szpitale	36,500
D) przytułki	21,900

Razem rs. 150,800 (Dok. n.)

V. Przegląd bibliograficzny.

Instytut położniczy w Warszawie od roku 1802—1884. Napisał prof. dr. Wł. Tyrchowski, b. prof. Akuszeryi Akademii Med. Chirurg., Szkoły Głównej; Uniwersytetu w Warszawie. — (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. T. XCH r. 1897. Zeszyt I. II. III. IV. — str. 310).

Jeżeli jest prawdą, że świat jest kupcem, który zapomina o klientach, którzy z nim nie handlują, to prof. Tyrchowski pomimo zasłużonych wczasów, jakich już od lat wielu używa, do klientów tych zaliczony być nie może, przypomniał się bowiem naszemu światu lekarskiemu i to w sposób równie zajmujący jak i przyjemny.

Wspomnienia profesora najwyższej uczelni w kraju w trzech fazach przemian, jakim koleją losu ulegała, t. j. Akademii medyko-chirurgicznej, szkoły Głównej, a następnie Uniwersytetu — muszą zawierać nie jeden szczegół dotychczas nieznan, nie jedno wydarzenie w odmiennem świetle przedstawione. I rzeczywiście, wspomnienia te, spisane przez sędziwego profesora, w ułożeniu chronologicznem, czyta się z wielkiem zajęciem i przyjemnością. Wprawdzie, znajdujemy tutaj wiele danych poczerpniętych z Gašiorowskiego; z notat do historii akuszeryi w Polsce M. Zieleniewskiego; z znów z historii szpitala Dzieciątka Jezus J. Bartoszewicza; z rysu historyczno-statystycznego Akademii medyko-chirurgicznej P. Girsztowta i t. d.; są jednak szczegóły wprost z akt czerpane, są wiadomości, których naprózno byśmy w drukach szukali, znajdują się wreszcie w tym fragmencie historycznym osobiste spostrzeżenia, wrażenia z powodu pewnych wydarzeń, uwagi o osobach u steru stojących — a wszystko to we wdzięczną formę bezpretensjonalnego opowiadania ujęte, napisane językiem niewyszukanym, prostym.

Czytelnik, rozmyślając o czasach minionych wespół z autorem, oddaje hołd zasłudze, to smuci się z pewnych wydarzeń, to znów oburza się na pewne postęпки. Autor potrafi wyrażać uznanie, niecofa się jednak od protestów. Wymieńmy jednak przynajmniej główne działy z książki prof. Tyrchowskiego, aby w przybliżeniu dać pojęcie o jej bogatej treści.

Na wstępie znajdujemy wiadomości o dawniejszych przytułkach dla rodzących i podrzuteków oraz szkołach akuszeryi (babiemia) w dawnej Polsce, — o szkole akuszerki w Warszawie za czasów pruskich (1802—1806). Dalej historia pomocy akuszeryjnej w kraju za czasów Księstwa Warszawskiego do założenia uniwersytetu Aleksandryjskiego (1818 r.).

Ta część książki bogata w szczegóły i nader żywo pisana, zawiera zajmujące sylwetki pierwszych dyrektorów kliniki położniczej w Uniwersytecie Warszawskim: Wilhelma Wahlburga, Ignacego Fijałkowskiego, którego zatarg z akuszerką Bystry doszedł do wiadomości Wielkiego Księcia Konstantego i wywołał interwencyę namiestnika Zajączka.

Po roku 1830 zamknięto Uniwersytet Warszawski, zamknięto też i kliniki z wyjątkiem Instytutu położniczego, który i nadal zachował swoje przeznaczenie. W osobnym też rozdziale kreśli autor dzieje tej instytucji w ciągu tego 10-lecia t. j. do r. 1840, czyli do powstania Ustawy o Zarządzie Służby Zdrowia w Królestwie Polskiem, w którym to czasie przypada połączenie Instytutu ze szpitalem Dzieciątka Jezus.

W r. 1861 dyrekcję Instytutu położniczego objął dr. Tyrchowski, mianowany na profesorem Akademii medycznej. Okres Akademii medyko-chirurgicznej (1851—1862), okres szkoły Głównej (od r. 1862) i Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego (do połowy 1884) — to epoka działalności w Instytucie samego autora, a zatem osobiste, własne wspomnienia. O tej części książki powiemy tylko ogólnie, że jest to ważny i nader interesujący przyczynek do historii wydziału lekarskiego wszechniczy Warszawskiej. Tutaj mimowoli, a nawiasem nasuwa nam się pytanie, kiedy nareszcie poważna luka — brak historii wydziału lekarskiego w b. akademii i w szkole Głównej — zapełnioną w naszej literaturze zostanie. Kraushar wydaniem swego „Siedmiolecia szkoły Głównej“ t. j. historii wydziału prawa i administracji, godny do naśladownictwa dla lekarzy pod tym względem wzór pozostawił. Wracając do książki prof. T., winniśmy zaznaczyć, że ma ona wartość nie tylko historyczno-literacką. Wprawdzie, jej układ, sposób pisania -- miejscami nawet anegdotyczny (np. o wizycie profesora R.), to znów zbyt osobisty (np. ustęp o jakiejś abstynencji prof. X.), obok opisu o odkryciu Semmerweisa i z niem związanych kwestyach, właściwego bodaj w książce o aseptyce położniczej niż tutaj, jak powiadam, wprawdzie układ tej książki czyni z niej utwór literacki, dla określenia którego niełatwo znalazłbym ścisłą nazwę, posiada ona jednak i inną jeszcze wartość. Prof. Tyrchowski zadał sobie trud, że zebrał i wydrukował tabelarnie „ruch położnic“ (od r. 1802 do 1883).

Wobec dokładnych rubryk w tych tablicach, jak np. rodzaj operacji, % śmiertelności, są to dane bardzo ważne, a czerpać z nich wnioski można doniosłe. Za przykład pod tym względem służyć może świeżo wydrukowana praca, którą mam przed sobą, lekarza sztabowego, d-ra Velde'go (Geschichte des Kindbettfiebers im Charité — Krankenhaus zu Berlin — Archiv f. Gynaekologie № 55 Bd. I. H. 1898). Prof. T. pisząc „historią Instytutu“ podał te cyfry, jako materiał surowy, nieopracowany, i za to jednak wdzięczni mu jesteśmy, być może, że mając ten materiał już zebrany, przy innej okazji zajmujemy się zestawieniem, dla wykazania wartości „rozpraw“ obecnie pisanych ad majorem gloriam, ale... nie nauki.

Józef Jaworski.

VI. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 15-go marca 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Janowski** pokazał tętno niezwykle, zdjęte w napadzie tachycardiae paroxysmalis u chorej 21-letniej z stenosis et insuff. mitralis. Osobliwość przypadku polega na tem, że znajdują się na jednym papierku wahania w napięciu tętna i to wahania, mające swoją określoną prawidłowość: jedna fala miękka i jedna prawidłowa, jedna miękka i dwie prawidłowe, i znów jedna miękka i jedna prawidłowa i t. d. J. proponuje nazwać takie wahania w napięciu tętna — allotensio pulsi.

2) **Garliński** przedstawił chorą, u której od 15 lat zaczął rozwijać się guz w lewym oczodole. Guz ten początkowo nie sprawiał dolegliwości, od 5 zaś lat był przyczyną utrudnienia ruchów gałki ocznej, podwójnego widzenia oraz bólów głowy. Na czole utworzył się niewielki twardy guzik, zdaje się, tej samej natury. G. zamierza wykonać operację.

3) **Gabszewicz** przedstawił: a) chorego 34-letniego mężczyznę, któremu wykonał przed 10-ma miesiącami operację w okolicy prawej żuchwy z powodu promienicy. Po operacji dawał choremu jodek potasu po 1,0—5,0 dziennie do wystąpienia objawów jodyzmu. Pomimo to po upływie 1½ miesiąca chory powrócił do szpitala z nacieczeniem w okolicy przedusznej i skroniowej. Po usunięciu chorych części i opatrunkach z jodem, rana zagoiła się zupełnie i chory dobrze otwiera usta: zostało porażenie nerwu twarzonego. b) 30-letniego chorego, któremu, z powodu ostrego zapalenia kości piętowej po urazie, wykonał operację Obalińskiego i usunął zmartwiałe kości klinowe, kość sześcienną, czółenkowatą i ¾ skokowej. Chory wyzdrowiał zupełnie: skrócenie kończyny wynosi zaledwo 1½ ctm.

4) **Orzeł** przedstawił elektromotor Bergmanna, wykonany przez Hirschmanna, do trepanacyi. Składa się on z akumulatora o 6-ciu elementach, elektromagnesu i przewodnika, z którym łączą się rozmaite piłki i świderki. Akumulator może służyć do galwanokaustyki i oświetlania jam. Braki elektromotoru polegają na zbyt małej sile akumulatora, wskutek czego piłka odbywa za mało obrotów na minutę i przez to drży, co wpływa na łatwość uszkodzenia sąsiednich tkanek i rąk operatora. Drugi brak stanowi nieobecność przy piłce odpowiedniego szpadelka do zabezpieczenia przy trepanacyi opony twardej. Cena przyrządu wynosi 250 marek; francuski elektromotor, nie mający tych braków, kosztuje około rs. 1,500.

5) **Gepner** (syn) przedstawił chorego 40-letniego, u którego przed dwoma miesiącami nastąpiło bez wyraźnej przyczyny zmętnienie rogówki. Wzrok osłabł bardzo znacznie. Środki rozszerzające źrenicę nie zmniejszyły objawów podrażnienia. G. przypuszcza cierpienie jałdówki prawdopodobnie istoty przymiotowej.

Na porządku dziennym: **Heiman** mówił o utracie słuchu postępującej. Rozpatrzywszy fizyologię słuchu, mówca dzieli utraty słuchu na zależne od chorób przewodu dźwiękowego (do przepony bębenkowej) i chorób narządu perypupującego (od jamy bębenkowej). Z chorób pierwszego rodzaju słuch ograniczają zwężenia przewodu; lecz nawet niewielki przewód wystarcza do przeprowadzenia dźwięków i dlatego głuchota w tych przypadkach zdarza się rzadko. Natomiast choroby narządu wewnętrznego ucha są najczęstszą przyczyną głuchoty; rozwija się ona w tych razach zazwyczaj szybko, powoli zaś tylko przy sklerozie ucha wewnętrznego. Pewne zajęcia, lekarstwa, histerya, zapalenie opon, przymiot i t. d. są przyczyną głuchoty błędnikowej. Najczęściej przyczyną głuchoty są sprawy nieżytowe i sklerotyczne wnętrza ucha. Pierwsze zależą od przyczyn miejscowych, drugie od ogólnych; przy pierwszych cierpi cała błona śluzowa jamy bębenkowej, przy drugich głównie okolica odcinka owalnego; przy pierwszych istnieje wysięk, wskutek którego wytwarza się tkanka łączna, prowadząca do rozmaitych zrostów, zwyrodnień, zaników, unieruchomienia kosteczek; przy drugich rozwija się powolne zapalenie śródmiąższowe błony śluzowej, prowadzące do zaniku jej i ankiłozji kosteczek. Cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych, zmiany ciepłoty i t. d. sprowadzają nieżyty; dziedziczność, ciąża, poród, małokrwiistość wywołują sklerozę. Nieżyty powstają częściej w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, skleroza zaś — w późniejszym, przeważnie u kobiet. Objawy w postaci nieżytowej: upośledzenie słuchu, często ciężar głowy i szum. Choroba może mieć za zejście — wyzdrowienie, częściej jednak postać przerostową, która pociąga za sobą znaczną utratę słuchu; w tym okresie występują zawroty głowy i lepsze słyszenie w hałasie oraz dokuczliwe szumy. Skleroza przebiega z podobnymi objawami, lecz zawsze zaczyna się od nieznośnego szumu. Przebieg jest postępujący, zejście — zupełna głuchota. W postaciach nieżytowych błona bębenkowa jest wciągnięta, mętna, sino-czerwona; uwydatnia się fałda tylna, trzonek młotka ulega skręceniu; błona bębenkowa później zanika. Przy sklerozie błona bębenkowa jest długo normalną, potem zanika, lecz trzonek młotka pozostaje niezmienny. W postaciach nieżytowych trąbka Eustachiusza jest zamknięta, przy sklerozie otwarta. Leczenie postaci nieżytowych polega na wpędzaniu powietrza do jamy bębenkowej; w okresie wydzielniczym przeciwwskazane są wszelkie wstrzykiwania. Wszelkie miejscowe leczenie w sprawach sklerotycznych jest szkodliwe; jedynie ogólne leczenie ma pewne znaczenie. O leczeniu chirurgicznym nie można nic jeszcze powiedzieć.

W dyskusyi **Guranowski** sady, że mówiąc o głuchocie postępującej, H. powinien był uwzględnić jedynie sklerozę. Znajdujemy ją najczęściej u chorych z dziedzicznym przymiotem i skazą moczową.

Jako ważny moment rozpoznawczy we wczesnych okresach choroby, występuje utrata zdolności słyszenia niskich tonów. O chirurgicznym leczeniu, polegającym na usunięciu wszystkich kostek nie powiedzieć jeszcze nie można, podobnież jak o stosowaniu tyreoidyny; badania dotychczasowe w tych kierunkach są bardzo zachęcające.

W. Miklaszewski.

VII. Z TOWARZYSTW PROWINCYONALNYCH.

I.

Protokół IV miesięcznego posiedzenia Towarzystwa Lekarzy gub. Kaliskiej
dnia 17-go grudnia 1897.

Przewodniczył wiceprezes Drozdowski.

Z członków byli obecni: Beatus, Drecki, Merkel, Rüdiger, Wojciechowski i Zucker.

Kol. Merkel przytoczył statystykę chorób zakaźnych z ubiegłego miesiąca: 15 przypadków szkarlatyny, z których 3 śmiertelne, 6—dyfterytu, z których jeden śmiertelny, 5—tyfusu brzuszego, z tych jeden zakończył się śmiercią.

Kol. Drozdowski mówił o otruciu kwasem karbolowym.

Chłopiec 17-letni w celu samobójczym wypił z 15 grm. kwasu karbolowego, poczem upadł na ziemię bezprzytomnie. Po kilku minutach wezwany lekarz skonstatował: sinieć wybitnie wyrażoną, rozszerzenie źrenic, puls ledwo wyczuwalny, oddech utrudniony, w płucach wilgotne rżenia, szczękościsk do tego stopnia, że chory nie łykać nie mógł, kończyny nie oddziaływały na bodźce zewnętrzne. Chory robił wrażenie konającego. Takież wrażenie sprawił chory na koledze Drozdowskim, który wezwany na konsultację zaproponował przemycie żołądka, co z trudnością dało się uskutecznić z powodu silnego szczękościsku. Przemyto żołądek obfitą ilością wody letniej z dodatkiem siarczanu sody. Po owem przemyciu funkcje organizmu powoli wracały: puls stawał się pełniejszy, rżenia ustały, przytomność wróciła. Po kilku dniach jama ustna oczyściła się i chory wrócił do zupełnego zdrowia. Przez cały czas mocz nie zawierał białka.

II.

Protokół V miesięcznego posiedzenia Towarzystwa Lekarzy gub. Kaliskiej
dnia 24-go lutego 1898.

Z członków byli obecni: Beatus, Drecki, Merkel, Rüdiger, Wilczewski, Wojciechowski i Zucker.

Przysłano do Towarzystwa: Sprawozdanie z działalności szpitala dziecięcego imienia Św. Olgi w Moskwie. Protokoły Terskiego Towarzystwa Lekarskiego i Protokoły Towarzystwa Lekarzy w Symbirsku. Wiceprezes w rzewnych słowach wspominał o stracie, jaką poniosło Towarzystwo przez nagłą śmierć długoletniego Prezesa naszego Towarzystwa D-ra Rymarkiewicza i prosił obecnych na posiedzeniu członków uczcić jego pamięć przez powstanie z miejsc.

Wszyscy członkowie przez powstanie z miejsc oddali hołd pamięci zasłużonego kolegi.

Kol. Merkel przytoczył statystykę chorób zakaźnych z ubiegłego miesiąca: 8 przypadków dyfterytu, 8 — szkarlatyny, 7 — odry, 4 tyfusu brzuszego, z tych jeden śmiertelny.

Kol. Rüdiger opowiedział niezwykle przypadek gorączki połogowej. Kobieta 36-letnia, w 6 miesiącu ciąży, podmiószy swego 7-letniego synka do góry, nagle poczuła, jakoby w niej coś pękło i następnie odplynęło nieco cieczy ze sromu. W kilka godzin później przyłączyły się silne bóle krzyża, rneli zaś płodu ustały. Przy badaniu: dno macicy na szerokość trzech palców powyżej pępka, usta maciczne rozwarte na trzy palce: wyczuwa się przodującą główkę. Przy dalszem badaniu dowiedział się kol. Rüdiger, że chora kaszle, cierpi na mocny ból głowy i uskarża się na klucie w dolnej części lewego płuca. Ze strony płuc oprócz zaostzonego nieco oddechu z tyłu lewego płuca nie wykryć nie można. W moczu białka nie było.

Chora lat 36, dobrze zbudowana i dobrze odżywiana, rodziła dwa razy, pierwszy raz przed 14 laty, drugi przed 7-miu. Oba porody odbyły się bez pomocy lekarskiej, tylko po 2-gim porodzie chorowała na phlegmasia alba dolens prawej kończyny przez 7 tygodni. Zebrawszy te dane, kol. Rüdiger doszedł do przekonania, że ma do czynienia z rozpoczynającym się przedwczesnym porodem. W kilka dni później kobieta ta urodziła nieżywy płód. Sznur pępkowy przeciągnięty w węzeł mógł spowodować śmierć płodu. Po urodzeniu przemyto pochwę lysolem i wprowadzono gazę jodoformową do pochwy. W siedem dni po urodzeniu płodu chora dostała silnych dreszczy, które trwały przez dwie godziny, przy czem temperatura doszła do 41,3° C. Nazajutrz wystąpiły obfite poty i temperatura spadła do 36,0°. Po południu tegoż dnia nowy napad dreszczów, który trwał przez pół godziny i temp. doszła do 40,5. Narodziwszy się z kol. Brokmanem, który również nie znalazł żadnych miejscowych objawów, podano chorej kalomel, a pochwę oraz macię przemyto 1% rozezynem lysolu. W nocy tegoż dnia ponowny dreszcz. Pomimo podawania najróżnorodniejszych środków wewnątrz i przemywań macicznych dreszcze kilkakroć w ciągu dnia występowały, po nich następowały obfite osłabiające poty. Wezwany na poradę dr. Crempin, ginekolog z Berlina, znalazł macię dobrze ściągniętą, po prawej stronie trzonu macicy guz wielkości orzecha włoskowego, który tenże przyjął za jajnik, albo za jajowód obrzmiały, upatrując w tym ognisko zarazy. Zalecono wstrzykiwania podskórne kreozotu cum ol Camphorato ana trzy razy dziennie, kąpiel 28° R., trwającą 10

minut. Tegoż dnia dreszcz w południe i wieczorem. Nazajutrz dreszcze się powtarzają. Dr. Crempin zawiadomiony o stanie choroby radził przystąpić do ogólnego upustu krwi, a zastąpić ją fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Koledzy ordynujący nie zgodzili się na ową terapię, a ograniczali się do wstrzykiwań podskórnych kreozotu. Temperatura wciąż opadała zrana do 36,0, a nawet do 35,0°, ażeby wieczorem przy wstrząsających dreszczach dojść do 40° i wyżej. Dnia 8-go grudnia kol. Drozdowski wezwany na naradę, nie widział wskazania do wenesekcji, a radził ograniczać się na dotychczasowej terapii.

Kiedy dreszcze wciąż się powtarzały pomimo to, był wezwany na naradę prof. Frenkel z Wrocławia, który znalazł macię oraz jajnik w należyтым porządku, a przypuszczał, że ognisko zarazy tkwi w plexus pampiniformis (splot winoroślowy podł. Hirszfelda) i ząd dostaje się do ogólnego krwiobiegu, radził asunąć wszystkie środki lekarskie, a ograniczać się na dobrem odżywianiu i podawaniu wielkiej ilości alkoholu, zamiast jak dotychczas jednej, podawać dwie butelki starego wina, butelkę koniaku i od 2—3 butelek piwa kulmbachskiego i jednocześnie stosować kąpiele pięciominutowe oziębiające z 26° R. — 18°. Po stosowaniu takiej kąpieli temp. spadła do 36°, lecz w kilka godzin podniosła się do 41,6°. Po drugiej kąpieli chora dostała klucia w klatce piersiowej, kaszlu, krwioplucia i z powodu rozwijającego się opadłego zapalenia płuc trzeba było przerwać kąpiele, a podawać digitalis wewnątrz i 6 szprycek kreozotu podskórnie. Wskutek rozwijającego się osłabienia serca chora zmarła prawie nagle, po 44-ch dniach ciężkiej męczarni.

Wiceprezes dr. Drozdowski zauważył, że przy badaniu owej chorej nie widział żadnego wskazania do ogólnego upustu krwi, a zastąpienia jej roztworem soli kuchennej. Uderza nas w danym przypadku polypragmasia lekarska, która daleko gorsza się okazuje od dawniejszego nihilizmu w medycynie. Chora dostawała przy końcu choroby po 6 szprycek kreozotu podskórnie, wielką ilość środków przeciwożarączkowych (chininy, salicylu, błękitu metyl., natr. sulphocarb., salol), roztwór soli kuchennej pod skórę. Heroiczna ta terapia nie mogła oddziaływać dodatnio na przebieg ciężkiej choroby.

Dr. B.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go kwietnia r. 1898.

— j. z. — Warszawa w ostatnich 2-eh latach na polu opieki nad chorymi szybko robi postępy. Po długotrwałym w tym kierunku zastojem widzimy rozkwit szybki, rojujący jaknajlepsze nadzieje. Powstało Pogotowie ratunkowe, kolonie letnie uzyskały sankcję jako

Towarzystwo, a więc byt trwały. Obecnie organizuje się, zatwierdzone 14-go lipca r. z. „Towarzystwo opieki nad nieuleczalnymi chorymi w Warszawie“.

Według ustawy, towarzystwo ma na celu udzielanie pomocy wyłącznie nieuleczalnym ubogim miasta Warszawy. Dla dopięcia tego celu w miarę fundusów: a) zakłada i utrzymuje przytulki dla nieuleczalnych chorych i lecznice dla chorych przychodzących w Warszawie jego przedmieściach i okolicach; b) udziela bezpłatnej pomocy lekarskiej w domu i c) w miarę możliwości opatruje pieniędzmi, odzieżą, żywnością i przytulkiem ubogich chorych, którzy nie są w stanie zdobyć sobie tego własną pracą.

Oto cele towarzystwa.

Fundusze czerpie ze składek członków, z legatów i darowizn, z dochodów z przedstawień, odczytów i t. d.

Zarząd czyli rada opiekuńcza składają się z 10 członków (w połowie płci żeńskiej); wybrany przez zarząd prezes jest zatwierdzany przez Jenerał Gubernatora. Zarząd urzęduje 3 lata, wybierany jest przez Ogólne zebranie wszystkich członków Towarzystwa. Składka członków rzeczywistych wynosi rs. 10, założycieli rs. 150 jednorazowo.

Oto szkielec ustawy.

O tem, kto ma wykonywać opiekę nad chorymi, kto ma bezpośrednio nad nimi nadzór, na czem właściwie opieka ta polegać będzie, ustawa milczy i czeka na uzupełnienie w tym względzie przez odpowiednią instrukcyę. Dziwi nas również brak zastrzeżeń co do obecności lekarzy w radzie opiekuńczej, jak to np. zrobiło w ustawie Tow. dor. pom. lek. Na 10 członków, 5 ma być kobiet, w najlepszym przeto razie tylko 5 lekarzy mogło by wejść w skład zarządu, a jednak kwestya opieki nad nieuleczalnymi w pierwszym rzędzie należy do kompetencji lekarzy i przeto w ich rękę kierownictwo winno spoczywać.

Znając skład obecny rady opiekuńczej, sądzimy, iż postulaty te uwzględnione zostaną przy układaniu instrukcyi.

Rodzi się jednak pytanie, jak zarząd poradzi sobie z oznaczeniem stopnia nieuleczalności, co ważną odgrywać będzie rolę przy przyjmowaniu chorych do zakładów Towarzystwa. Stopień ten oznaczyć trudno i te więc kwestye wymagają nader ścisłej oceny.

Nie wątpimy, że zarząd, jak na teraz składający się niemal wyłącznie z przedstawicieli tutejszej arystokracji i przemysłu, sprawę tę podda nader ścisłej ocenie i nieomieszka wezwać specjalistów dla opracowania poszczególnych kwestyi lekarskich.

Kilka istniejących w Warszawie ambulatoryów prywatnych oraz zakład dla nieuleczalnych przy ul. Wspólnej, naturalnie, muszą z natury rzeczy przejść pod skrzydła Towarzystwa. Dla tych ambulatoryów należałoby również wypracować ściśle regulaminy i udzielać w nich porad tylko osobom, których ubóstwo zostało stwierdzone.

Tych kilka uwag, które na razie nasunęły mi się pod pióro, posyłam pod adresem zarządu nowej instytucyi. Do szczegółów jeszcze wypadnie mi powrócić.

—h. — Pan M. Białobrzeski, kierownik pracowni Chemiczno-Bakteryologicznej Towarzystwa Farmaceutycznego Warszawskiego, zawiadamia nas, że pracownia zamierza dokonywać badania nalotów dyfterytycznych. Dla ułatwienia zarówno lekarzom jak i publiczności sposobu bezpiecznego przesyłania nalotów, pracownia rozesała do wszystkich aptek przyrządy odpowiednio pomyślane wraz z przepisami postępowania. Są to cylindry szklane, szczelnie zatkałe, zawierające wyjałowiony tamponik z waty, umocowany na drucie glinowym, a służący do zdejmowania nalotu. Dołączona kartka zawiera rubryki na nazwisko i wiek chorego, datę, nazwisko lekarza i adres na odpowiedź. Za opłatą rs. 2 pracownia daje przyrząd i skuteczną rozbiór, którego wynik przesyła sama interesowanym.

—h. — Jak donosi *Przegląd lekarski* z d. 26-go marca, w sprawie obsadzenia katedry okulistyki w Uniwersytecie lwowskim uchwalił Wydział lekarski następujące terno: Kamocki i Rumszewicz na pierwszym miejscu i ex aequo, Machek na drugim, Sroczyński na trzecim miejscu.

—*— **VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.** Zgłosili się dotychczas następujący prelegenci z odczytami: 1) Prof. Kostanecki z Krakowa: O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii. 2) Prof. Natanson z Krakowa (temat zastrzeżony). 3) Prof. Rydygier ze Lwowa; 1) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae). 2) Wskazanie do urethrotomii wewnętrznej i zewnętrznej. 3) O nowotworach pęcherza z demonstracją. 4) Jeszcze kilka słów o t. zw. coxa vara. 4) Dr. Sędziak z Warszawy: Uwagi w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani. 5) Dr. Fabian z Warszawy: Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie 6) Dr. Wróblewski z Krakowa (3 tematy zastrzeżone). 7) Dr. Arnstein z Kutna-Ciechocinka: 1) O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka. 2) 60 przypadków rwy kulszowej (ischias) leczonych w Ciechocinku. 8) Dr. Jaruntowski z Poznania: Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc. 9) Dr. Ołtuszewski z Warszawy: Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii. 10) Dr. Białobrzeski z Warszawy: 1) O heminie i hematynie. 2) O dezynfekcyjnych własnościach formaliny. 11) Dr. Zaręba z Wrocławia: Stanowisko umysłowo-chorych w wiekach średnich 12) Dr. Oświecimski z Katowic: O działaniu Styptycyny. 2) O terapii endometritis chronica. 13) Prof. Bujwid z Krakowa: O stosowaniu tuberkuliny u bydła w celu usunięcia gruźlicy. 14) Józef Ziemia z Władykaukazu: 1) Płody kopalne Kaukazu. 2) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii 15) Dr. M. Raciborski z Wrocławia: O środkach zastępujących u niemowląt pokarm macierzyński. 2) Pogląd na stan obecny kwestyi, czy woda zdatna do picia lub do celów użytkowych.

—h. — Według „Nowosti“ (z 12 marca) Ministerjum oświaty wyjaśniło, że osoby płci żeńskiej, które uzyskały dyplomy doktorskie uniwersytetów zagranicznych, mogą być dopuszczane do egzaminów z języka łacińskiego w zakresie kursu gimnazjalnego, aby nabyć

przez to prawo do starań o dopuszczenie do egzaminu na stopień lekarza w jednym z uniwersytetów. „Wracz“ zaznacza, że odnośnie dyplomów zagranicznych podniesione zostało pytanie, czy wszystkim posiadającym je służyć ma powyższe prawo, czy też tylko osobom, które uzyskały zarazem i prawo praktyki. Wiadomo wszakże, że dyplomy niemieckie a ostatnio i francuskie (wydawane cudzoziemcom) nie dają prawa na praktykę w tych krajach.

—h. — W Haadze do komisji egzaminacyjnej, mającej egzaminować na stopień lekarza wybraną została jedna kobieta: lekarz Katarzyna von Fussenbroeck.

—h — Jak donosi „Wracz“ № 12 „Zarząd Petersburskiego Towarzystwa Dobroczynności (!) zwolenników homeopatyi ogłasza w „Swiecie“, że wysyła lekarstwa na podstawie relacji piśmiennych o chorobie“.

—h. — Według artykułu d-ra Parenago „Karoitykobe“ liczne rodziny z Władystostki kraju Ussyryjskiego przejeżdżają na zimę do Japonii, zwłaszcza do Nangavaki, na willedziaturę.

—h. — W Stanach Ameryki Północnej wychodzi rocznie 275 różnych wydawnictw lekarskich, z tych 10 codziennych. Ogólna liczba z tych egzemplarzy dochodzi do 16,017,200! (Wiener Med. Presse. Wracz).

—h. — W Wilnie zmarł niespodziewanie senior lekarzy litewskich Dr. *Julian Titius*, znany ze swej działalności społecznej i filantropijnej. Wdzięczne miasto sprawiło mu pogrzeb wspaniały przez udział ogólny ludności wszystkich warstw i wszystkich wyznań.

—h. — W marcu zakończył życie *Stanisław Baczyński* w wieku lat 46, zmarły praktykował w Zmerynce; w roku 1878 był nadetatowym ordynatorem kliniki Dyagnostycznej.

O D E Z W A.

Mocą uchwały komitetu przygotowującego V111 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas Zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.
 II. Hygiena: 1) Ogrzewanie 2) Oświetlenie 3) Wentylacja. 4) Wodociągi i kanalizacja. 5) Łazienki. 6) Dezynfekcja. 7) Gimnastyka lecznicza itd. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fiziologia. 3) Psychofiziologia. 4) Patologia a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodiagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystryka etc). 8) Elektroterapia i elektrodiagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przysyłać najpóźniej do 1 czerwca roku bieżącego na ręce p. dr. Drobnika, Poznań, Św. Marcin № 79.

Na życzenie wysyła się drukowane warunki i przepisy dla wystawców.

Komitet wystawowy odbywa obecnie co tydzień regularne posiedzenia. Zgłaszający się mogą więc liczyć z pewnością na rychłą odpowiedź.

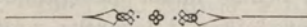
W imieniu sekcji wystawowej:

Dr. Tomasz Drobnik.

Witold Zakrzewski,

inżynier.

Uprasza się wszystkie inne pisma polskie o powtórzenie powyższej odezwy.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Elektroliza i jej zastosowanie w cierpieniach nosa — Dr. Teodor Drabezyk — str. 339.
- II. O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowymi — Prof. A. Goldscheider i Dr. E. Flatau — str. 347.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia i Ginekologia.

134. J. B. Murphy — Rezekcyja tętnic, uległych urazowi i zespolenie końców ich szwem — str. 351. — 135. Dr. Heintze — O wpływie rezekcyi żyły zaskórnej gołeni na zagojenie się owrzodzeń tęże — str. 352. — 136. Rieder — O leczeniu chirurgicznym przy próchnieniu spojenia krzyżo-biodrowego. — str. 355. — 137. Dr. Surmay — Nabłoniak ręki, istniejący od lat sześciudzięciu — str. 357. 138. P. Sudek — O znieczuleniu miejscowem — str. 359. 139. Dr. Fr. Lehman — Przyczynek do terapii rzeżączki przewlekłej szyi macicznej — str. 360.

II. Choroby oczne.

140. Dr. Gałęzowski — Cierpienia oczu jako następstwo influenzy i jej zarazka — str. 361. 141. Dr. O. Walter — Organizacya pomocy okulistycznej w niektórych miastach niemieckich i uwagi, dotyczące tęże pomocy w Rosyi — str. 362.

III. Wiadomości pomniejsze str. 365 — 142 — 151.

- Odcinek. IV. Projekt ustawy służby zdrowia w gminach i miastach gub. Lubelskiej — str. 368.

V. Przegląd bibliograficzny — str. 372.

VI. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 374.

VII. Z Towarzystw prowincjonalnych — str. 376.

Kronika bieżąca — str. 378.

Odezwa — str. 381.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 27 Марта 1898 года.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktorom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindeażgi lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe. Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

K E M M E R N

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 86 wiorst od Rygi, drogą Żelazną Rygsko-Tukkumską. Sezon r. 1898 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września. — Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igłiwowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno-igłiwowe, błotne i błotne rozcieńczone. Wody mineralne, kefir, kumys, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznymi, skórnymi i kobiecemi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40—150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 k. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów, po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby pragnące mieć szczegółowe wiadomości raczą się zwracać pod następującym adresem.

KEMMERN

powiat Rygski

Dr. Med. A. Sozin.

A p t e k a

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

*Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowie-
ne w rurkach zatopionych (in ampulis).*

**Środki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjął-
wiano sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.**

Acid. benzoic. c. Camphor. aa 0,10 Spirit. Vini.		Ergotinum dialysat. Bombel 0,10 in 1 CC.
Antipir. Knorrin. 0,25 in 1 CC.		Ergotinum dialysat. Bombel 0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.		Ergotinum dialysat. Bonjean 0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal dulc.		Ergotinum dialysat Denzel 0,10 in 1 CC.
Chininum bimuriatic. 0,10		Ergotinum dialysat Wigersi 0,10 in 1 CC.
" " 0,20		Kali Cartharidini 0,0002
" dihydrobromic. 0,10		Morphin muriat. Merk 0,01
Coffeinum natro-benzoicum 0,20	} in 1 C. C.	" " " 0,02
Cornutin Kobert 0,005	} in 1 C. C.	" " " 0,03
Cocain. muriat. Merc. 0,01	} in 1 C. C.	" phtalicum " 0,01
" " " 0,03	} in 1 C. C.	Pilocarpin. muriatic 0,01
" " " 0,05	} in 1 C. C.	Strychnin. nitricum 0,001

**Środki lecznicze jak eter i sole rtęciowe niewyjąławiane, a tylko
rurki napełniono i następnie zatopiono.**

ether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.

" depurat 1 CC.

" " c. Camphora 0,10.

" " 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C-C.

ydrarg. benzoicum 0,02 — Na Cl 0,02 in 1 C.C.

" bichlorat. Corrosiv. 0,01 — Na Cl. 0,70 in 1 CC.

" cyanatum 0,01 in 1 CC.

" formamidat 0,01 in 1 CC.

" glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in CC.

" peptonatum 0,01 in CC.

Każda rurka posiada płynu od 1,1 C.C. do 1,2 C.C. Jestto zro-
bione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego ro-
złania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

**Środki lecznicze nieobjęte powyższem spisem lub też w odmiennym
stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrzadza na żądanie, w nie-
mniejszej jednak ilości jak 24 rurek.**

Dla wygody P.P. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne
w płótno, zawierające strzykawkę Pravaza a azbestowym lub gum-
owym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów
sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, a igłami platynowymi rs. 2
kop. 50.

Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB

Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

pomiędzy Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

DOM ZDROWIA

dla

chorych skórnych i wenerycznych

(Zakład Dermatologiczny)

Założony i prowadzony przez grono lekarzy specjalistów w Warszawie,

przy ul. Hr. Kotzebue № 10.

Przyjmuje chorych za opłatą dzienną w pokojach wspólnych po rs. 2 kop. 50, a w oddzielnych po rs. 3 do 5-ciu.

Bliższe wiadomości w Zakładzie.