

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 23 Maja 1901 r.).



*Ciąg dalszy.*

### II. ETYOLOGIA.

Poglądy na etyologię chorób rdzenia wogóle, a na etyologię zapaleń rdzenia w szczególności, uległy w ostatnich 20 latach znacznym przeobrażeniom. Podczas gdy jeszcze w 8-ym dziesiątku lat ubiegłego wieku Leyden i Pick zgodnie z powszechnym naówczas poglądem, jako najważniejsze przyczyny zapalenia wymieniają zaziębienie i uraz, zakażenie zaś i zatrucie uważają za przyczyny mniej częste, obecnie ostatnio wymienione dwa czynniki etyologiczne coraz bardziej występują na plan pierwszy, zdają się być nawet jedynymi przyczynami, mogącymi wywołać odczyn zapalny w rdzeniu (P. Marie, Marinenco, Bruns, Oppenheim, Hoch), inne zaś czynniki coraz wyraźniej schodzą do rzędu czynników usposabiających. Ten przewrót w poglądach nastąpił dzięki namnożeniu się obserwacji klinicznych, stwierdzających częste występowanie chorób w rdzeniu w bezpośrednim następstwie chorób ostrych zakaźnych i zyskał podstawę naukową w licznych pracach doświadczalnych, dowodzących istnieniu ścisłego związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem i zapaleniem istoty rdzenia.

Pierwsze spostrzeżenie kliniczne, odnoszące się do cierpień rdzenia po chorobach zakaźnych, zanotowano w 1860 r., w tym bowiem roku Gabler wydał opis cierpień rdzenia po zakażeniach ostrych, w 1863 r. Eisenmann obserwował ataxia acuta po tyfusie, w 1864 r. Jacco ud opisał to samo cierpienie po błonicy, wreszcie w 1874 r.

obserwował Westphal liczne przypadki po ospie. W następnych latach podobne obserwacje, dotyczące się chorób rdzenia na skutek różnych cierpień zakaźnych, zaczęto ogłaszać coraz częściej tak, że obecnie powiedzieć można, że różne postaci zapalenia rdzenia opisywano po wszystkich zakażeniach ogólnych i miejscowych, przytem w ostatnich czasach zwrócono uwagę na znaczenie etyologiczne spraw poporodowych i wogóle posocznio-ropnicowych. Przekonano się również dzięki badaniom anatomicznym odnośnych przypadków, że jad wścieklizny wywołuje w rdzeniu zmiany zapalne (Iwanow, Gianturco, Schaffer, Popoff, Babes, Golgi, Höggés). Rzadziej daleko udawało się znajdować w rdzeniu drobnoustroje, a zwłaszcza swoiste: Baumgarten znalazł w naczyniach rdzenia człowieka zmarłego skutkiem porażenia Landry'ego bac. anthracis, Curschmann również w rdzeniu bac. typhi abdominalis, Piccinino—diplococcum, Weichselbaum, Fürstner—pneumococcum Frankel'schultze—meningococcum; nieswoiste zwykle drobnoustroje ropne—paciorkowce i gronkowce znajdowano częściej (Eisenlohr, Auché i Hobbs, Oettinger i Marinesco, Remlinger, Babes i Varnaly, Barrié, Strümpell).

W pracach doświadczalnych używano do zastrzykiwania zwierzętom różnego rodzaju drobnoustrojów lub ich toksyn: Babiński i Charrin zastrzykiwali królikom w żyły hodowle bac. pyocyanei, Gilbert et Lion—bac. coli, Thoinot i Mussetin—bac. coli i staphylococcum, Vincent—bac. typhi, Roger i Bourgués—streptococcum erysipelatis, Moret i Rispol, Vidal i Besancon, Homen, Remlinger — streptococcum pyogenem, Ballet i Lebon—pneumococcum, Claude jednocześnie—streptococcus i staphylococcum, Szezerbak, Enriquez i Hallion, Crocq lasecznik błoniczny i jego toksyny; Hoche zastrzykiwał pneumokoki, gronkowce i bac. coli wprost do tętnie rdzenia. Wszyscy ci badacze znajdowali po pewnym czasie u zwierząt poddanych tym doświadczeniom zmiany zapalne w rdzeniu, głównie w istocie szarej, za wyjątkiem Hochégo, który znalazł zapalenie bardziej rozlane. Stwierdzono przytem, że zastrzykiwanie toksyn bakteryalnych wywołuje taki sam skutek, jak zastrzykiwanie samych drobnoustrojów; dalej zauważono, że bakterye znikają w rdzeniu po upływie pewnego czasu (Homen, Hoche, Marinesco); dowiedziono wreszcie ważnego znaczenia kanału centralnego jako drogi, po której roznosi się zakażenie w rdzeniu. Prace eksperymentalne nie wyjaśniły jednak wszystkich warunków, w jakich powstaje cierpienie rdzenia w zależności od chorób zakaźnych w przypadkach klinicznych, i wiadomości nasze w tym kierunku są

jeszcze bardzo szczupłe i niedostateczne. Ważne jest w takich razach pytanie, co działa na rdzeń bezpośrednio, czy te same bakterye, które wywołują zakażenie pierwotne, czy też tylko wytwarzane przez nie toksyny, czy wreszcie drobnoustroje ropne, występujące wtórnie na podłożu, odpowiednio przygotowanem przez zakażenie pierwotne.

Większość neuropatologów skłania się bardziej ku dwom ostatnim przypuszczeniom wobec faktu, że drobnoustroje w rdzeniu znajdowano nader rzadko, w przypadkach zaś, w których je znajdowano, należały one do kategorii ropnych. Wreszcie nie stwierdzono dotychczas zależności charakteru cierpienia rdzeniowego od rodzaju zakażenia i wpływu swoistego dróbnoustrojów, co również przemawia przeciwko bezpośredniemu ich działaniu na istotę rdzenia. Samej obecności drobnoustrojów chorobotwórczych w organizmie nie wystarcza jednak na to, aby wywołać cierpienie rdzenia; dowodzi tego chociażby stosunkowo rzadkie występowanie zaburzeń w rdzeniu w następstwie chorób zakaźnych. Muszą tu więc wchodzić w grę i inne czynniki szkodliwe, osłabiające ustrój i zmniejszające odporność układu nerwowego; prawdopodobnie, odgrywa też tu pewną rolę większa lub mniejsza siła trująca samych drobnoustrojów. Są to dotychczas tylko przypuszczenia, gdyż, jak mówiliśmy, warunki, w których powstaje cierpienie rdzenia jako następstwo chorób zakaźnych, są nam jeszcze zbyt mało znane. Posiadamy już zato niejaki wiadomości, odnośnie do mechanizmu powstawania cierpienia rdzenia skutkiem zakażenia. Punktem wyjścia, z którego zakażenie przenika w następstwie do rdzenia może być skóra (czego dowodzą przypadki jego zapalenia po róży i przypadek zapalenia rdzenia po zanogicy opisany przez Strümpella), dalej — błona śluzowa jamy ustnej, narządów oddechowych, przewodu pokarmowego i narządów moczopłciowych, czego dowodzą przypadki zapalenia rdzenia po błonicy, zapaleniu migdałów, płuc, po dyzenteryi, tyfusie i rzeżączce; wreszcie — błony surowicze stawów, o czym świadczą przypadki choroby rdzenia po gościu stawowym. Ważniejszą jednak jest kwestya dróg, któremi zakażenie dostaje się do rdzenia, gdyż jak świadczą najnowsze badania, ma to wpływ decydujący na umiejscowienie zmian chorobowych w rdzeniu, a co zatem idzie i na charakter kliniczny cierpienia. Otóż w charakterze tych dróg występują przede wszystkim naczynia krwionośne i limfatyczne, czego dowodzą badania doświadczałne i niejednokrotnie stwierdzany przy badaniu drobnowidzowem fakt, że sprawa chorobowa w rdzeniu rozpoznaje się wokoło naczyń. Sprawa zapalna przechodzić może na rdzeń również per continuum z organów sąsiednich za pośrednictwem tkanki łącz-

nej; takie przynajmniej przypuszczenie wypowiada Leyden na podstawie obserwowanego przez się przypadku zapalenia lędźwiowej części rdzenia po zapaleniu rzeżączkowym pęcherza. W przypadku tym zajęta była otrzewna i tkanka łączna, wyściełająca małą miednicę. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na ważne znaczenie pni nerwowych obwodowych, jako dróg, po których zakażenie dochodzi do rdzenia. Odpowiednie fakty znane były już oddawna, lecz tłumaczenie ich było mylne; stanowiły one podstawę do utworzenia nauki o porażeniach odruchowych (*sympathische Lähmung, Reflexlähmung*), do których zaliczano przypadki porażień po amputacjach, zaniki mięśniowe, występujące po cierpieniach stawów i wreszcie porażenia na tle cierpienia narządów moczopłciowych. Troja w 1870 r. pierwszy wypowiedział zdanie, że przypadki porażień ruchowych w następstwie chorób dróg moczowych, zależą od zapalenia rdzenia, powstałego dzięki przejściu cierpienia wzdłuż nerwów na rdzeń, zdanie to potwierdził następnie Leyden.

W 1869 r. Tiesler, później Feinberg, Hayem znajdowali po doświadczeniach dokonanych uszkodzeniach *n. ischiadici* zmiany zapalne w odpowiadającym temu nerwowi odcinku rdzenia. Podobne doświadczenia powtórzyli inni badacze: Gudden, Mayser, Mendel, Erlitzky, Homén, Redlich, Forel, Bregmann, Darkszewicz, Flatau. Jedni z pomiędzy nich znajdowali zwykły zanik komórek przednich rogów i włókien nerwowych, inni zaś zwyrodnienie. Powstała ztąd teoria o wstępującem zapaleniu nerwów (*neuritis ascendens*) t. j. o wstępujących wzdłuż nerwów i przechodzących na rdzeń zmianach patologicznych. Wprawdzie zmiany te, w przypadkach, w których ściśle była zachowana antyseptyka, nie wspólnego ze sprawą zapalną nie mają, w przypadkach jednak, w których ostrożności tej nie zachowano, następowały zmiany zapalne. Fakt ten nasunął przypuszczenie, że pnie nerwowe mogą być drogą, po której zakażenie przechodzi na rdzeń. W ten sposób, według Leyden'a, następuje w większości przypadków cierpienie rdzenia na tle rzeżączki i wogóle na tle chorób narządów moczopłciowych; taką samą, według Schaffera drogą, dostaje się do rdzenia jad wścieklizny, na poparcie zaś tego twierdzenia autor przytacza fakt, stwierdzony przez liczne obserwacje, że po ukąszeniu w rękę zajęta jest szyjowa część rdzenia, po ukąszeniu zaś w nogę—jego odcinek lędźwiowy. W ten sposób potwierdza się zdanie Marinnesco, który obserwował po wstrzyknięciu drobnoustrojów do *n. ischiadicus* zapalenie lędźwiowego odcinka rdzenia po stronie uszkodzonego nerwu; drogą pni nerwowych dostaje się, według niego, do rdzenia zakażenie z ognisk zgorzeli.

Mówiliśmy dotychczas o zapaleniu rdzenia pochodzenia zakaźnego, jako o cierpieniu wtórnem, występującem w następstwie innych chorób zakaźnych. Obserwowano jednak przypadki, w których rdzeń był pierwotnem siedliskiem zakażenia. Do rzędu takich cierpień rdzenia należy wiele przypadków ostrego wstępującego porażenia Landry'ego, w których stwierdzono obecność w rdzeniu drobnoustrojów chorobotwórczych (Eisenlohr, Marie et Marinesco, Marinesco et Oettinger, Remlinger, Piccinino, Chantemesse), do tejże kategorii zaliczyć wypada *poliomyelitis anterior acuta*, który u dzieci występować nawet może epidemicznie; epidemie takie obserwowali: Medin w Szwecyi, Leegard w Norwegii, Cordier we Francyi, Auerbach w Niemczech i Newmark w Ameryce. Wogóle jednak przypadki pierwotnego zakaźnego cierpienia rdzenia są nader rzadkie.

Przechodząc do rozpatrzenia zatrucia, jako czynnika etyologicznego zapaleń rdzenia, zaznaczyć musimy na wstępie, że odnośny materiał kliniczny i doświadczalny w sposób naturalny podzielić się daje na trzy grupy. Do pierwszej grupy zaliczamy zatrucia toksynami, wytwarzanemi przez bakterye; do drugiej—przypadki, w których substancya trująca wytwarza się w samym ustroju na skutek chorobliwie zmienionej przemiany materyi; trzecią wreszcie grupę stanowią będą przypadki zatrucia jadami roślinnymi i mineralnymi. O możliwości powstawania zmian zapalnych w rdzeniu na skutek wytwarzanych przez bakterye toksyn wspominaliśmy już, mówiąc o zakażeniu. Toksyn tych w rdzeniu nikt jeszcze nie znalazł, gdyż dotychczas obecności ich odkryć nie umiemy, mimo to jednak zupełnie uprawnionem jest przypuszczenie, że w przebiegu wielu chorób zakaźnych cierpienie rdzenia jest spowodowane przez toksyny, nie zaś przez bakterye. Jak już wspominaliśmy, przemawia za tem rzadkie odnajdywanie drobnoustrojów chorobotwórczych w rdzeniu, jak i ta okoliczność, że cierpienie rdzenia powstaje częstokroć w długi czas po ustąpieniu wszelkich objawów pierwotnej choroby zakaźnej. Prace doświadczałne dowiodły, że zmiany zapalne w rdzeniu powstać mogą po wstrzyknięciu zwierzętom toksyn bakteryj. Wymienialiśmy już ważniejsze prace w tej kwestyi, tu jeszcze wspomnieć musimy o doświadczeniach Marinesco i Claude'a, którzy znajdowali zmiany zapalne w przednich rogach istoty szarej rdzenia po wstrzykiwaniu toksyn tężca i o doświadczeniach Marinesco, Pollack'a i Kempnera, którym udało się wywołać zapalenie rdzenia przez wstrzykiwanie tok-

syn bac. botulionia, co tłumaczy przypadki porażen pozatruciu zepsutem mięsem. Nadmienić tu należy, że co do toksyn błonicy istnieje przypuszczenie, że działają one wyłącznie na nerwy obwodowe (Szczerbak); przeczą temu jednakże prace doświadczalne Enriquez'a i Hallion'a jak również Croq'a, którzy znajdowali zmiany zapalne w rdzeniu po zastrzyknięciu królikowi toksyn dyfterytycznych, w przypadkach zaś klinicznych Oertel i Dejerine znaleźli zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia jako przyczynę porażen dyfterytycznych; Jacoud i Brenner obserwowali po błonicy myelitidem disseminatam.

Z chorób ustrojowych, polegających na patologicznie zmienionej przemianie materji, którym towarzyszą częstokroć cierpienia rdzenia, wymienić należy niedokrwistość, białaczkę, cukrzycę i charłactwo nowotworowe lub gruźlicze. Większość badaczy tłumaczy zgodnie z teorią samozatrucia, powstawanie w tych cierpieniach zmian patologicznych w rdzeniu działaniem substancji trujących wytwarzanych w samym ustroju. Co do istoty tych zmian chorobowych, istnieją w wielu przypadkach jeszcze pewne wątpliwości. Chodzi, mianowicie, o rozstrzygnięcie pytania, czy mamy tu do czynienia z pierwotnem zwyrodnieniem włókien nerwowych czy też z ogniskową sprawą zapalną; drobiazgowo badania anatomiczne nowszych czasów coraz częściej przenawiają na korzyść przypuszczenia ostatniego. Zapalnego pochodzenia zmian patologicznych w rdzeniu w anemii, białaczkę, dowiodły przedewszystkiem badania Nonne'go, z którego zdaniem zgadzają się Schultze, Bruns i Leyden-Goldscheider; przypadek przewlekłego zapalenia przednich rogów istoty szarej rdzenia w zależności od cukrzycy, opisał również Nonne; Oppenheim spostrzegł przypadek wielogniskowego zapalenia rdzenia na tle carcinomatosi co również stwierdził Lubarsch, który jednak nie uważa tych ognisk za zapalne. Simon i Oppenheim opisali nieswoiste ogniska zapalne w rdzeniu na tle przewlekłej ciężkiej gruźlicy płuc. Wreszcie do tejże kategorii cierpień zapalnych na tle samozatrucia, zaliczają Nonne, Trachtenberg, Muchin i Strümpell przymiotowe porażenie Erb'a (*syphilitische Spinalparalyse*), które określają jako „*postsyphilitische toxische Rückenmarkserkrankung*“.

Podobne do wyżej opisanych przewlekłe sprawy patologiczne w rdzeniu, częstokroć nawet tak samo umiejscowione, powstają na skutek działania niektórych jądów roślinnych: secale cornutum, jadu, zawartego w niektórych rodzajach grochu i jadu znajdującego się w ryżu. Cierpienie rdzenia, powstające na skutek zatrucia

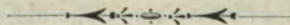
tymi jadami znane są pod nazwą: *ergotismus, lathyrismus i pellagra*. Istota sprawy chorobowej, zachodzącej w rdzeniu w tych zatruciach nie jest jeszcze dokładnie zbadaną, Pierre Marie jednak i Bruns przypuszczają, że chodzi tu o pozewleklą sprawę zapalną. Trucizny mineralne: ołów i arsenik działają przede wszystkim i prawie wyłącznie na część obwodową układu nerwowego t. j. na nerwy, takiem jest również działanie wyskoku. Jednakże pod wpływem tych trucizn mogą się rozwijać sprawy zapalne i w samym rdzeniu. Oppenheim i Gudden obserwowali zapalenie rdzenia wraz z zapaleniem nerwów rozsianem po zatruciu wyskokiem; po zatruciu ołowiem rozwijać się mogą sprawy zapalne w przednich rogach istoty szarej rdzenia, co stwierdzili: Vulpian, Monakow, Oeller, Zunker, Oppenheim, Goldflam i inni, potwierdzili zaś doświadczalnie Stieglitz i Schaffer. Gazy trujące również mogą wywoływać zapalenie rdzenia: Leyden np. opisał przypadek ostrego rozsianego zapalenia (*myelitis disseminata*) po zatruciu tlenkiem węgla (CO) i wspomina o podobnym przypadku po zatruciu siarkiem węgla (CS<sub>2</sub>). Oppenheim poczynił pewne spostrzeżenia, odnośnie do wspólnego działania trucizn. Według tego badacza trucizny działające wspólnie potęgują wzajemnie swe szkodliwe działanie: tak np. wyskok nadzwyczaj prędko ujawnia swe działanie szkodliwe na układ nerwowy u ludzi mających do czynienia z metalami trującymi (Pb. Cu. Zn. Hg.) nawet wtedy, gdy jest przyjmowany w niewielkich dawkach. Tak samo, zgodnie z obserwacją Oppenheima, rzecz się ma z chorobami zakaźnymi, które u takich ludzi często atakują układ nerwowy.

W szeregu czynników przyczynowych zapalenia rdzenia, uznawanych przez dawną neuropatologię, pierwsze miejsce zajmowały zaziębienie i uraz. Kliniczne przypadki zapalenia rdzenia bezpośrednio po zaziębieniu obserwowano bardzo często; doświadczalnie wywołali zapalenie przez oziębienie rdzenia Feinberg i Hochhaus. Marinesco jednak, który powtórzył te doświadczenia, otrzymał wynik ujemny. Obecnie co do kwestyi, jaką rolę gra zaziębienie w etyologii zapaleń rdzenia, zdania są podzielone. Niektórzy współcześni badacze jak P. Marie i Marinesco, zupełnie odmawiają zaziębieniu samodzielnego znaczenia przyczynowego, uznając je jedynie jako czynnik usposabiający. Marinesco przytacza wyniki swoich doświadczeń, z których widać, że króliki poddane oziębieniu łatwiej ulegają zakażeniu, aniżeli króliki nie oziębiane uprzednio. Inni natomiast, jak Oppenheim, Leyden i Bruns przyznają zaziębieniu w pewnych przypadkach samodzielną rolę etyologiczną,

objaśniając działanie jego na rdzeń przy pomocy teorii toksycznej. Według tej teorii przy oziębieniu powierzchni ciała powstają w ustroju dzięki zmianom czynnościowym gruczołów skórnych, pewne toksyny, ujawniające swe szkodliwe działanie na rdzeniu. *Leyden* przypuszcza również możliwość działania zimna na rdzeń za pośrednictwem zmian w obiegu krwi. Podobna różnica zdań istnieje również co do znaczenia etyologicznego urazu, który według *P. Marie* i *Marinetsco*, nie jest w stanie sam przez się wywołać zapalenia rdzenia a może jedynie być przyczyną wylewu krwawego w rdzeniu lub spowodować ucisk na rdzeń przez zwichnięte lub złamane kręgi, występuje więc tylko w charakterze czynnika usposabiającego lub toruje zakażeniu drogę do rdzenia przez uszkodzenie skóry i kręgow. Zdanie to podziela i *Brunsgowers* natomiast przypuszcza, że uraz jest w stanie wywołać zmiany zapalne w rdzeniu. Zdanie to podzielają poniekąd *Oppenheim* i *Leyden*, który przytacza doświadczenia *Schmausa*, stwierdzające możliwość wywołania zmian chorobowych w rdzeniu przez wstrząśnienie.

Co do innych czynników szkodliwych: zmęczenia, nadużycie płciowych i wpływów psychicznych (wzruszenia, strachu, gniewu) wszyscy nowsi badacze zgadzają się na to, że są one jedynie czynnikami usposabiającymi do powstawania cierpień układu nerwowego. Wprawdzie *Leyden* przytacza spostrzeżenia własne, *Kohts'a* i *Brieger'a*, którzy stwierdzili zapalenie rdzenia na skutek przestraszenia, *Brunsgowers* jednak robi słuszną uwagę, że w przypadkach tych chodziło prawdopodobnie o zmiany patologiczne, wywołane przez zaburzenia w krążeniu. Wobec uznanego faktu, że głównymi przyczynami zapaleń rdzenia są zakażenie i zatrucie, oczywiście jest, że wiek i płeć nie mogą mieć znacznego wpływu na występowanie cierpień zapalnych rdzenia. Zaznaczyć jednak należy, że *poliomyelitis anterior* występuje najczęściej u dzieci i, że kobiety ze względu na miesiączkowanie, ciążę i połóg narażone są więcej od mężczyzn na zapalne cierpienia rdzenia, wiadomo bowiem z doświadczenia klinicznego, jak często powyższe cierpienia występują podczas ciąży i w okresie popołogowym.

*D. c. n.*





## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Chiurgia.*

## XXX Zjazd Chirurgów Niemieckich w Berlinie

(10—13 Kwietnia 1901 roku).

№ 373—394.

Po zagajeniu Zjazdu mową powitalną, którą wygłosił prezydujący Czerny z Heidelberga, zabrał głos dr Küster z Marburga, zaznajamiając słuchaczy z pracą swą p. n. *Chiurgia nerek w 19-ym wieku*. Pierwszymi, którzy dali poznać się w tej dziedzinie, byli Simon i Morris, po nich zaś chirurdzy francuzcy: le Dentu oraz Guyon. Zrazu chiurgia nerek nie dawała wyników nazbyt pomyslnych, w ostatnim dopiero lat dziesiątku śmiertelność po tego rodzaju operacyach spadła do 16%. Ten zwrot ku lepszemu nie należy przypisywać wyłącznie wydoskonaleniu techniki operacyjnej lub też bardziej racjonalnemu dziś leczeniu ran, lecz głównie postępowi, jakie uczyniła wiedza lekarska w zakresie metod rozpoznawczych i badań natury anatomopatologicznych. Do objawów głównych autor zalicza ból, obecność guza i zmian chorobowych w moczu. Długo nie umiano przekonać się, o ile obie nerki są chore; brak ten wypełniły do pewnego stopnia: użycie wziernika (cystoskopia) i cewnikowanie moczowodów, lecz dopiero, po przyswojeniu sobie podstaw dyagnostyki czynnościowej, stwierdzono że nerka, wydzielająca na pozór moczu czysty, może być chora.

Z ważniejszych cierpień narządów w mowie będących należy wyszczególnić: a) *nerkę wędrującą*, która najczęściej występuje u kobiet. Sądzą że przyczyną jest gorset, trudno jednak nie zwrócić uwagi, że cierpieniu temu ulegają często egipcyanki, nie używające gorsetu. Przyszywanie nerki (nefropeksya) daje nawroty rzadko. b) Dalej *urazy*, wobec których operuje się z uwagi na krwawienie duże, przyczem chirurg ucieka się tu zwykle do szwu oraz tamponady. Jeżeli narząd uległ zmiążdżeniu, dokonywa się wycięcia, t. j. nefrektomii. Ze c) spraw chorobowych właściwych autor wymienia *ropne zapalenie miedniczki* (pyelonephrosis), 2) wtórne sprawy ropne, powstające na tle początkowo bezgnilnem, jak *torbielowatość nerki* np. (cystonephrosis), Sackniere), która tworzy analogię do bąblowca, 3) *gruźlice*—cierpienie wtórne wprawdzie, gdzie jednak wycięcie nerki daje nieraz wyniki bardzo dobre; przekonano się, mianowicie, że w przypadkach niektórych po usunięciu będącego w mowie zwyrodniałego narządu, otrzymywano wyleczenie doszczętne w pęcherzu i moczowodzie. Tu należy również 4) *kamica*, usuwana zazwyczaj drogą cięcia narządu lub jego miedniczki (nephrotomia, pyelotomia). Niekiedy jednak kamiki takie, siedząc mocno tuż przed pęcherzem, mogą zniewolić chirurga do podjęcia operacyi większej. W tym razie wskazana bywa bądź rezekeya kostno-wytwórcza sposobem Morris'a, bądź laparo-

tomia. Co do 5) *nowotworów*, pamiętać należy, że nie wszystkie są tu złośliwe, że więc częściowe wycięcie nerki może prowadzić nieraz do następstw pomyślnych. W przypadkach tych nephrectomia lumbalis jest metodą mniej pożądaną, łatwiej jest bowiem wyluszczać guzy przez laparotomię.

W ciągu dalszym wygłosił odczyt Casper z Berlina. *Postępy w chirurgii nerek*. W pracy tej autor tłumaczy niepowodzenia operacyjne brakami w rozpoznaniu, niepozwalającymi przekonać się na pewno przed wykonaniem zabiegu, o ile nerka druga posiada wystarczającą sprawność czynnościową. Określenie azotu, punktu zamarzania moczu ilości cukru, są to jednak niepoślednie wskazówki diagnostyczne. Na tenże temat mówił Küm m e l l z Hamburga, odczytawszy pracę p. t. *Rady praktyczne w sprawie rozpoznawania i leczenia chorób nerkowych*, oparte na 100 z górą spostrzeżeniach. Autor ten kładzie również nacisk wielki na określenie dokładne punktu zamarzania krwi i moczu, odsetki mocznika i cukru (próbą z florydzyną), uważając badania te za niezbędne środki pomocnicze w stawianiu rozpoznania. Jak wiadomo, w stosunkach prawidłowych punkt zamarzania krwi sięga 0,56; otóż przy 0,58 już nie należy operować. Jeżeli podczas badania otrzymujemy cyfrę prawidłową, należy swoją drogą dokonać cewnikowania obu moczowodów, gdyż upośledzenie sprawności dotykać może obu nerek w stopniu, rozumie się, niejednakowym. Z kolei odczytał B r a a t z z Królewca swój *Przyczynek do chirurgii nerek*, a S c h ö n b e r g z Hamburga demonstrował pięć zdjęć fotograficznych sposobem Roentgena z kamieni nerkowych; temat wreszcie nerek wyczerpany został na odczycie S t e i n e r a z Berlina o *niezwykłym przypadku* operowanym przez autora. Miano tu do czynienia z chorym, który dostał bóleści i krwimocz. W mętnej, zawierającej ropę urynie, wykryto umiarkowaną ilość białka. Nerka prawa, o zarysach guza, była nader na ucisk wrażliwą, moczowód zaś jej dostarczał uryny wtedy dopiero, gdy cewnik przesunięto aż do miedniczki. W przebiegu operacji znaleziono guz, sięgający od szczytu przepony aż do miednicy małej; sama zaś nerka, zwężona w pośrodku, składała się z połowy górnej i dolnej. Część górną wycięto, dolną zaś wszyto do brzegów rany. Wkrótce już oddawanie moczu poszło trybem zwyczajnym, a operowany wyzdrowiał.

Goldmann z Fryburga odczytał swój *Przyczynek do leczenia przerostu gruczołu krokowego*. Zwraca on uwagę na fakt, że jeżeli w przebiegu operacji, znanej pod nazwą sectio alta, zaczniemy pociągać za ścianę przednią cewki i pęcherza, przy jednoczesnym cewnikowaniu od tyłu, otrzymujemy wówczas łatwiejszy odpływ moczu. Dla lepszego o tem przekonania się, wykonano szereg doświadczeń, przyczem, zamiast pociągania, operujący umocowywał pęcherz odpowiednio drogą cystopeksyi. Przypadek pierwszy dotyczył osobnika po przekłuciu nadłonowem i katetyrzacji tylnej. Cewnik postawiono na dni osm. Operowany nie doznawał już potem nigdy zaburzeń, zależnych od przerostu gruczołu krokowego. Zdarzyło się że po upływie 2-ech lat dokonywano na tymże osobniku sekeyi;

stwierdzono wówczas, iż ściana pęcherza zrosła się na rozległej przestrzeni z powłokami brzucha i w skutek tego ujście wewnętrzne cewki, pociągnięte mocno, odległe było od miejsca punkcyi na 6 ctm.

Obecny na Zjeździe owym Rydygier (ze Lwowa) zaznaczył, że przysycie pęcherza do ściany brzucha przedniej w niektórych przypadkach hypertrophiae prostatae zalecał już jeden z jego pomocników przed laty. Z kolei Loewenhardt z Wrocławia zaznajomił słuchaczy z pracą: *Przyczynek do leczenia guzów pęcherza moczowego*. Krom większej publikcyi Nitze'go, posiadamy w piśmiennictwie dosć skąpe dane co do zabiegów wewnątrzpęcherzowych, podejmowanych w obec nowotworu omawianego narządu. Wielu chirurgów też nie pozbyło się do dziś dnia uprzedzeń odnośnie do metod powyższych i nie porzucą t. z. cięcia wysokiego (sectio alta), które istotnie, w razach pewnych nie da się zastąpić niczem. Z drugiej wszelako strony, rękoczynny wewnątrzpęcherzowe posiadają również swoją potężną racyę bytu, dziś zwłaszcza, gdy mamy wzierniki i narzędzia doskonałe, łączące w sobie jednocześnie pętlę, żegadło i przepłókiwacz. Możliwe przy tego rodzaju zabiegach obejście się bez narkozy, wczesne przez operowanego opuszczenie łóżka, brak wszelakiego podczas operacyi takiej niebezpieczeństwa wszystkie te strony dodatnie nadają metodzie wewnątrzpęcherzowej wartość nie małą, zarzuty zaś, że po operowaniu takim guzy łagodne dawały początek powstawaniu złośliwych, nie zostały, bynajmniej, sprawdzone. Rzecz prosta, operuje się i w ten sposób nie bez pewnych trudności; dla niektórych mężczyzn bywa nietatwem dobranie odpowiedniego kalibru narzędzi, przeszkadza również niekiedy nadmierna wrażliwość pęcherza, znana, wreszcie, niepodatność tego narządu. To też nieraz uskutecznić wypadnie zabieg na kilku lub kilkunastu posiedzeniach, a w jednym przypadku Görl odbył takich nad chorym 32 seansów! Jeżeli zatem przy wąskiej cewce chirurg chce przedostać się do pęcherza drogą, w mowie będącą, musi, zgodnie z radą Grünfeld'a, usuwać guz in situ małemi częściami, korzystając z umieszczonej na końcu narzędzia lampekki, a więc pod kontrolą oka. W sposób taki operuje się najczęściej brodawczaki, (papillomata), które gnieżdżą się na wysokości ujścia wewnętrznego. Jeżeli nowotwór siedzi mocno u samego wylotu moczowodowego, tam więc, gdzie działanie żegadła trzeba umiejscowić ściśle, zastosować należy specjalny wziernik moczowodowy. Przez kanał cewnika przesuwa się palnik zwyczajny, który dostaje się łatwo do miejsca wskazanego (Demonstracya przyrządu). Pokrycie dna strupem przyspieszyć można za pomocą żegadła Paquelin'a.

V Brunns z Tübingen. *O odkażaniu ran nieczystych*. Mówca nie sądzi, by który z używanych zwykle środków dezynfekcyjnych mógł odkazić dokładnie ranę septyczną; dla tego też większą zwraca uwagę na leczenie t. z. metodą fizykalną, t. j. szerokiem cięciem i ułatwieniem wessania się wydzieliny. Z drugiej jednak strony trudno jest wyrzekać się całkiem dezynfekcyi i za potężny współczynnik teje uważa czysty karbol. Preparat ten nie posiada

własności trujących, czego o roztworach karbolu powiedzieć nie można. Prób z czystym karbolem dokonywano w przypadkach gruźlicy stawów i kości oraz wodniaka jąder (hydrocele), gdzie środkiem tym wypełniało się jamę rany, poczem splókiwano tę ostatnią wyskokiem czystym. Nigdy w tym razie nie zauważono występujących objawów zatrucia, lub skarg ze strony chorego na bóle. W obec takiego stanu rzeczy autor nader często oczyszcza rany zakażone tamponem z gazy, zmoczonym w czystym kwasie karbolowym, a wydzielinę otrzymuje się zazwyczaj tak skąpo, że opatrunek pierwszy może leżeć bez zmiany w ciągu 2—4 dni. Uszkodzeń jakichkolwiek bądź miejscowych, zależnych od stężonego karbolu, nie stwierdzono również, w obec czego sposób autora polecić należy gorąco. Tu, w charakterze przyczynka, dorzucił odczyt swój Fraenk el z Wiednia: *O leczeniu ran pooperacyjnych na skutek gruźlicy miejscowej*. Z uwagi, że drobne ogniska gruźlicze są mało lub wcale niedostępne podczas operacji, F. stosuje tam obficie jodoform, który, jako czynnik drażniący, jest doskonałym bodźcem dla wytworzenia nowej tkanki łącznej.

Posiedzenie drugie (popołudniowe) rozpoczął Kocher z Berna odczytem potrójnym: *Sprawozdanie z drugiego tysiąca przypadków wyluszczeń wola. Przyczynę w sprawie operacji wola wewnątrzpiersiowego. O leczeniu wola nieoperacyjnem*. Autor zastrzega się przede wszystkim, że zawsze prawie dokonywa operacji wycięcia, w wyjątkowych przypadkach tylko oddając pierwszeństwo enukleacji. Mięśni nie przecina nigdy poprzecznie, a dla wywarcia ucisku na przesmyk (isthmus) używa skombinowanych przezeń kleszczyków. Stosunek zejść niepomysłnych nie przewyższa 4%. Z zakażeniem rany nie spotykał się nigdy, zresztą nie wprowadza do rany żadnych antyseptyków. W przypadkach zastarzałego wola rozlanego stosowano nieraz do wewnątrz dawki gruczołu tarczowego. Do narkozy uciekano się rzadko, zastępując ją kokainą. W ten sposób unikano mocnych krwotoków, które występują często gdy operowany wymiotuje. Szczególniejszą uwagę zwraca autor na t. z. wole głębokie, któremu towarzyszy zwykle wybitne opadnięcie mięśni (myoptosis); u osobników z tego rodzaju cierpieniem zauważano często rozedniętę płuc, niezbyt oskrzeli, przyspieszone bicie serca i t. p. Wole śródpiersiowe wywoływało nieraz już objawy nagłe powstających zastojów wraz z wysadzeniem gałek ocznych (exophthalmus). Jeżeli guz ten jest jako tako ruchomy, można od biedy próbować operacji. W tych razach podwiązuje się starannie wszystkie naczynia, przesmyk przecina jeszcze przed rozluźnieniem wola, ze względu zaś, że operowanie szybkie jest tu niezbędne, dobrze jest używać ułatwiających zadanie kleszczyków i łyżki, które autor okazywał na zjeździe. Tamponowania odradza stanowczo, jako niebezpiecznego dla ruchów oddechowych chorego. Dzięki metodzie takiej ani w jednym z 22 przypadków operacyjnych K. nie otrzymał zejścia niepomysłnego, lubo nieraz wole takie opuszczało się ku dołowi znacznie. W jednym spostrzeżeniu np. stwierdzono drogą opu-

kiwania i roentgenizacji, że guz dochodził aż do międzyżebra drugiego. W terapii jod wciąż odgrywa jeszcze rolę nieposlednią; w każdym jednak razie zapominać nie trzeba, że ostre lub przewlekłe zatrucie środkiem tym występuje często.

W uzupełnieniu pracy powyższej wysłuchano odczytu Kraske'go z Fryburga. *O leczeniu wole i operacjach odnośnych, dokonanych na klinice fryburskiej.* Autor zaznajaia z wynikami 420 operacji, z których  $\frac{2}{3}$  dokonano u kobiet. U 220 osobników poprzestano na wycięciu połowy guza, w kilku przypadkach usunięto wole całkowicie, w pozostałych zrobiono bądź enukleację, bądź rezekcję. Postacią zauważaną najczęściej był t. z. guz sękaty, najrzadziej czysty przerost gruczołu; w 10 spostrzeżeniach miano do czynienia z wolem złośliwym, raz jeden stwierdzono przerzuty w mostku, dwa razy—wole dodatkowe: w dole nadobojczykowym i na języku. Kraske unika również narkozy, operując pod znieczuleniem miejscowym. Tylko 2-ch operowanych zmarło, z tych jeden wśród objawów tęcza. Poważne krwotoki wtórne i gorączkę widziano tylko po enukleacji.

Leczniczemu działaniu gruczołu tarczowego autor nie przypisuje większego znaczenia. Że myślą tak i inni, dowodem wzmagająca się coraz więcej liczba operacji odnośnych. W ostatnich czasach owo leczenie gruczołem zarzucono nawet na klinice fryburskiej zupełnie. Jeżeli nawet na skutek tego rodzaju terapii zauważyć można niejaki proces marszczenia, to kureczy się tu zazwyczaj tkanka zdrowa, a nie zwyrodniała. Że przez to guzy pojedyncze stają się lepiej widoczne, może to mieć wartość niejaką w przypadkach enukleacji.

W zawiązanej stąd dyskusji zaznaczył, między innymi, Rhen z Frankfurtu, że w jednym przypadku znalazł wole nader rozległe, nie nadające się do operacji zupełnie, że jednak powiodło się otrzymać całkowity zanik guzowatości li tylko po dłuższem stosowaniu jodu.

Fedor Krause z Berlina: *27 wewnątrz-czaszkowych rezekcji nerwu trójdzielnego.* Wycięcie częściowe pojedynczych gałęzi wyszczególnionego w nagłówku nerwu nie daje wyników zadowolniających; dla tego też, o ile istnieje dla tak poważnego zabiegu wskazanie ścisłe, należy, po otworzeniu jamy czaszkowej dokonać usunięcia zwoju Gasser'a oraz pnia nerwu trójdzielnego. Operacji tego rodzaju dokonał autor na 25 chorych (w wieku lat 30—72), w 3-ch przypadkach otrzymał zejście niepomysłne, w pozostałych 22 wynik był dobry. Niektórzy z osobników tych, już w ciągu lat 8 przeszło wolni są od bólów po stronie operowanej. Uwzględniając dane powyższe, nie należy wahać się z podejmowaniem tego, bądź co bądź, niebezpiecznego zabiegu, tem więcej, że samobójstwa chorych w następstwie bólów niesłychanych są ciągle jeszcze na porządku dziennym.

Heidenhain z Worms mówił *O wycinaniu guzów mózgowia*, demonstrowając jednocześnie chorych. Spostrzeżenia dotyczą 4 osobników z tego rodzaju nowotworami w mózgu, jak tuberculum so-

litare, mięsak torbielowaty, rak czerniaczkowy (melanocarcinoma). Niektóre z guzów dochodziły do wymiarów jaja kurzego; w jednym z przypadków trzeba było wyciąć wraz z nowotworem i część kory mózgowej na przestrzeni dużej, jak talar. W drugim—wycięto cały dolny prawy zraz skroniowy. Operowana zmarła w czas jakiś na udar mózgowy, a na oględzinach pośmiertnych znaleziono w mózgowiu wiele jeszcze guzów natury rakowatej. Tu dołączył swój odczyt Barth z Gdańska, mówiąc *O leczeniu operacyjnem zapaleniu ropnego opon mózgowych*. Młody człowiek otrzymał w plecy pchnięcie nożem na wysokości kręgu dziewiątego. Po upływie dni siedmiu gorączka i objawy zapalenia opon i tężca tylnego (opisthotonus). Za pomocą przekłucia wykryto w cieczy obecność licznych gronkowców. Dokonano laminektomii i obnażono ognisko ropne, znajdujące się w kanale kręgosłupa. Po operacji bóle głowy ustąpiły, ciepłota jednak posuwała się do góry stale. Punkcya na wysokości kręgów lędźwiowych dała również ropę. Zrobiono wówczas drugą laminektomię, tym razem 2 i 3-go kręgu lędźwiowego, a, po rozcięciu opony twardej, wytrysnęła ropa obficie. Dren, założony do rany, wyjęto po dniach siedmiu. Czas, wprawdzie, jakiś operowany doświadczał objawów porażenia obu kończyn dolnych, pęcherza i odbyticy; objawy te jednak przeszły zupełnie. Następczo wytworzył się garb powyżej terenu operacyjnego, chory osbnik zaopatrzony był w gorset w czasie właściwym.

Posiedzenie trzecie rozpoczęto odczytem Honsell'a z Tybingi: *Podstawa naukowa leczenia karbolem w przypadkach ran zakażonych*. Na mocy szeregu doświadczeń autor doszedł do przekonania, że czysty karbol nie jest wcale szkodliwym dla ran tkanek. Po zastosowaniu do wewnątrz stężonego kwasu karbolowego objawy niepokojące występują dopiero przy dawce 8 gramowej; gdy przeciwnie, w roztworze, już 2—3,0 karbolu działają nader ujemnie. Osobnikom z wodniakiem jąder zastrzykiwano bezkarnie 1 do 6,0. Tę też dawkę ostatnią uważa za *maximum* dla najbardziej rozległych nawet powierzchni przyrannych, nie zauważono jednak przytem nigdy objawów zatrucia. Okres stosowania nie powinien przekraczać jednej minuty, a tkankę nasyconą przemywa się starannie czystym wyskokiem. Mniemanie, że tenże przekszkadza wytwarzaniu się strupa, jest błędnem, natomiast przekonano się niezbicie, że tkanka oddaje wyskokowi więcej kwasu karbolowego, niż wodzie. W końcu mówca zaznacza z naciskiem trwałość działania w przypadkach ciężkich ran septycznych, czego nie można powiedzieć o sublimacie.

Haegler z Bazylei: *O ropieniach ligatur*. Autor na mocy badań drobnowidzowych oddaje katgutowi pierwszeństwo nad jedwabiem i za najlepsze uważa podwiązki, impregnowane w parafinie lub wosku.

Blumberg z Berlina: *Badanie nad związkami rtęciowymi etyldiaminu w postaci stałej, używanego dla odkażania skóry*. Po wyświetleniu stron ujemnych stosowanej powszechnie dezynfekcya sublimatem (drażnienie skóry, działanie powierzchowne), mówca

oznajmia, że znalazł środek doskonały w preparacie, pochodzącym z kombinacji cytrynianu rtęci i 2%—3% roztworu etylendiaminu. Próby, przeprowadzone z odkażającym czynnikiem tym nad drobno-ustrojem *micrococcus tetragenus*, dały wyniki nader pomyślne.

Schierning (ibid.): *Rany postrzałowe nowoczesnej broni palnej*. Z licznych zdjęć przyrządem Roentgena wyrobić można sobie pojęcie dokładne, jak wielkie wyrządzają zniszczenie w tkankach ustroju tegoczesne działa polowe, haubice zwłaszcza. Pokazuje się, że bardzo małe nawet cząsteczki pocisku, nieważące grama, wyrządzają nieraz uszkodzenie nader ciężkie. Ciekawymi były wywody mówcy co do ran postrzałowych brzucha i terapii. Jeśli dziś jednak, pomimo używania broni nader morderczej, widoki wyzdrowienia dla rannych są większe, niż były dawniej, zawdzięczać to należy głównie doskonałemu opatrunkowi na nową modłę i zorganizowanym wybornie sanitarnym oddziałom wojskowym. Dla inwalidów też takich zaleca gorąco Ziemssen z Wiesbadenu kurację późniejszą w miejscach kąpielowych.

Szereg odczytów z dziedziny gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn rozpoczął Brunns (z Tybingi), mówiąc *O trzebieniu w przypadkach gruźlicy jądra*. Autor zaznacza, że niezbędność kastracyi u osobników, dotkniętych gruźlicą jądra, poddaną została w czasach obecnych znów krytyce; niektórzy zarzucili trzebienie obustronne zupełnie, szerząc pogląd, że wystarczy wyskrobanie ogniska chorobowego, tem więcej, że inne części narządu moczopłciowego są zazwyczaj zajęte gruźlicą jednocześnie. Otóż pogląd taki nie jest uzasadniony, nieraz bowiem gruźlica jąder powstaje samoistnie przy nietkniętych narządach innych. Celem rozstrzygnięcia sporu, jakie leczenie jest bardziej dla chorego korzystnem: operacyjne czy zachowawcze, B. powołuje się na swój materiał kliniczny, zebrany z lat wielu. Kazuistyka ta obejmuje 105 odnośnych przypadków, z których w 33 dokonano kastracyi obustronnej. Doświadczenie, stąd osiągnięte, pouczyło go, że cierpieniu ulega zawsze wprzód przyjądrze, że po rezekowaniu tegoż zawsze prawie występuje nawrót i że tylko trzebienie wczesne zabezpiecza tkanki jądra drugiego od gruźlicy. Przypadki, w których dokonywano kastracyi po jednej stronie dawały do 46% wyzdrowień; tam zaś, gdzie trzebiono obustronne, otrzymywano wyniki pomyślne w 50%. Niektórzy operowani żyli do lat 34 po zabiegu; nigdy nie dało się zauważyć u osobników tych jakiegokolwiek bądź zmian w psychice, zależnych jakoby od operacyi. W 25% przypadków śmierć nastąpiła od gruźlicy, szerzącej się w narządach innych. Ze względu więc, że statystyka spostrzeżeń z dokonaniem w tychże trzebieniem brzmi w ogóle pomyślniej, niż dla postępowania zachowawczego, wyrok, wydawany na to pierwsze, nie jest usprawiedliwiony bynajmniej.

v. Baumgarten z Tybingi: *Doświadczenia nad gruźlicą jąder*, dotyczyły w danym razie królików. Autor pragnął przekonać się, w jaki sposób gruźlica rozwija się w narządach moczopłciowych. Ponieważ przeważa pogląd, że sprawa ta chorobowa posuwa się zstępująco, v. B. dokonywał prób zainfekowania od strony części

przedniej cewki; nigdy jednak nie zdołał wykryć w ten sposób gruzlicy w nasieniowodach lub jądrach, lubo cierpienie to zajęło cewkę całą, gruczoł krokowy i okolice trójkąta (trigonum). Również i w moczowodach nie znaleziono nigdy śladu omawianej sprawy. Odwrotne jednak doświadczenia udawały się zawsze; bądź co bądź, gruzlica nie rozszerzała się na nasieniowód (vas deferens) lub jądro drugiej strony. Tak samo nie udało się osiągnąć przeniesienia omawianej sprawy chorobowej z cewki lub pęcherza na nerki. Z badań tych wynika, że zakażenie gruzlicze nie szerzy się w kierunku przeciwnym pędowi limfy lub krwi, co, zresztą, dziwić nie powinno, gdyż lasecznik Koch'a nie posiada ruchu samoistnego, a daje się pociągnąć tylko prądom wydzieliny lub cieczy ustrojowej. Laseczniki nie są też pasorzytami tychże, w wydzielinach i cieczech nie mnożą się, lecz muszą pierwej wtargnąć w ściany narządu i stąd dopiero dostają się do wydzielin.

v. Bü n g n e r z Hanau: *Przyczynek do leczenia gruzlicy narządów płciowych u mężczyzn*. Autor zaleca gorąco metodę swą trzebienia wysokiego z wywlekaniem i odklejeniem powrózka nasiennego stopniowo. W sposób taki usunąć można  $\frac{4}{5}$  sznurka i osiągnąć wyzdrowienie nawet w bardzo zaawansowanych przypadkach. Uszkodzenia otrzewny lub przedarcia naczyń powrózka mówca podczas manipulacji swych nie doświadczył nigdy. Jeżeli zmiany swoiste zwyrodniają gruczoł krokowy i sznurek, dobrze byłoby wyciąć oba te narządy, rękoczyn to jednak nader poważny, który operowanych prowadzi do wielkiego charłactwa. Z tych względów autor dokonywał prób, czy nie możnaby przedostać się do miejsc tych za pomocą zastrzyknięć mleczanki jodoformowej i przekonał się, że droga ta prowadzi przez nasieniowód, zarówno ku dołowi, jak i ku górze.

S i m o n z Heidelbergu: *W sprawie gruzlicy jąder*. S. operował w 107 przypadkach odnośnych, a z liczby tej miał wiadomości o losach dalszych 92 pacjentów. Wyzdrowienie otrzymano ogółem w 66% spostrzeżeń. Obustronnie zoperowano 29 osobników; z tych zmarło 8. Z pozostałych 21 niektórzy żyli jeszcze po rękozynie do lat 20. Autor zachwala również trzebienie.

K ö n i g z Altony: *Przyczynek do sprawy wykonywania trzebienia w przypadkach gruzlicy przyjądrza i jądra*. Mówca przedstawił dwa preparaty, na których można było przesledzić gruzlicę sznurka nasiennego aż do zmarszczki, zawijającej się dokoła naczyń nadbrzusnych. Zabiegu dokonano tu wraz z otwarciem kanału pachwinowego, powrózki nasienne przecięto w odległości 17 i 25 cm. od przyjądrza. W drugim przypadku, gdzie przez gruzlicę zajęte były również pęcherzyk nasienny i gruczoł krokowy, poprzestano na ich wyskrobanie i częściowem wycięciu. Zdaniem autora, należy przy kastracyi każdej otwierać kanał pachwinowy koniecznie. Operować trzeba, po wypełnieniu uprzedniem pęcherza, gdyż mniejsze wtedy istnieje niebezpieczeństwo uszkodzenia otrzewny. W końcu autor demonstruje metodę okołokrzyżową operacyi S c h l a n g e ' a.



W zawiązanej na temat odczytu dyskusyi zabierali głos między innymi: Gussenbauer, Hente, Bier i Schlange.

Heidenhain'a z Worms. *O rezekcyi płuc w przypadkach ropnych rozstrzeni oskrzelowych.* Mówca przedstawił operowanego przezeń osobnika. Cierpienie powstało na tle raka, który został usunięty. Wypełnione ropą oskrzela ponadcinano wzdłuż. Operowany wyzdrowiał. (d. n.) K. Niedzielski.

## II. Choroby kobiece.

395. N. F. Intorichin. **Sposób prosty wyluszczenia macicy.** (Medicinskoje Obozrenje 1900, Październik).

Po należytem odkażeniu sromu i pochwy autor ściąga ku dołowi za pomocą dwóch kulociągów część pochwową. Następnie za pomocą nożyczek prostych cięciem łukowem przecina przednie i tylne sklepienia i otwiera jamę otrzewny. Macica tedy utrzymuje się jedynie przez więzy szerokie. Umocowawszy następnie brzeg zewnętrzny więzu szerokiego (najpierw lewego) za pomocą kulociągu, stopniowo go przecina i, chwytając po drodze naczynia krwionośne za pomocą kleszczyków Pean'a, zaraz nakłada ligatury jedwabne na każde naczynie oddzielnie. Tę samą procedurę powtarza i z drugiej strony. W ten sposób autor odłuszcza macię z dwóch stron do połowy szerokości więzu, poczem z łatwością wyłania ku przodowi dno macicy. Uchwyciwszy za pomocą kulociągów górne zewnętrzne brzegi więzów szerokiech, przecina je, podwiązując naczynia w sposób powyższy.

Przy tym sposobie wyluszczenia macicy bez użycia uciskadeł i podwiązywania więzów szerokich en masse, często występuje lekkie krwawienie, którego można uniknąć, mocno naciągnawszy naczynia przed ich przecięciem. Otwór powstały po wyjęciu macicy autor zamyka za pomocą 6—7 szwów, nałożonych od przodu ku tyłowi.

Autor 11 razy stosował metodę powyższą i nigdy nie miał krwotoków następczych. Chore czuły się zawsze dobrze po każdej operacyi, nie doznawały żadnych bólów, które zwykle występują wtedy, gdy pozostawiamy uciskadła. Do stron dodatnich swojej metody autor zalicza jeszcze ten fakt, że, po usunięciu macicy, można śmiało zaszyć sklepienia i nie trzeba zdejmować ligatur.

M. Warszawski.

396. Heidemann. **Zakrzepy poporodowe.** (Monatschrift für Geb. und Gynäk., 1901, Bd. XIII, Hft. 4).

Każdy zakrzep poporodowy, według autora, powstaje wskutek zakażenia przyczepu łożyska. Zarazki powodują większą skłonność krwi do krzepnięcia. Autor odróżnia 2 rodzaje zakrzepów: 1) łagodny, który występuje już na 1 lub 2 dzień, rzadziej na trzeci dzień,

i ogranicza się do najbliższego sąsiedztwa macicy resp. do istniejących żyłaków; 2) ciężki, który występuje dopiero na czwarty dzień po porodzie i obejmuje duże żyły, zwłaszcza miednicowe.

Oprócz infekcyi, autor upatruje przyczynę powstawania zakrzepów w zaburzeniu krążenia w jamie brzusznej po opróżnieniu macicy. Przy dokładnej obserwacyi można i tu, jak to zresztą bywa we wszelkich ostrych chorobach zakaźnych, zauważyć zwiastuny (ból głowy, brak snu, zmęczenie, napady nieomagi serca), które umożliwiają wczesne rozpoznanie choroby. Oprócz zwiastunów ogólnych istnieją zazwyczaj i miejscowe objawy, do których na pierwszym miejscu zaliczyć należy bolesność samoistną lub od ucisku powstałą z boku macicy lub też w miejscu więzu *Poupart'a*. Zwłaszcza ten ostatni objaw niezawodnie przemawia za zakrzepem istniejącym w żyłach głębokich miednicy i w górnym odcinku żyły udowej.

Najlżejsza nadszłość tej okolicy wymaga największej baczności ze strony lekarza. Gdy zakrzep powstał, ciepłota ciała podlega wahanom. W kilku przypadkach można było rozpoznać, że odpowiednio do siedliska łożyska zakrzep powstał w prawem lub lewem udzie. Zakrzep w żyłach odbytnicy powoduje bolesną defekacyę. Rzeczą wielkiej wagi jest zachowanie się tętna.

Zgodnie z poglądem *Mahler'a* można było w kilku tylko przypadkach obserwować stopniowe podniesienie się tętna; daleko częściej spostrzegano silny spadek naprzemian z podniesieniem się tętna. Objasnienie *Mahler'a*, że stopniowe podniesienie się tętna zależy od powiększenia się zakrzepu i od wzmożonej czynności serca, nie zostało przyjęte, lecz występujące zawsze wzdęcie brzucha postawiono w zależności od zmiany tętna. Wzdęcie brzucha jest wyrazem nieomagi kiszek; ostatnia znów może spowodować nagle pogorszenie sprawy zakrzepowej wskutek nagle powstałej nieomagi serca. Często również przyłącza się trudne lub bolesne oddawanie moczu wskutek osłabienia muskulatury pęcherza. Wzdęcie brzucha stale towarzyszy zakrzepom pochodzenia nieporodowego. Zakrzep może mieć przebieg skryty i dopiero, gdy toksyny podziałają na serce i na mięśnie kiszek, nagle się uwidocznić.

*M. Warszawski.*

### *III. Choroby weneryczne i skórne.*

397. F. v. Poór (Budapeszt). **Przyczynę do leczenia wrzodu miękkiego czyli tak zw. *ulcus Ducrey*.** (*Dermatologisches Centralblatt*. Mai 1901).

Oprócz przymiotowego owrzodzenia członek męzki bywa siedliskiem całego szeregu nadżerków, owrzodzeń nie wspólnego niemających z prawdziwym szankrem miękkim, cechującym się obecnością w nim laseczników *Ducrey-UNna* i tylko o leczeniu takich właśnie owrzodzeń autor mówi w streszczonej pracy. W leczeniu owrzodzeń *Ducrey* posługujemy się dwiema metodami: chemiczną i fizyczną.

Do chemicznych sposobów należą leki żrące lub też leki, które wpływają na zmianę jakości zarodków drobnoustrojów chorobotwórczych, a tem samem czynią je niezdatnymi do dalszego istnienia.

Z dnia na dzień mnożą się doniesienia o dodatnich wynikach fizykalnych sposobów leczenia w zakaźnych cierpieniach skóry. Obok różnych sposobów leczenia elektrycznością i światłem (metoda Finsena i Röntgena, prądy Franklina, chemicznie obojętne promienie świetlne i t. d.), leczeniu wysoką lub niską ciepłotą w dermatoterapii dużą należy rokować przyszłość. Zbyt niska, a szczególnie zbyt wysoka ciepłota wpływa, jak wiadomo, ujemnie na żywotność drobnoustrojów chorobotwórczych.

W. Boeck, Aubert, Martineau, Hebra i Krösing stosowali w szankrach kąpiele miejscowe o  $40^{\circ}$ — $41^{\circ}$  C., Welander—wodę o  $50^{\circ}$  krążącą w gumowych lub cynowych rurkach, Andry—ciepło jakie daje rozżarzony do czerwoności aparat Paquelin'a, a Haralambi Ullman—parę o  $50^{\circ}$ — $70^{\circ}$ , C. Gaalfeld zaś pierwszy zastosował w celach leczniczych w szankrze niską ciepłotę, rozpylając na chore miejsca do silnego zamrożenia płyny o niskiej temperaturze wrzenia (metylathyl, aethylchlorid). Sposób Saalfelda autor wypróbował na 25 przypadkach wrzodu Ducrey'a, stosując chloraethyl (kelene), który ma temperaturę wrzenia  $+ 10^{\circ}$  C., a obniżać może ciepłotę, jak to wskazują badania termometryczne, do  $- 14^{\circ}$  C.

W pierwszych dwóch przypadkach autor rozpylał chlorek etylu przez 6 dni codziennie w ciągu  $1-1\frac{1}{2}$  minuty. Już przy trzecim rozpylaniu autor zauważył, że skłonność do szerzenia się owrzodzenia jak również jego wygląd nieczysty znikły. Na 4-ty dzień wystąpił obrzęk brzegów rany, na 5-ty, a tem więcej na 6 dzień znekrotyzowane powierzchowne warstwy skóry oddzieliły się i rana powiększyła się.

Nauczony doświadczeniem autor w następnych 23 przypadkach, jak tylko wygląd owrzodzenia stawał się czyściejszym, a wydzielina więcej surowicza, odrzucał już po kilka dniach zamrażanie, a przechodził do zazwyczaj używanych leków przeciwgnilnych (jodoform, eurofen, kseroform, dermatol, airol). Szankier miękki goił się wtedy jako czysta, wolna od drobnoustrojów, rana w 10—12 dni, a że przy stosowaniu tylko jodoformu lub leków jemu podobnych, gojenie trwa 18—20 dni, Neumann zaś w swem obszernem dziele podaje czas gojenia niepowikłanych szankrów na 6—7 tygodni, wyżej więc przytoczone przez autora wyniki uważać należy za bardzo pomyślne. Zauważyć także należy, że autor w 25 przypadkach nie miał żadnych powikłań w szankrach, co także na dobro jego metody zaliczyć należy.

Ponieważ z doświadczeń różnych autorów wiadomem jest, że drobnoustroje bez żadnej widocznej szkody dla swego dalszego rozwoju znoszą doskonale nawet bardzo niskie, bo do  $-192^{\circ}$  C. dochodzące temperatury, przypuszczać więc można, że takie krótkotrwałe, kilkakrotnie powtarzane zamrażanie, nie działa bezpośrednio zabójczo na dro-

bnoustroje Ducey-U nna'y, a pośrednio, wywołując zapalenie otaczającej tkanki.

Dobre wyniki w 25 przypadkach autora, zachęcają do dalszych prób w tym kierunku.

*Edmund Kurella.*

398. Dr. Raska i. **Przyczynę do pochodzenia rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** („Zur Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis“. D. Med. Woch., № 1, 1901).

Pomimo to, że gonokok powszechnie uważany jest za jedyną i wyłączną przyczynę rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej, pochodzenie to samo powikłań cierpienia tego dotychczas ma przeciwników. Przyczyną tego jest trudność, a często nawet niemożność wykazania gonokoków w narządach, dotkniętych powikłaniem. Badania pod tym względem w zapaleniach przyjądrza z wysiękiem surowiczym dały wyniki całkiem ujemne (Guyon, Janet, Jadassohn, Neisser i Schäffer). W jednym przypadku ropnego zapalenia przyjądrza Jadassohn wyhodował gronkowca (staphylococcus), a Macaigne i Vauverts lasecznika ziarnistego (coccobacillus) Friedländera. Przypadki te przemawiają za zakażeniem mieszanym. Przyczynę czysto gonokokową wykazują przypadki ropnych zapaleń przyjądrza Grass'a, Collan'a, Witte'a i innych.

Witte uważa za niewątpliwe przejście gonokoków z cewki moczowej do przyjądrza i sądzi, że pomimo trudności wykazania ich szczególnie w płynie surowiczym, przypadki dotychczas ogłoszone dowodzą gonokokowego pochodzenia rzeżączkowego zapalenia przyjądrza. W końcu pracy swej autor przytacza obserwowany przez siebie przypadek ropnego zapalenia przyjądrza, w którym również stwierdził obecność gonokoków.

*H. Uliński.*

399. Prof. Kaposi. **Co to jest pryszczycę?** (Wien. Med. Woch., 1901, № 1).

Żadne określenie pryszczycy nie może jej dokładnie scharakteryzować, gdyż mamy tu do czynienia ze sprawą zmieniającą się z każdą chwilą. Warunkowi temu nie odpowiada ani określenie, zaznaczające zewnętrzne cechy tego cierpienia: zaczerwienienie, obrzęk, wysięk, guziczki, pęcherzyki, skorupki, łuski i t. d., ani też cechujące pryszczycę jako zapalenie skóry powierzchowne (*dermatitis superficialis*) z surowiczym przeważnie wysiękiem. Określenia powyższe nie tylko, że nie są wyczerpujące, ale oprócz tego pierwsze za mało jest anatomopatologiczne, drugiemu zaś zarzucić można to, że zapalenie skóry powierzchowne z surowiczym przeważnie wysiękiem spotykamy i w innych cierpieniach np. w róży. Objawy zapalne pryszczycy, a mianowicie guziczki, pęcherzyki i jako następstwo tychże skorupki, łuski, i t. p., są wynikiem surowiczego przeważnie wysięku. Drugą cechą pryszczycy jest możność wywołania jej na skórze sztucznie w każdej

chwili i na żądanem miejscu, tymczasem gdy innych powierzchownych zapaleń skóry z typowym przebiegiem (łuszczyca, bąblica) sztucznie wywołać nie możemy). Trzecią cechą jest swędzenie i, co za tem idzie, drapanie, które potęguje cierpienie i przyczynia się do zakażeń na wywołanych drapaniem nadżarciach skóry t. j. do wtórnych ropień. Czwartą cechą jest cykliczny przebieg.

Wszystko to, co powyżej, nie określa ściśle pryszczycy. W celu wyrobienia sobie dokładnego pojęcia, należy badać to cierpienie przy łóżku chorego. Przebieg pryszczycy ostrej trwa 3—4 tygodni, wraze zaś wystąpienia wtórnych zapaleń i ropień, wywołanych zakażeniem, cierpienie trwa dłużej. Po zniknięciu pryszczycy ostrej, powikłanej wtórnymi zmianami lub nie, skóra wraca do stanu prawidłowego. Pryszczycza przewlekła występuje: 1) jako przewlekła w znaczeniu właściwym, gdy jedno i to samo miejsce skóry stale miesiącami lub latami dotknięte bywa pryszczycą, np. ręce u wielu rzemieślników pod wpływem środków chemicznych. Cierpienie to przyczynia się do przewlekłych zmian skóry, ułatwiających po zniknięciu pryszczycy występowanie nowych zapaleń.

2) Jako pryszczycza przewlekła z nawrotami występuje za każdym razem w postaci ostrej; po zniknięciu objawów skóra wraca zawsze do stanu prawidłowego. Najważniejsze powikłania wypływają z tej drugiej odmiany. Ażeby z nią zapoznać, autor omawia pryszczycę odruchową. W pryszczycy sztucznej na jakimkolwiek bądź miejscu skóry (wywołanej np. wcieraniem środków leczniczych) występują w okolicach oddalonych—najczęściej na twarzy, ostre ogniska pryszczycy, które ze swej strony przyczyniają się do powstawania tego cierpienia w nowych miejscach. Jednocześnie wystąpić mogą u tego samego osobnika czynniki inne, podtrzymujące pryszczycę lub wywołujące ją w nowych miejscach, a mianowicie drapanie, wywołane swędzeniem, i wzmożona wrażliwość nerwów i naczyń skórnych, nieodłączna od ostrej pryszczycy, z powodu której to wrażliwości podrażnienia dotychczas nieszkodliwe zdolne są wywołać cierpienie.

Wszystko to wpływa na wywiązanie się pryszczycy przewlekłej, składającej się z przypadków ostrych powrotnych. Następstwem tego jest cały szereg innych dolegliwości i zaburzeń w ustroju, które ze swej strony wzmagają usposobienie do pryszczycy. Usposobienie to być może u osób, które poprzednio nie chorowały na pryszczycę, a mianowicie u małokrwistych lub osłabionych skutkiem zaburzeń żołądkowych lub innych.

W przypadkach pryszczycy, połączonej z upośledzonym odżywianiem, środki wewnętrzne wzniecające odżywianie i trawienie jak również przepisy dyetetyczno-hygieniczne i inne obok lub bez leczenia miejscowego wpłynąć mogą dodatnio na zniknięcie pryszczycy, tymczasem gdy w przypadkach innych li tylko leczenie miejscowe wystarcza do usunięcia cierpienia. Miejsca skóry, dotknięte łojotokiem suchym lub mające naskórek chorobliwie suchy (np. przy rybiej łusce—ichthyosis) cierpią łatwo na pryszczycę, gdyż pot, nadmierne użycie zimnej wody i t. d. działają tu drażniaco.

H. Uliński.

## IV. Z prasy zagranicznej.

Książka pamiątkowa. (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 24).

(№ 400—411).

Dla uczczenia 25-letniej działalności profesorskiej H. Senatora, czasopismo *Zeitschrift für Klin. Med.* wydało książkę pamiątkową, na którą złożyli się dawniejsi i obecni jego asyntenci, pomieściwszy 17 prac klinicznych. Prace te poprzedza wstępne słowo E. Lessera, który w imieniu kolegów i swoim składa hołd jubilatowi.

Pierwsza praca pióra E. Bortha, lekarza sztabowego w Brieg (okręg wrocławski), poświęcona jest niektórym **postępom w patologii i terapii duru brzuszego**. W etyologii B. nie przyznaje żadnego znaczenia zakażeniom przez powietrze; nie zaprzecza jednak związku między częstym występowaniem tej choroby i stanem wody gruntowej (Pettenkofer), choć przyznaje, że w przypadkach sporadycznych teoria ta zawodzi. Doktrynę bakteryologiczną o przenoszeniu zarazków swoistych uważa za dowiedzioną i przez liczne epidemie stwierdzoną, jakkolwiek w niektórych przypadkach sposób zarażenia się pozostaje niewyjaśniony. Co do dróg zakażenia, to jakkolwiek przypadek Leubego dowodzi, że może się zdarzyć zakażenie przez odbył, zarazek dostaje się najwykłej przez żołądek i kiszki. Faktem jest, że ważną rolę odgrywa ilość substancji zakażającej, i że zmęczenie fizyczne sprzyja powstawaniu tej choroby. Śmiertelność, dzięki postępowi higieny zmniejszyła się, wszelako statystyka zbiera się od niedawna, by na niej opierać wnioski niewzruszone. Okres wylegania na mocy spostrzeżeń autora nad jedną epidemią dochodzi do 4 tygodni przeszło (w podręcznikach 2—3 tygodni).

O rozpoznaniu mówi autor, że jakkolwiek znalezienie laseczników Ebertha i Gaffky'ego mogłoby być najpewniejszym środkiem, to jednakże sposób ten, jako zbyt mozolny i trudny, niema wartości praktycznej, tak samo metoda Piórkowski'ego, trudna w klinice, nie jest decydująca; sposób Krausa (hodowla lasecznika tyfusowego z kału) wymaga dalszych prób. Metodę Vidala uważa za cenną, ale nie bezwzględną (w 12% nie mógł stwierdzić aglutynacji). Odczyn diazo (Diazoreaction) zasługuje na uwagę, zwłaszcza w początkach choroby, tylko że lekarstwa wpływają jednak również na ten odczyn. Co się dotyczy symptomatologii, to autor nie uważa za sprawdzian rozpoznawczy biegunki z charakterystycznymi stolcami, gdyż w połowie przypadków (na 60 spostrzeganych), objawu tego nie napotykał<sup>1)</sup>. Przytem wspomina o odmianie tyfusu, opisanej przez

<sup>1)</sup> W kilkudziesięciu przypadkach, spostrzeganych przezemnie rozmaitymi czasy i u osobników rozmaitego wieku, prawie zawsze napotykałem rzadkie, cuchnące wypróżnienia. (Uwaga sprawozdawcy).

*Ja coud'a (fièvre typhoïde sudorale)*, podając własny opis odnośnego przypadku. Leczenie: nie uznaje specyficznego; kąpiele uważa za dobrodziejstwo dla chorego—tylko radzi nie schematyzować, ale indywidualizować, z leków podaje co godzinę łyżkę  $\frac{1}{2}\%$  roztworu kwasu solnego.

Drugi artykuł, skreślony przez Boernikela, asystenta kliniki Senatora, zawiera opis przypadku oparzenia przelyku ługiem gryzącym, z rysunkami błony, wykrztuszonej na 6-ty dzień. Autor zestawia ten przypadek z przypadkiem Reichmana (*Oesophagitis exfoliativa*) i jest tego zdania, że w obu przypadkach błony wykrztuszone były częściami znekrotyzowanej powierzchni przelyku.

W trzecim artykule E. Bussenius podaje przyczynek do etyologii *anaemiae progresivae perniciosae*, opisując przypadek, spostrzegany na stacyi wewnętrznej lazaretu wojskowego w Halli; przypadek tem ciekawszy, że wśród żołnierzy napotyka się niezmiernie rzadko. U osobnika, zkadinał zdrowego, pozostającego pod obserwacją lekarską przez lat 11, rozwinęła się anemiczna postać otyłości ze zmianami hematologicznymi jak w blednicy. Przez  $1\frac{1}{2}$  roku mógł on pełnić służbę, a po otrzymaniu urlopu ciężko zachorował. Zastanawiając się nad możliwymi czynnikami szkodliwymi w danym przypadku, autor rzuca myśl, że przyczyną mógł być wyciąg gruczolu tarczowego, którego chory używał pomimo zakazu lekarza przez czas dłuższy, tembardziej, że w moczu stwierdzono znaczne ilości indykanu.

W następnym artykule W. Croner mówi o stosunku cukrzycy do wiądu rdzenia, opierając się na przypadkach jednoczesnego występowania obu chorób, opisanych przez Oppenheima, Grubego (2 przypadki) oraz na 3-ch przypadkach z polikliniki uniwersyteckiej (Senatora) i ze szpitala w Charlottenburgu. Autor utrzymuje, iż bez względu na to jak, zapatrywać się będziemy na stosunek przymiotu do wiądu rdzenia, faktem jest, że w wielu przypadkach tabes napotyka się w wywiadach lues. Nie ulega wszelako wątpliwości, że arteriosclerosis stanowi przyczynę cukrzycy, jak tego dowiedli Fleiner, Hoppe-Seyler i inni w przypadkach lekkich i średnich. A że lues bywa jedną z głównych przyczyn arteriosklerozy, więc pośrednio może być przyczyną cukrzycy. Ta ostatnia może też stanowić powikłanie wiądu, gdyż w układzie nerwowym mogą występować w tych miejscach ustroju, które mają znaczenie dla ekonomii cukru w organizmie. Jako dowód służyć może przypadek Oppenheima, gdzie cukrzyca powstała skutkiem przejścia sprawy tabetycznej na okolicę jąder nerwu błędnego; w dwóch innych nasuwało się przypuszczenie, że tabes przeszedł na jamę romboidalną, a w 2-ch przypadkach (Reumont i Fischer) przyjmowały udział niektóre nerwy mózgowe.

F. Frankenhäuser stara się uzasadnić naukowo zastosowanie prawa Faradaya do elektroterapii. Dowodzi, że o ile przy badaniu środków farmaceutycznych uwzględnia się dawkowanie, określanie dawek śmiertelnych, szkodliwych, działanie jednorazowe i kumulacyjne, niższe granice skuteczności, odczyn indywidualny i t. p., o tyle w badaniu prądu galwanicznego nie podobnego prawie wcale nie

bywa. Brak tego rodzaju poszukiwań sprawia, że ilość pewnych, niezawodnych skutków leczenia elektrycznością jest mała, iż pewien znany elektroterapeuta nazbyt pohośnie całą tę terapię uważa za sugestywą. Nieco więcej wiemy o miejscowem działaniu prądu, przynajmniej w miejscu wstępowania tegoż. Elektroliza znajduje zastosowanie w chirurgii. Ale i zwyczajne elektrody działają gryząco na skórę; ztąd obawa przed stosowaniem prądu przez czas dłuższy. Autor robił doświadczenia odnośnie z początku na sobie samym, później na pacjentach. Po oczyszczeniu skóry wodą przekroploną i osuszeniu jej, kładł na nią materję nieprzemakalną (protectivsilik) z dwoma wycięciami żądanej wielkości opodal siebie dla miejsca wstępowania prądu. Na tych wycięciach umocowane elektrody. Przy użyciu zwykłych elektrodów wilgotnych występuje rychło granica wytrzymałości. Nie możemy tu wdawać się w szczegółowe streszczenia doświadczeń i teoretycznych dociekań autora, zaznaczymy tylko, że, badając rozkładające działanie prądu na skórę, można otrzymać całą skalę ilościowo i jakościowo oznaczyć i stopniować się dających (z pomocą barwników anilinowych) działań, którym odpowiadają rozmaite odczyny ze strony skóry. Systematyczne wypróbowanie tych faktów uważał za niezbędne dla dermatoterapii i balneoterapii.

W następnym artykule Hasenclever z Akwizgranu opisuje 3 przypadki tej postaci **marskości wątroby**, którą opisał Hanot. U 2-ch siostr i brata w wieku 23, 25 i 19 lat stwierdzono rozwój upośledzony w porównaniu z resztą rodzeństwa, znaczną żółtaczkę, powiększenie wątroby i śledziony; w 2-ch nie było ascites. W przebiegu spostrzegano to silniejsze to słabsze nateżenia sprawy, zwłaszcza żółtaczki, od czasu do czasu bezbarwne wypróżnienia, nieznaczne chudnięcie. Z okazji tych przypadków autor zastanawia się nad etyologią tej postaci chorobowej, skłaniając się do poglądu Hanota, który przyczyne jej upatruje w dziedziczności.

W następującym artykule Siegfried Kaminer mówi o **włóknikowym zapaleniu płuc, towarzyszącem hemoglobinemii w otruciu fenyldrazyną**. Wnioski autora: fenyldrazyna ze względu na działanie swoje zarówno na leukocyty i na nerki, jak i na płuca, zbliżona jest do toksyn.

Dalej następuje 5 prac z dziedziny pedyatrii. Dwie z nich streściłszy w r. b. w dziale referatów z chorób dzieci, mianowicie: o zawartości gazów w żołądku dziecięcym prof. H. Leo i o jednoczesnem występowaniu skrzywień kręgosłupa i nacieczenia szczytów przez M. Mosso. Z pozostałych trzech jedna p. t. „Laryngoskopia w wieku dziecięcym” jest pióra Alfreda Kirsteina, twórcy metody bezpośredniego oglądania krtani (autoskopii). Autor ten po wzmiance o przyrządzie Mont-Bleyera (Tractor linguae) i o haczyku Esca'ta dla badania krtani dzieci niespokojnych, stara się dowieść, że poza bardzo nielicznymi wyjątkami, u każdego niemal dziecka bez różnicy wieku można krtani autoskopować. Jest to wprawdzie rzeczą trudną, ale bynajmniej nie niemożliwą, jeśli wprawiać się na trupach dziecięcych. Po szczegółowy opis autoskopu dla dzieci i szczegóły techniczne Kirstein odsyła do swojej pracy, drukowanej w r. 1899 w Central-



blatt für Kinderheilk. Druga stanowi opis przypadku demonstrowanego przed kilku laty w Centralverein der Schweitzer Aerzte przez prof. E. Lesser'a. Przypadek ten dotyczył 6-letniej dziewczynki z *hypertrichosis universalis* i objawami przedwczesnego rozwoju płciowego (genitalia jak u kobiety dorosłej). Trzecia wreszcie zawiera krótki opis choroby i autopsji 10 miesięcznej dziewczynki, u której znawano: *wrodzona dextrocardia bez situs viscerum transversus; brak tętnicy płucnej; ductus Botalli jako naczynie tętnicze, otwór w septum ventriculorum i mała lewa komórka serca*. Jest to, zdaniem autora, piątą dotychczas opisaną przypadkiem dekstrokardyi, stwierdzony przez sekyę. Autorem jest Hugo Löwenthal.

W następnym z kolei artykule P. F. Richter (asystent) wyowiada kilka uwag krytycznych o stosunku nerek do glikozuryi (i na mocy licznych doświadczeń na zwierzętach, u których wywoływał silne zapalenie nerek, podając trujące dawki środków farmaceutycznych), dochodzi do wniosku, że cierpienie nerek obniża sztuczny cukromocz, i że przepuszczalność nerek dla cukru krwi przynajmniej w niektórych przypadkach jest zmniejszona.

„Czy i o ile ten czynnik, rzec można, mechaniczny odgrywa jedyną czy główną rolę w wyjaśnieniu omawianych faktów klinicznych“, zdaniem R., rozstrzygnąć mogą dalsze spostrzeżenia nad „wyleczeniem“ przypadków cukrzycy, do których przyłączyło się przewlekłe zapalenie nerek.

W następnym artykule prywatny docent H. Rosin zastanawia się nad odrębnymi właściwościami polikliniki i omawia niektóre postaci choroby częściej spostrzegane w poliklinice i leczenie ich za pomocą hydroterapii. Do najczęstszych cierpień należą myalgie. Na 3628 pacjentów poliklinicznych autor spostrzegł w r. 1899 406 (więc około 11%) dotkniętych bólami w mięśniach. Omówiwszy 2 czynniki sprzyjające ich powstawaniu t. zw. zaziębienia i uraz, R. odróżnia: myalgia rheumatica i myalgia traumatica. Te ostatnie dzieli na: 1) uraz bezpośredni, uraz skutkiem nadmiernych wysiłków mięśni zdrowych i uraz spowodowany zmęczeniem mięśni bardzo słabych. Nie będziemy tu powtarzali szczegółów tej pouczającej pracy, zaznaczymy tylko, że autor opisuje dolegliwości podmiotowe, zmiany anatomiczne tych postaci, rozpoznawanie różniczkowe, przebieg i leczenie. Co do ostatniego, to w większości przypadków, pochodzenia niereumatycznego nie zaleca salicylu, ale hydroterapię, okład Priessnitza z zimnej wody (10—15 R.); w ostrych postaciach reumatycznych gorące kąpielnie; w przewlekłych—kąpiele solankowe (8 f. soli stassfurtskiej), w przypadkach ciężkich i uporczywych, łaźnie dla silniejszych, kąpiele elektryczne dla słabszych, w niektórych uporczywych przypadkach zaleca półkąpiele przez 3 minuty o ciepłocie 18° R. z ciągłym wycieraniem, obmywaniem, zawijaniem w koce aż do sprowadzenia potów i następczymi zimnymi natryskami i osuszaniem.

Do częstszych dolegliwości pacjentów poliklinicznych należą też cierpienia stawów już to z ostrych powstałe przewlekłe gościec stawowe, już to arthritis deformans. Rzadko zgłaszają się chorzy dotknięci dną. Zdarzają się też rudymenarne postaci gościeca stawowego, zwłaszcza

u kobiet z różnemi parestyzjami w rękach i nogach, lekkimi bólami w stawach rąk i nóg zwłaszcza rano i przed południem. W postaci tej, o której nie wiadomo, czy nie bywa czasem początkiem arthritis deformans, autor też uważa za najskuteczniejszą hydroterapię. Znaczne polepszenie spostrzegają po stosowaniu gorących kąpeli piaskowych miejscowych (dają się też stosować i u ludności ubogiej); kąpiele gorące całego ciała (Vollbäder). Gdzie środki pozwalają, można te ostatnie zastąpić kąpielami solankowemi albo jeszcze droższemi borowinowemi, siarczanemi, szlamowemi i piaszczystemi kąpielami ogólnemi.

Dalej autor przechodzi od opisu zbioru objawów, znanego doświadczonej praktykom jako cierpienie przewlekłe, którego cechę stanowi uczucie gniecienia i pełności w okolicy żołądka z częstem odbijaniem, utrudniającem nieraz rozmowę. Badanie przedmiotowe, jak widać z 2-ch przytoczonych przykładów, daje bardzo mało wskazówek, że trudno orzec czy są to formy ogólnego cierpienia nerwowego czy też mamy w tych razach do czynienia z odrębną postacią chorobową, do czego skłania się autor. I tu autor po wypróbowaniu wielu metod leczniczych (naparstnica, brom, bizmut, belladonna, rezoreyna, magnesia, usta, leczenie dyetetyczne) dochodzi do wniosku, że najskuteczniejszymi okazały się zabiegi wodolecznicze.

Następnie mówi R o s i n o zbiorze objawów, spostrzeganych w poliklinice, najczęściej u kobiet i opisywanych w podręcznikach pod niekoniecznie trafną nazwą pulsatio epigastrica. I tu autor otrzymał dobre wyniki z wodolecznictwa (miejscowe leczenie: pęczek z lodem, po kilka godzin dziennie, hydropatyczne opaski na brzuch, ciepła wanna przez godzinę z następczymi silnymi natryskami na brzuch). Wreszcie, z cierpień poliklinicznych omawia autor jeszcze błednicę i stosowanie w tej chorobie hydroterapii, zwłaszcza kąpeli gorących, 32° R. przez 30—60 minut).

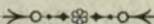
W końcu autor, konstatując brak zakładów umożliwiających chorym tańszą kurację wodoleczniczą, domaga się od państwa uprzyśtępnienia zabiegów wodoleczniczych dla warstw niezamożnych, zgłaszających się do polikliniki.

Przedostatnia praca książki streszczanej nosi tytuł **Aneurysma Cordis**. Jest to studjum anatomiczno-kliniczne Strauch'a, który, opierając się na materyale sekcyjnym z lat 10-ciu w berlińskim instytucie patologii, w szpitalu Augusty i żydowskim, podaje w swej pracy wyniki autopsyi 55 przypadków tętniaka, dołączając w większości przypadków krótkie historie choroby. Badany materyał obejmował osobników w wieku od lat 20 do 79 (38 mężczyzn i 17 kobiet) rozmaitych stanowisk i zawodów, większość jednakże stanowili ludzie pracujący umysłowo. We wszystkich bez wyjątku przypadkach sprawa umiejscowiona była w lewej komórce serca. Za typowe swoiste siedlisko uważa autor okolice wierzchołka serca (w 39 przyp.). W 44 przypadkach znaleziono aneurysma cordis bez zmian zastawek, 9 razy powiększenie wadą aorty i w 2 razach z wadą zastawki dwudzielnej. O czynnikach etyologicznych nie można nie stanowczego wnioskować na zasadzie opisów przytoczonych. Przechodząc do rozpoznania, autor zastanawia się nad objawami klinicznymi i fizykalnymi, wyrażając

nadzieję, że na mocy ich będzie możliwym w przyszłości w pewnych przypadkach dyagnozować cierpienie to intra vitam lub przynajmniej uwzględnić je pod względem rozpoznania różniczkowego.

Zakończenie stanowią badania prywat. docenta H. Straussa nad wchłanianiem i przemianą materji w „apepsia gastrica“ ze szczególnem uwzględnieniem anaemiae perniciosae. Z faktów podanych w tej pracy, autor wyprowadza wniosek, że obecnie nie mamy żadnego pozytywnego dowodu, i że po za granicę hipotez wychodzi twierdzenie, że zanik żołądka i kiszek może wywołać anaemiam perniciosam.

B. Polikier.



## V. Z towarzystw lekarskich wiedeńskich.

№ 412—413.

Prof. Neusser mówił o **dyagnostyce etyologiczno-bakterjologicznej**. Przez rozwój anatomii patologicznej, która zajęła pierwsze miejsce, nastąpił w medycynie przed kilku dziesiątkami lat zwrot, tak że medycyna symptomatyczna usunęła się na plan dalszy. Istota tego anatomicznego kierunku leżała w usiłowaniu umiejscowienia chorób i ścisłego określenia podłoża anatomicznego dla istoty i siedliska choroby. Kierunek ten anatomo-patologiczny przyczynił się do podziału pracy i, co za tem idzie, do rozkawałkowania myślenia medycznego. Mimo że w pewnych działach jak np. w gruźlicy, durze, anatomia patologiczna ma bardzo liczne zasługi, to jednak w zakresie wyświetlenia etyologii chorób podobną zasługą popisać się nie może. Anatomia patologiczna wyświetliła związek pewnych chorób z sobą jak np. lupus, scrophulosis, bakterjologia jednak potrafiła wykryć momenty przyczynowe chorób i poddać je krytyce doświadczalnej. Bakterjologia zespoliła etyologicznie choroby pod względem anatomicznym odrębne, tak że usiłowania lokalizacyi anatomo-patologiczno-morfologicznej nie stanowią najwyższego szczebla w myśleniu medycznym. Dlatego też bakterjologię uważać musimy za epokę etyologiczną, nową erę w historii rozwoju medycyny. Mimo niebezpieczeństwa, popadnięcia nowego tego kierunku w dawne ontologiczne myślenie, przyszli wnet przedstawiciele tego kierunku do przekonania, że przyczyna choroby nie leży jedynie w drobnoustroju, ale w odczynie ustroju na istoty chorobotwórcze. Nowa ta nauka i jej metody badania straciły niejako anatomję patologiczną z jej dotychczasowego stanowiska dominującego. Wiele zdobywszy, jakie anatomia patologiczna w ciągu szeregu lat z wielką pracą w badaniach nam przekazała, pozostało martwymi hieroglifami, a dopiero bakterjologii się udało odczytać je i w martwe te zdobycze wlać ducha żywotnego. Jednem pociągnięciem związała bakterjologia etyologicznie choroby w jedne, które anatomia uważała za różne (Lupus, scrophulosis, tuberculosis

miliaris, pneumonia caseosa). Nigdy w medycynie „unitas“ nie była tak zadokumentowana jak w epoce bakteryologicznej.

Bakteryologia zdobyła sobie stanowisko dominujące, stała się dla każdego nieodzowną nauką, dla lekarza, dla anatomo-patologa, dla higienisty.

Klinicysta czasów dzisiejszych musi nie tylko jak przed pierwszą połową ubiegłego stulecia myśleć kliniczno-symptomatycznie, lub jak przed 20 laty anatomicznie, ale także etyologiczno-bakteryologicznie. Dlatego też tuberculosis, atinomycosis, aspergillois i streptotrichosis przy pomocy łatwych metod bakteryologicznych dadzą się łatwo przy łóżku chorego rozpoznać i odróżnić.

Z drugiej strony pokazała nam bakteryologia, że różne i klinicznie odrębne sprawy mogą mieć tę samą etyologię. Okazało się, że niektóre postaci endocarditis, meningitis, myelitis i t. d. wywołane są przez teżsame drobnoustroje: stafilocoki. W ostrych chorobach gorączkowych wystąpienie stafilocoków we krwi wskazuje na pyaemię, endocarditis, otitis, podczas gdy stafilocoki we krwi w przebiegu gruźlicy nie dają podstawy do rozpoznania cięższego schorzenia. Dlatego też wyniki bakteryologicznego badania trzeba roztrząsać z wielką rozwagą. Dalej trzeba pamiętać, że prawie każdy mikroorganizm ma swego sobowtóra fałszywego.

Bakteryologia dała również podstawę dzisiejszej serodyagnostyce. Reakcja Gruber-Widala odgrywa w rozpoznaniu duru tę samą rolę, co prątki gruźlicze w rozpoznaniu gruźlicy. Przy pomocy tej reakcji dało się rozpoznać rzadkie choroby, jak gorączka Maltańska. Aglutynację widać i w ciężkich schorzeniach, wywołanych przez *B. pyocyaneus*, *proteus* i *b. coli*. Streptocoki i diplokokki dają rodzaj aglutynacji w tworzeniu łańcuszków i osłonek. Aglutynację należy szczególnie badać w appendicitis, w której w ropie znajdujemy *pyocyaneus*, *b. coli*, *proteus* w hodowlach czystych, pomieszane ze sobą lub z innymi drobnoustrojami. W surowicach prócz istot aglutynujących znajdują się także istoty bakteryobójcze, które znajdują zastosowanie w znaczeniu surowic nieznanego pochodzenia na ich bakteryobójczą siłę. Zastosowanie reakcji antytoksycznej miało by w rozpoznawaniu chorób jeszcze większe znaczenie, gdyby w niektórych chorobach dawało zawsze pewne rezultaty i było dokładniej zbadane. Także zmiany morfologiczne krwi w przebiegu infekcji dają nam dla rozpoznania pewne wskazówki. Zapalenie płuc krupowe cechuje się wystąpieniem polinuklearnych leukocytów i obfitej siatki włóknika. Zmiany te we krwi znajdujemy we wszystkich zakażeniach pneumokokami. W sprawach septycznych i zapaleniach płuc znikają komórki eozynofilowe. W durze występuje zmniejszenie ilości ciałek białych i siatki włóknika. W pewnych znow chorobach występują w moczu pewne charakterystyczne cechy. W zakażeniu pneumokokami znikają chlorki, wyrażna acetonuria pokazuje się w wodowstręcie, reakcja dwuazotowa w przebiegu gruźlicy świadczy o zakażeniu mieszanem. Wszystko to świadczy o wielkim znaczeniu bakteryologii w celach rozpoznawczych. Prócz tego wyświetliła ona nam patogenezę bardzo wielu chorób. Błonica stała się chorobą lokalną, wywołaną przez miejscowe

osiedlenie się bakterii błonicowych, które na drodze syntetycznej obojętnie zupełnie z jakiego podłoża, wytwarzają trucizny, które bez generalizacji samych bakterii zabijają podobnie jak trucizna węzów. Dlatego stanowi błonica przeciwieństwo do owych ogólnych zatrueń, w których jak np. w zatruciach rycyną lub abryną po podskórnym wstrzyknięciu ogólne zatrucie jest pierwotne i lokalne wydzielenie w formie enteritis haemorrhagica następczym objawem chorobowym. Teżec jest również cierpieniem miejscowym, wścieklizna umiejscawia się w systemie nerwowym. W środku między drobnoustrojowym zakażeniem a zatruciem stoi dżuma. Bakteryologia wyjaśniła i zakażenie mieszane, w którym jedne mikroby przysposabiają dla drugich podłoże. Tę symbiozę spotykamy w gruźlicy (bakterie gruźlicze i ropne), w grypie (bakterie grypy i proteus), dalej między b. coli, s. reptokokami i bakteriami duru brzuszego. Do tego samego odnieść należy zakażenie teżcowe, teżczkę, rachitis. Bakteryologia również wykazała, że zapalenie płuc może być wywołane przez rozmaite mikroby: meningokoki, bact. Friedländeri, b. coli, enterokoki.

Bakteryologia ma także wpływ znaczny na leczenie i prognozę. Bystrość z bakteryologią obznajmionego lekarza okazuje się w tem, że z objawów klinicznych i mało znaczących na pozór danych, wobec nawet ujemnego wyniku badania bakteryologicznego potrafi rozpoznać ukryty drobnoustrój wywołujący chorobę. By jednak bakteryologia dla kliniki szczególnie mogła oddać pewne stałe usługi, musi opierać się i na innych naukach pomocniczych i ręka w rękę iść ze zdobyczami anatomii patologicznej i chemii. Bakteryologia wpłynęła bardzo znacznie na nasze pojęcia biologiczne.

Prof. Nothnagel mówił o **idyopatycznym zapaleniu otrzewny**. Przez pierwotne idyopatyczne zapalenie otrzewny (peritonitis idyopatica) rozumie Nothnagel takie zapalenie otrzewny, w którym nie można znaleźć innych zmian patologicznych w organizmie, przyczem charakter wysięku jest rzeczą obojętną. Drobnoustroje, wywołujące to zapalenie, muszą się dostać do jamy brzusznej, nie wywoławszy nigdzie indziej zapalenia. Rozstrzygające zdanie ma w tych razach anatomopatolog, gdyż klinicyście nie zawsze uda się wykryć inne możliwe zmiany, które dopiero na stole sekcyjnym pochwycone być mogą.

Zapalenie otrzewny może być wywołane przez wpływy mechaniczne, chemiczne i drobnoustrojowe. Druga przyczyna chemiczna ma tylko znaczenie doświadczone, gdy np. przez posmarowanie zdrowej otrzewny olejkami krotonowymi wywołać możemy idyopatyczne zapalenie. Naturalnie, że do tej grupy nie należy zapalenie, wywołane przez toksyny drobnoustrojowe.

W szczególności przy powstawaniu zapalenia otrzewny, wielką rolę odgrywa ucisk. Zapalenie otrzewny w następstwie ucisku jejlić kałem wypełnionych na otrzewną, szczególnie w okolicy colon i S romanum, chroniczne zapalenie otrzewny w okolicy i bliskości nowotworów wątroby i śledziony, zapalenie otrzewny w workach przepuklinowych i zgrubienie peritoneum ponad wątrobą daje się owym uciskiem

łatwo wytłumaczyć. Doświadczalnie wywołał Weiland zapalenie otrzewny zrostowe naokoło pęcherzy, wprowadzonych do jamy brzusznej przy wszelkich kautelach aseptycznych. Wszystkie te postaci zapalenia są miejscowe i za zapalenia idyopatyczne z całą pewnością uważane być muszą.

Trzecia grupa zapalenia otrzewny tak ostrego jak i chronicznego, wywołanego przez drobnoustroje, dała i daje jeszcze powód do sporu o istnieniu zapalenia idyopatycznego. Zapalenie otrzewny ostre, rozlane zazwyczaj występuje w takiej postaci, że z łatwością daje się odszukać punkt wyjścia i to też zapalenie zaliczyć należy do zapaleń następowych. O istnieniu zapalenia otrzewny wywołanego przez zaziębienia mało mamy danych, aby kwestyę ostatecznie rozstrzygnąć; przyjąć tylko należy, że zaziębienie przygotowuje grunt, na którym łatwiej osiedlić się mogą drobnoustroje. W ostrych chorobach infekcyjnych spotykamy często pleuritis, pericarditis i meningitis i tylko dziwić się należy dlaczego właśnie w tych chorobach zapalenie otrzewny należy do powikłań stosunkowo bardzo rzadkich. W przebiegu duru brzuszego spotykamy peritonitis dość często, ale powstaje ona w następstwie wrzodów jelitowych, w następstwie przebiccia jelit lub ropni śledzionowych i pozostaje zazwyczaj ograniczoną. Według Liebermeistra na 2000 przypadków duru, 16 razy było zapalenie otrzewny bez przedziurawienia jelit, a między nimi nie było żadnego idyopatycznego. Peritonitis w grypie jest w następstwie enteritis gripposa, a w gościecu stawowym i sepsis zapalenie otrzewny nie daje się skonstatować. Grawitz na 867 przypadków znalazł 13, które klinicznie jako idyopatyczne zapalenie rozpoznane zostały, na sekcji okazało się zaś zapalenie następcze. W niektórych przypadkach występuje zapalenie otrzewny jako pierwotne przez to, że drobnoustroje dostają się przez przeponę przy bronichitis, pleuritis do jamy brzusznej; to samo może nastąpić z jelit. Że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych zapalenie otrzewny rzadko się stosunkowo zdarza, ma swoje uzasadnienie w wielkiej zdolności resorbcyjnej otrzewny, która w ten sposób czyni nieszkodliwymi drobnoustroje i toksyny.

Pierwotnego zapalenia chronicznego otrzewny nie mógł N. dotychczas skonstatować, a także i z literatury nie są mu znane takie przypadki. Punkt wyjścia dla pierwotnej peritonitis tuberculosa stanowią zawsze gruczoły zaotrzewnowe, mezenterjalne, pleura i narząd rodny.

Tak więc do dziś dnia powstawanie pierwotnej peritonitis nie jest uzasadnione. Jedyna droga, którąby z zewnątrz drobnoustroje do jamy brzusznej bez uszkodzenia innych organów dojść mogły, byłyby przewody jajnikowe, ale we wszystkich do dziś dnia znanych przypadkach i narząd rodny był zajęty. Również i z migdałków mogłyby się dostać drobnoustroje do jamy otrzewnowej przez krwiobieg, nie wywołując poprzednio zmian w migdałkach. W. Jeż.

## VI. Wiadomości terapeutyczne.

### 414. (jz) Acetopyrin.

B o l o g n e r i zaleca środek ten w ostrym gościecu stawowym, ma on nadto posiadać własności przeciwgorączkowe bez wywołania zapaści, w nerwobólu kulszowym działa kojąco, nadto używał go B. w rzeżączce do wewnątrz. Dawka 0,5 grm. kilka razy dziennie.

(Bul. gén. de ther. 1901).

### 415. (jz) Congestio cerebialis.

Le Progr. Méd. (№ 14, 1901) zaleca:

Ergotini 0,01

Acidi lactici 0,02

Aqu. laurocer. 10,0

MDS. 2—3 inj. podsk. dzien.

### 416. (mb) Diabetes mellitus.

v. N o o r d e n zaleca w cukrzycy zamiast Natr. salicylicum aspirynę w ilości 1—3 grm. dziennie. Szczególnie dobrze znoszą ten środek tacy diabetycy, którzy przyjmują jeszcze pewną ilość węglowodanów (60—150 grm. chleba), nie wydzielając przytem cukru. Przy pomocy aspiryny tolerancja tych chorych podnosi się często o 30—60 grm. chleba i więcej i, co więcej, po zaprzestaniu używania tego środka, jeszcze przez dłuższy czas znać dobroczynny jego wpływ.

(Wiener medic. Woch. № 21, 1901).

### 417. (jz) Dysenteria.

B u c h a n a n w 855 przypadkach biegunki krwawej w Bengalu wypróbował leczenie za pomocą siarczanu sodu. Autor miał zaledwie 9 przypadków śmierci. Metoda B. polega na podawaniu 4,0 natri sulfurici 4—8 razy dziennie dotąd, dopóki w stolcach jest krew i śluz, leczenie to zaleca

jednak tylko w przypadkach ostrych.

(Brit. med. Journ. 1901).

### 418. (jz) Eclampsia.

J a r d i n zaleca w drgawkach poporodowych podawać chorym do wewnątrz dużą ilość soli gorzkiej oraz robić wlewania roztworu soli kuchennej. Według niego, śmiertelność spała przy tym sposobie do 17% zamiast 47%. Jako zapobieganie poleca w białkomoczu poprzedzającym sól gorzką, moczoepdne i wlewania surowicy sztucznej.

(Brit. med. Journ. 1901).

### 419. (jz) Gelatina.

G e b e l e na zasadzie licznych obserwacji i doświadczeń doszedł do wniosku, że wstrzykiwanie 2% lub stosowanie zewnętrzne 10% roztworu żelatyny sterylizowanej działa na krew ścinająco tylko w tym razie, jeżeli nastąpiła znaczna utrata krwi ( $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$  cz. ogólnej ilości krwi).

(Münch. m. W., 24, 1901).

### 420. (jz.) Kąpiele siarczane.

W i n k l e r z Neundorfu podaje kilka uwag praktycznych co do stosowania kąpeli siarczanych w chorobach skóry. Istnieją 2 metody: jedna polega na stopniowym zwiększaniu długości trwania kąpeli, i chory nadto bierze 2 kąpiele dziennie, druga powszechnie używana na 4—6 tygodniowej kuracji wodą ogrzaną do 33—34° C. w ciągu 10—40 minut. Picie wód siarczanych trwa 4—6 tygodni, chory pije wodę zimną 100—800 grm. rano i wieczorem, z dodatkiem mleka lub bez. Autor nadto przestrzega ściśle diety, radzi w podagrze unikać zbyt esencyonal-

nych pokarmów, w pryszczycy skrofulicznej kartofli, w furunculosis mięsa wieprzowego, w acnesera, w acne rosacea—wysokoku, w pokrzywce—raków i poziomek. W chorobach skóry swędzących zabrania kawy, pokarmów słonych, korzeni, octu, twierdzi nadto, że jaja źle znoszą chorzy podczas kuracyi.

(Deut. Med. Zg. 1901, 28).

421. (z) **Tussis convulsiva.**

Payne w kokluszu uporeczym osiągnął dobry wynik, przepłukując dzieciom 3 razy dz. po 300—600 grm. 2,50% roztworem karbolu jamy nosowe. Po tygodniu nastąpiło wyzdrowienie.

(Ann. de méd. et Chir. 13, 1901).

422. (jz) **Tussis convulsiva.**

Spieß zaleca w kokluszu wdmuchywanie ortoformu sproszkowanego. U dzieci od 3 lat insuflacye powtarza co 2 godziny, u mniejszych 4 razy na dobę.

(Ann. de Méd. et Chirurg. inf. 12).

423. (jz) **Protargol i Cupralgol.**

Emmert używał tych środków w 5—20% maści jako środków dezynfekcyjnych. Cupralgol w postaci 1—5% roztworu wodnego jest znakomitym środkiem przeciwpalnym w cierpieniach łącznicy.

(C. f. Schw. Aertz. 9).

424. (hu) **Wyjaławianie cewników.**

Dr. Elsberg zaproponował wyjaławianie katgutów za pomocą wygotowania w nasyconym siarku amonu. Dr. Herman, asystent prof. Rydygiera, uważa na mocy doświadczenia sposób ten za odpowiedni również do wyjaławiania cewników elastycznych. Wiadomo, że, składając się z tkanki jedwabnej i powłoki laku, nie znoszą one wody wrzącej, pod wpływem której powierzchnia ich staje się chropowatą, a następnie pęka. Natomiast, po pięciogodzinnem nawet wygotowaniu w nasyconym siarku amonu, nie tracą ani połysku ani gładkości.

Gotowanie w ciągu 3—5 minut wystarcza do kompletnego wyjałowienia. Herman, po wyprobowaniu wielu innych sposobów, uważa omawiany za najpewniejszy.

(La Sem. Méd. 1901, № 5).

425. (jz) **Wyciąg z nadnercza.**

Według Petersa sok z nadnercza posiada własności znieczulające. Rostwór z 2 tabletek w wodzie wrzącej (15 minut) odfiltruj; zawiera on 10% wyciągu. P. stosował środek w rakach wrzodziejących, gruźlicy krtani, pedzłując powierzchnię. W rakach przełyku chorzy połykają roztwór.

(Lancet. 1901).

## VII. Notatki bibliograficzne.

—z— Dr. Alfred Burzyński. **O konserwacji narządów w barwach naturalnych.** Lwów 1901.

Do ustalania preparatu autor zaleca: 100 cz. 4% formaliny, 5 acetonu, 5 octanu potasu, 3 azotanu potasu i 3 soli kuchennej; z płynu tego przenosi preparat po 4—5 dniach na 1—2 dni do 90% alkoholu z dodatkiem 15% octanu potasu, następnie przechowuje w 20—30% glicerynie. Praca pochodzi z pracowni anatomicznej we Lwowie.

—z— Dr. Gońka. **W sprawie powstawania niektórych cyst (torbieli) w błonie śluzowej dziąsła.** Lwów 1901.



Autor na zasadzie badań odnośnych dochodzi do wniosku, że torbiele dziąseł powstają niekiedy we wczesnym okresie rozwoju zęba w czasie zaniku listwy nabłonkowej. Tego pochodzenia są cysty opisane i zbadane pod względem histologicznym przez autora. Język tej pracy grzeszy obfitością barbaryzmów.

—z— Prof. J. Prus. **O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze mózdzka.** Lwów 1901.

Jest to wykład uzupełniony z IX zjazdu lekarzy w Krakowie. Według autora, w korze mózdzka mieszczą się ośrodki ruchowe, dla mięśni prawej połowy ciała, w prawej połowie robaka i kory mózdzka dla mięśni lewej—w lewej skroni. Drażniąc piramidę robaka, wywołujemy zwrócenie głowy i oka w stronę drażnienia i ku dołowi, rozszerzenie źrenicy, podniesienie karku, zgięcie w stawie łokciowym, wyprostowanie i rozstawienie palców; skoro podrażnimy tuber vermis, wywołamy skurcze w mięśniach barku i wyprężanie kończyny przedniej; w declive jest ośrodek dla mięśni grzbietu, w culmen dla odnogi tylnej, a w monticulus dla ogona, w uvula dla mięśni odnogi górnej i ucha oraz kręgosłupa, w lob. semil. inf.—dla gałki ocznej, powieki i mięśni barku, w l. sem. sup. dla wyprężaczy łapki przedniej, w lob. quadrangularis dla łapki tylnej. Swoistą cechą mózdzka stanowi zależność pobudzenia od kierunku prądu, co zależy od własności odnośnej komórek Purkinje'go. Praca jest doświadczalna (na psach).

—z— Pr. Dr. H. Kadyi. **O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w zakładzie anat. opis. Uniw. lwowskiego.** Lwów 1901 (i toż po niemiecku).

Autor na mocy kilkuletniego doświadczenia zaleca przechowywanie preparatów w stanie aseptycznym. Zaleca, mianowicie, nastrzykać zwłoki formaliną, preparat przechować czas jakiś w słabej formalinie, lub utrwalić w mocnej, następnie zaś przechowywać w zwykłej wodzie przekroplonej. Po szczegóły odsyłamy do oryginału.

—z— Dr. S. A. Wojno. **K kazuistykę nerwnego szwa.** Tyflis 1901.

Autor opisuje przypadek pomyslnego zeszcicia nerwu łokciowego metodą Mikulicza.

—z— Pr. Wł. Nikolskij. **Matieriały k woprosu o sootnoszeniach i kolebaniach otprawlenij w organizmie czelowieka.** Warszawa 1901.

Streścić tej pracy, stanowiącej rozprawę filozoficzno-lekarską, nie można, zaznaczymy tylko wyniki: Zbadanie stosunków wzajemnych ustroju jest możliwe tylko po zbadaniu ich czynności; konieczną jest rzeczą prowadzić badania w tym kierunku, aby uzyskać sposoby racjonalnego leczenia. Jeden i ten sam czynnik może wywołać różne działanie, zależnie od stałych i zmiennych stanów ustroju. Rzeczą lekarza jest zbadać w każdym przypadku pojedynczym, skutkiem jakich czynników powstały zmiany, i starać się o przywrócenie stosunków normalnych.

—z— Dr. m. F. Grebner. **Zamietki o mehanoterapii.** Odesa 1901.

Autor szczegółowo zapoznaje czytelnika ze stanem obecnym mechanoterapii, opisując przyrządy Zandera, Thila, Krukenberga i Herza, tym ostatnim poświęca wiele miejsca, jest bowiem zdania, że stanowią one postęp istotny w tej gałęzi terapii. Opis ilustrują liczne rysunki. Warto by, aby i u nas pomyślano o napisaniu podręcznika, większość bowiem lekarzy ma nader ogólne pojęcie o rozwijającej się dziś bardzo gimnastyce z przyrządami.

—z— J. H. Spiegelberg. *Die Krankheiten des Mundes u der Zähne im Kindersalter.* (Würzburger Abhandlungen aus dem Geb. der pract. Med. № 9.

Autor rozpatruje szczegółowo choroby zębów i jamy ustnej u dzieci, zaleca pilnie przestrzegać ich higienę i kończy następującym zwrotem: Użycie mydła uważane jest za dowód kultury, higiena jamy ustnej z tych samych powodów winna być uważaną za dowód znajomości, lub nieznanomości higieny przez daną rodzinę.



## VIII. ODCINEK.

Dr. Józef Zawadzki.

### ORGANIZACYA POGOTOWIA RATUNKOWEGO

w małych miastach.

(Rzecz czytana na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie).

*Szanowni Panowie!*

Na zachodzie nietylko wielkie, ale i małe miasta posiadają do brze zorganizowaną pomoc lekarską doraźną. Wszelkie w tym kierunku istniejące instytucje dadzą się podzielić na 3 grupy.

1. *Towarzystwa ratunkowe* ze stacją centralną, obsługiwana przez lekarzy i odpowiedni personel niższy ratunkowy.

2. *Towarzystwa samarytanów*, posiadające posterunki, obsługiwane przeważnie przez samarytanów—nie lekarzy.

3. *Stacje ratunkowe* przy instytucjach leczniczych (szpitale miejskie i prywatne, domy zdrowia prywatne i t. p.).

Rozpatrując działalność wszystkich tych 3 grup, pierwszeństwo przyznać należy Tow. ratunkowym, których organizacya odpowiada ściśle wszelkim wymogom. samarytanie bowiem, pomimo najlepszych chęci, nie są w możności udzielić choremu należytej pomocy, choćby z tego powodu, że, jako nie lekarze, nie rozporządzają wszystkimi środkami potrzebnymi do ratunku, nie mówiąc już o tem, że często źle zastosowane środki ratunkowe fatalnie odbić się mogą na dalszym przebiegu cho-

roby podległego wypadkowi. Nie mniej wad posiada organizacya stacyi ratunkowych, urządzanych przez miasto, aczkolwiek bowiem pomoc udzielana jest przez lekarzy, brak instytucyi tej sprężystości, jaką posiadają Tow. ratunkowe, które, nie mając materyalnie zapewnionego bytu, starać się muszą o zebranie funduszy przez ścisłe i dokładne wypełnianie obowiązku. Za dowód posłużyć może organizacya pomocy w nagłych wypadkach w Paryżu, która ogranicza się prawie wyłącznie do przewożenia chorych z miejsca wypadku do szpitala.

Nie będę zresztą mnożył dowodów wyższości Towarzystw ratunkowych nad innymi organizacyami, uczyniłem to bowiem w odczycie, poświęconym tej kwestyi w r. 1898.

Dla mnie po kilkoletnim bezpośrednim uczestniczeniu w zarządzie Towarzystwa ratunkowego w Warszawie, najmniejszej nie ulega wątpliwości, że typem najlepszym na czas dłuższy pozostanie typ doktora Mundy'ego, założyciela Tow. ratunkowego w Wiedniu, a to tem bardziej, że nie tylko w granicach Austrii, ale i w Berlinie w ostatnich czasach przyznano wyższość tej organizacyi.

Na tym typie wzorowało się w zaraniu swojej działalności i Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie, a chociaż w ciągu lat 4-ch, przystosowując się do warunków miejscowych, w wielu szczegółach od pierwowzoru odstąpić musieliśmy, jednakowoż zasada została ta sama: *Urządzenie jednej centralnej stacyi ratunkowej, czynnej dniami i nocą, obsługiwanej wyłącznie przez lekarzy, utrzymywanych przez Towarzystwo, którzy dla pomocy fizycznej mają odpowiednio wyszkolonych sanitaryuszy.*

Szczytna myśl, aby nikt nie był pozostawiony bez opieki umiejętniej w dzień i w nocy na całym obszarze miasta, aby prócz pomocy dostarczyć choremu dobrych środków transportowych i przez to ułatwić zadanie leczącemu chorego, nie zamknęła się w ciasnych murach Warszawy, a echem szerokiem rozprzestrzeniła się na wschód daleko. Pierwsza Łódź poszła za przykładem Warszawy; od nas wzięła wzór do ustawy Towarzystwa, od nas instrukcye wewnętrzne, za naszym pośrednictwem zakupywała środki ratunkowe.

Od 1-go grudnia r. 1899, zaczęło funkcyonować Towarzystwo ratunkowe w Łodzi i przez ten czas krótki zdołało sobie zyskać uznanie wśród ludności (około 4500 wezwań w ciągu 1½ r.).

Pozatem Wilno, Kijów, Białystok, Charków, Woroneż, Petersburg i Moskwa, chcąc iść za przykładem Warszawy, zasięgali u nas informacji co do urządzenia Tow. ratunkowego i, sądząc, że niedaleką jest chwila, kiedy i te miasta uzyskają tak potrzebne im stacye ratunkowe.

Wobec coraz większego rozprzestrzeniania się Towarzystw ratunkowych, uważam za rzecz pożyteczną w krótkich chociażby słowach naszkicować organizacyę tego rodzaju towarzystw w miastach większych, oraz podać projekt organizacyi ich w małych miastach. Co się tyczy punktu pierwszego opierać się muszę na 4-letniem doświadczeniu Tow. rat. Warszawskiego.

Zasada samej organizacyi widoczna jest z tego, co powiedzia-

łem wyżej. Stacya została umieszczona mniej więcej w środku miasta, tak, że największa odległość wynosi wiorst 5, czyli, że stacya w najbardziej oddalonym punkcie może udzielić pomocy w ciągu 25 minut od chwili zawezwania. Towarzystwo dla udzielania pomocy posiada: 1 lekarza zarządzającego stacyą, 16 lekarzy dyżurnych, jednego nadzorcę sanitaryusza, 9 sanitaryusza i 5 stangretów. Do wyjazdu na miejsce wypadku ma karetki (Wiedeńskie), otwierane z obydwu boków, z noszami wewnątrz, w każdej karetce może być równocześnie przewiezionych 2 chorych.

Każda karetka ma swoją obsadę, złożoną z jednego woźnicy i 2 sanitaryusza, z których starszy, obznajmiony dokładnie z narzędziami, z przenoszeniem chorych jest bezpośrednim pomocnikiem lekarza, młodszy zaś ma obowiązek znosić kufry, podtrzymywać w razie potrzeby chorego, czyli jednym słowem, jest siłą fizyczną. Każdy wóz posiada swoje własne umontowanie, które się składa z: 1) *kufra z narzędziami i opatrunkami*, 2) *torby z odtrutkami*, 3) *torby z bielizną*, 4) *skrzynki z wodą przegotowaną i karbolem*. Prócz tego stacya posiada: 1) *kufier duży do katastrof*, 2) *komplety zapasowe*, 3) *wyprawkę dla nowonarodzonych*, 4) *tobół dla ratowania utopionych*, 5) *4 kufry*, tak zwane posterunkowe, 6) *maszynki elektryczne*, 7) *kaftan dla obłąkanych oraz cały szereg noszy i lektyk, najrozmaitszych typów*.

Dla przewożenia chorych nie uległych wypadkowi są dwie karety, otwierane z jednego tylko boku, jedna z nich wynajmowana jest za opłatą, druga udzielana bezpłatnie na żądanie lekarzy. Kufry z opatrunkami początkowo sprowadzone były z Wiednia; wkrótce jednak przekonaaliśmy się, że typ ten jest niewygodny, a co ważniejsza nie gwarantuje aseptyki; wata i opatrunki były w naczyniach nieszczelnie zamkniętych, narzędzia w skórzanych trzosach, w tych więc warunkach, o zachowaniu czystości mowy być nie mogło; po wielu próbach opracowaliśmy typ kufra, którego urządzenie daje absolutną gwarancję zachowania aseptyki,

Również modyfikacyi znacznej uległa torba z odtrutkami, w torbie wiedeńskiej brakowało bardzo wielu odtrutek, w naszej torbie są wszystkie. Nadto mamy tu wszystkie niezbędne przyrządy do szybkiego przepłukania żołądka oraz gotowe leki wyjaławiające do wstrzykiwań podskórnych.

Torba na bieliznę mieści bardzo wygodną miednicę gumową, fartuchy dla lekarza i sanitaryusza, prześcieradło dla oparzonych i zapas płynu dla oparzonych. W kufarach zaś wiedeńskich przedmioty te były umieszczone razem z instrumentami. Typ kufra posterunkowego został opracowany specjalnie przez Pogotowie ratunkowe Warszawskie, i zawiera w sobie wszystko, co jest do udzielenia pomocy doraźnej na posterunku potrzebne.

Tobół dla utopionych zawiera w sobie koce, prześcieradła, szczotki do rozcierania i maszynkę elektryczną z suchymi elementami.

Koni Towarzystwo posiada 11. Towarzystwo zajmuje lokal w domu prywatnym. Stąd płynie wiele niedogodności, na razie jednak usunąć ich nie można dla braku placu i środków materyalnych. Nie będę opisywał lokalu nadmienię tylko, że w wozowni od 9-ej ra-

no do 11-ej wieczór stoi jedna karetka, zaprzęzona, gotowa do wyjazdu. Po wyjeździe karetki natychmiast zaprzęgamy nową. Przy karetce dyżuruje obsada; dyżur, jeżeli nie było wyjazdu trwa 2 godziny.

Na czele Instytucyi stoi Zarząd, wybierany na 3 lata, składający się z 12 członków, którzy ze swojego grona wybierają prezesa, sekretarza i skarbnika; w rękach tych ostatnich leży bezpośredni Zarząd instytucyą.

Jak nadmieniliśmy powyżej, Tow. utrzymuje 16 lekarzy, którzy dyżurują po 3-ch, od godz. 9-ej rano do 1-ej w nocy, oraz po 2-ch, od 1-ej w nocy do 9-ej rano. Mniej więcej na każdego lekarza wypada 27 godz. dyżuru na tydzień.

Budżet Tow. waha się w granicach około 33,000 rb. rocznie, a wartość inwentarza w chwili obecnej przenosi 23,000 rb.

Oto w krótkich zarysach szkic organizacji Pogotowia ratunkowego w Warszawie. Jak już nadmienilem, zupełnie tak samo zorganizowano Pogotowie ratunkowe w Łodzi.

Dotychczas żadne z innych miast Królestwa nie posiada Pogotowia ratunkowego, z wielką krzywdą dla uległych wypadkowi.

Samo przez się rozumie się, że organizacja stacyj ratunkowych w małych miastach nie może być identyczną z organizacją w miastach większych; musi być prostszą, mniej skomplikowaną, a co ważniejsza—tańszą. Jeżeli bowiem Warszawa i Łódź zdobyć się mogą na kilkudziesięcio-tysięczny wydatek rocznie, miasta mniejsze muszą ograniczyć się w wydatkach.

Niema zresztą żadnej potrzeby mieć w miastach mniejszych tylu lekarzy, sanitaryuszy i t. p.

Na tem miejscu mogę dać tylko punkty wytyczne, które posłużyć mogą do urządzenia stacyj ratunkowych w miastach. Każde miasto ma swoje cechy właściwe, które muszą być wzięte pod uwagę. Miasta w Królestwie dają się podzielić na następujące grupy:

- 1) miasta z ludnością powyżej 100,000 (Warszawa, Łódź);
- 2) miasta z ludnością od 50 do 100 tysięcy, z rozwiniętym przemysłem i handlem, posiadające po parę szpitali (Lublin, Częstochowa);
- 3) miasta z ludnością 20 do 50 tys., posiadające po jednym szpitalu (Piotrków, Radom, Płock, Pabjanice, Łomża);
- 4) miasta z ludnością od 10 do 25 tys. z małym rozwiniętym przemysłem i handlem, tu należą: Siedlce, Kielce, Włocławek, Suwałki, Kalisz, Będzin, Tomaszów, Chełm, Zgierz, Zduńska Wola i t. d.;
- 5) miasta z ludnością mniej niż 10 tys. — większość miast powiatowych Królestwa;
- 6) osady i wsi.

Gdybyśmy posiadali dokładnie prowadzoną statystykę wypadków w różnych miastach Królestwa, z zupełną ścisłością, możnaby obliczyć ilu potrzeba lekarzy, sanitaryuszy, a co za tem idzie, jaki koszt pociągnie za sobą urządzenie w każdym z nich stacyj ratunkowych.

Statystyki takiej dla Królestwa niema. Do tej pory, tylko

Warszawa, dzięki Pogotowiu ratunkowemu, może wiedzieć, ile w jego murach zdarza się nagłych zasłabnięć, lub przypadkowych i umyślnych urazów. Łódź wypracuje statystykę taką w przyszłości, dlatego też opierać się musimy na cyfrach przybliżonych, wyciągniętych ze statystyki Warszawy.

W Warszawie na 700,000 ludności zdarza się około 8,000 wypadków rocznie, na 10,000 przeto ludności wypada 106 wypadków, czyli w miastach drugiej kategorii wypadałoby od 500—1000 wypadków rocznie, w miastach 3-iej kategorii od 250—500 i t. d.

Cyfry te są niewątpliwie zbyt niskie, gdyż przeglądając statystyki miast innych, widzimy, iż liczba wypadków nie jest ściśle proporcjonalną do liczby mieszkańców, przeciwnie, im miasto jest mniejsze, tem liczba wypadków jest większa. Tak np. we Lwowie wypada na każde 10,000 mieszkańców—240 wypadków, a w Krakowie około 380, w Wiedniu zaś tylko 52. Ta różnorodność cyfr dowodzi, że tylko w przybliżeniu, możemy mówić o spodziewanej ilości wypadków. Opierając się jednak na doświadczeniu Warszawy i Łodzi, na powiedzieć, że jeżeli w Warszawie wystarcza 3-ch współcześnie dyżurujących lekarzy, w Łodzi zaś 2-ch, w miastach innych kategorii niezmiernie rzadko zdarzyć się może, aby współcześnie zdarzało się kilka wypadków, których by lekarz dyżurny nie mógł obsłużyć należycie. Jeżeli zaś przyjmiemy, że jeden lekarz stale dyżurować ma na stacyi, to trzeba będzie minimalnie mieć personel lekarski złożony z 5-ciu lekarzy; wtedy wypadnie lekarzowi 33<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godz. dyżuru. Przy 5-ciu lekarzach musi być najmniej 3-ch sanitaryuszy.

Co się tyczy środków ratunkowych podzielić je należy na dwie grupy:

*Środki ratunkowe niezbędne*, do tych należą: kufer wyjazdowy, torba z odtrutkami, torba z bielizną (opis dokładny narzędzi umieszczamy w dodatku), oraz maszynka elektryczna i środki dla ubezwładnienia obłąkanych.

Do drugiej kategorii należą inne *pomoce ratunkowe*, wymienione powyżej.

Tak samo na dwie grupy podzielić się dadzą środki do przenoszenia chorych. Nieodzowne są *nosze*, z których typowi francuzkiemu oddać należy pierwszeństwo; dalej idą *lekytyki* kryte wszelkiego typu i rodzaju.

Do drugiej kategorii zaliczam *wozy ratunkowe* dlatego, że potrzebne są jedynie w miastach rozległych; tam gdzie odległość od środka miasta, do najodleglejszych okolic wynosi więcej niż 25 minut drogi pieszej. Jeżeli odległość ta jest mniejsza, nosze, ewentualnie, wózki ręczne wystarczą najzupełniej, przez co koszt utrzymania stacyi znakomicie się zmniejszy.

W miastach większych, jeżeli na stacyi dyżuruje jeden lekarz, potrzebne są dwa wozy, obsługiwane przez stangreta, oraz 4 konie.

Co się tyczy urządzenia stacyi, mieścić się ona powinna bezwzględnie w środku miasta i składać się musi z następujących części składowych:

- 1) *pokój dla lekarzy dyżurnych*; w pokoju tym powinno być

biurko, kilka krzesel, łóżko dla dyżurów nocnych, szafa na ubranie, a w miastach posiadających telefony—i aparat telefoniczny.

2) *skład na kufry* i przedmioty ratunkowe, łatwo dostępny, z wyjściem bezpośrednio na podwórze lub ulicę.

3) *sala opatrunkowa*, w której znaleźć się powinny następujące sprzęty:

a) stół operacyjny, b) stoliczki ze szklanymi blatami do opatrunków i narzędzi, c) szafa ze szkła i żelaza do narzędzi, d) miednica z wodą bieżącą, ewentualnie, zlew i wodociąg (szczegółowy wykaz narzędzi w sali opatrunkowej, dołączamy przy końcu), e) sterylizator.

Pomiędzy narzędziami, uwzględniać należy przede wszystkim niezbędne dla doraźnej pomocy. Przy wyborze narzędzi kierować się trzeba zasadą, że stacya ratunkowa udziela pierwszej pomocy w wypadkach nagłych, dokonywane więc powinny być tylko te operacje, które są dla pierwszej pomocy niezbędne. W Warszawie według obowiązującej lekarzy instrukcji, operacji chirurgicznych w zasadzie dokonywać nie wolno na stacyi, tylko takie są dopuszczalne, które służą do uratowania chorego, znajdującego się w niebezpieczeństwie życia, a więc tracheotomia, usuwanie ciał obcych, przepłukiwanie żołądka, podwiązanie naczyń.

W innych wypadkach, lekarz ogranicza się do opatrunku i przewozi chorego do szpitala lub do domu. Sala opatrunkowa odpowiadać powinna wszelkim wymaganiom aseptyki, a więc posiadać ściany gładkie, olejno-malowane, oraz nieprzemakalną podłogę.

4) *skład na leki* i opatrunki może być połączony ze składem na kufry.

5) *pokój dla sanitaryusza*.

6) *kuchnia*.

7) *wozownia* i skład na nosze.

8) *stajnia*.

Niezależnie od tego powinna być oddzielna *kancelarya*, wraz z mieszkaniem dla intendenta i woźnego. Wszystkie powyżej wymienione części składowe stacyi ratunkowej, powinny być o ile możności umieszczone na parterze.

Oto szkic urządzenia stacyi ratunkowej.

Przestrzeń pojedynczych izb, musi być, naturalnie, zastosowana do wielkości stacyi, a ze względów praktycznych pożądaną byłoby rzecz, aby o ile można dla dostarczenia koniecznego spokoju stacya nie mieściła się w domu frontowym.

D. c. n.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go Lipca 1901 r.

—j. z.— W chwili, gdy numer ten będzie w rękach czytelnika, największy ze szpitali krajowych, szpital D-ka Jezus oblokł się w nowe szaty, stary budynek zostanie zrównany z ziemią, a na je-

go miejscu powstaje już nowa dzielnica miasta, po latach paru ani śladu nie będzie po starym budynku, prócz kaplicy, która, o ile wiemy, ma pozostać na dawnym miejscu.

Lat temu 140 ks. Gabryel Baudouin założył podwaliny pod instytucję, ściśle z jego związaną imieniem, tu zbierał dzieci, starców, kaleki i już w r. 1762 szpital mieścił 1000 osób, a niemowląt na wsi było 1900. Umarł, jak wiadomo, w 7 lat potem, ale dzieło jego w miarę postępu czasu rozwijało się.

Nie możemy kreślić historii szpitala D-ka Jezus, zaznaczymy tylko, że z czasem dom wychowawczy stał się instytucją drugorzędną, na pierwszy plan wystąpił szpital, który prócz oddziałów wewnętrznych i chirurgicznych, aż do wybudowania szpitala w Tworkach, mieścił oddział dla kobiet umysłowo chorych, instytut położniczy, szkołę dla akuserek i babek, a od czasu Szkoły głównej kliniki i instytutu anatomicznego, anatomopatologicznego, anatomii i chirurgii operacyjnej oraz gabinetu medycyny sądowej.

Naturalnie, miejsca początkowo aż nadto wystarczającego zabrakło, a same budynki nie odpowiadały przeznaczeniu, pomyślano więc w 1891 roku o przeniesieniu szpitala.

Napróżno prasa jednak oraz ludzie świadomi stosunków miejscowych, zalecali budowę szpitala znacznie większego w oddalonym zaledwie o 20 minut drogi od środka miasta Rakowcu, napróżno żądali oddzielenia klinik od szpitala—komitet początkowo wybrał plac wystawowy, który nie na długo udało się obronić\*), później wrócił do dawnego projektu—folwarku Ś-to Krzyżkiego.

I oto dziś mamy szpital znów w mieście, w miejscowości zabudowanej, w bliskości kolei, a wkrótce i dworca centralnego, obok stacji filtrów i innych fabryk. Złe się stało, a dziś, gdy wynika potrzeba budowania nowych szpitali i zwiększenia łóżek o 1500 i znów staniemy wobec dylematu, gdzie je budować, prawdopodobnie, głosy obeznanych z miastem i jego potrzebami osób, będą głosem wołającego na puszczy.

Wydawnictwo Tow. higienicznego, które świeżo wyszło z druku, uwalnia nas od szczegółowego opisu nowego szpitala. Na krytykę czas jeszcze, gdyż budynki nie są ukończone, a niedogodności, o których tu i owdzie się słyszy, dopiero mogą być stwierdzone przez praktykę. Wstrzymujemy się więc z oceną do późniejszego czasu.

—s— Wątpić należy, czy p. Sceptyk, autor artykułu p. t. „Kartki z dziennika lekarza“, umieszczonego w 27 numerze *Prawdy*, jest w istocie lekarzem, tyle bowiem mieści się w tym artykule nienawiści do medycyny i jej wykonawców, a tak mało znajdujemy tam logiki i istotnej wiedzy, że artykuł ten raczej przypisać należy dziennikarzowi, który stąd i zowąd pozbierał niejaki wiadomości i w ciasnym tyglu niedalekiego swego umysłu chciał przetopić na coś w rodzaju zwierzeń lekarza. Według tego pana, nie tylko leczenie, ale i metody rozpoznawcze są błagą i komedią. Badanie chorego z dyftery-

\*) Wybudowano tu Politechnikę Warszawską.



tem gardzieli uważa za zbyt uczynne i robi to, „aby nie narażać na szwank swej opinii“, udziela stróżowi porady w bramie, nie badając go i „domyślając się“, że ból w ramieniu z „pracy forsownej“ pochodzi. W całym artykule wciąż widzimy chęć przedstawienia lekarza jako blagiera, komedyanta, który oszukuje chorego i otoczenie, a czyni to i autor „kartek“ i na tem większą chyba zasługuje chłostę, że działa świadomie, natrząsaając się z „etyki lekarskiej“ (!), która tak czynić mu każe, że stara się uwydatnić ohydę postępowania... własnego.

Jaki miał cel p. Sceptyk w artykule, dopatrzeć się nie trudno, zożydzić medycynę w oczach czytelnika, przedstawić ją jako wstrętne pełne obłudy i kłamstw zajęcie. Czyn, zaiste, antyspołeczny w zbiorowisku, które i bez tego szuka opieki chętniej u cudotwórców, hypnotyzerów i wszelkiego rodzaju owczarzy, niż u ludzi miłujących wiedzę i pracujących dla dobra społeczeństwa; dziwić się należy piśmu, które paszkwil ten wydrukowało, że nie rozumie całego bezmiaru krzywdy. Bronić przed tą napaścią naszej wiedzy i sztuki nie będę, ubliżyłbym jej bowiem, sama dostatecznie zasłania się od takich pocisków. Autor artykułu słyszał coś o medycynie, ale źle, a sceptycyzm jego nie płynie ze świadomości, ale ignorancyi raczej, przede wszystkim zaś nie wie o leczeniu psychicznem chorych oraz o zasadzie „*primum non nocere*“, a szkoda, którą by przyniósł swą prawdomównością, była by nie obliczona dla chorych i dla otoczenia, zniszczenie nadziei suchotnika—okrucieństwem, na które nie lekarz, ale człowiek cywilizowany nigdy by sobie nie pozwolił.

Sztuka nasza i wiedza są czyste i nie zbrukają ich napaści takich Sceptyków, a kapłani ich zbyt swój zawód i dobro chorego miłują, by dotknąć ich mogły zaprawne jadem niechęci kłamliwe insynuacje. Niech p. Sceptyk się leczy, bo choroba, którą artykuł ten zdradza, głęboko snąc usadowiła się w nim i jest wielce dla otoczenia szkodliwą.

—z— Z okazji XI zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dr. M. W. Herman (*w Przegl. lek.*) podaje następujące dane co do 10 ubiegłych zjazdów: 16 i 17/IX 1889 r. odbył się zjazd 1-szy, drugi 15—17 Lipca następnego roku, III-ci razem ze zjazdem ogólnym w Krakowie, IV-y w 1892 r. (12—14 VII), V-y w 1893 r. (11—13/VII), VI-y razem ze zjazdem ogólnym we Lwowie, VII-y w 1895 r. 16—17/VII, VIII-y w 1896 r., IX-y w 1899 r., X-y razem z IX zjazdem ogólnym w r. z. Samoistnie zatem odbyło się 7 zjazdów. Prezesem stałym jest prof. Rydygier. Wygłoszono dotąd 309 wykładów przez 91 prelegentów, najobfitszy w treść był zjazd I (31), najuboższy VI.

XI-mu zjazdowi, który, jak wiadomo, odbędzie się w d. 16 b. m., życzymy powodzenia.

—z— Nadesłano nam kwestyonaryusz w sprawie kąpielii w wagonach oraz odbitkę ze *Zdrowia* w tej kwestyi przez kol. J. Tchórznickiego. Odpowiedzi na kwestyonaryusz, zawierający 3 pytania: 1) czy wprowadzać wagony kąpielowe; 2) czy będą korzystać z nich

pasażerowie; 3) jakiego typu kąpiele urządzić na stacyach—nadsyłać należy do projektodawcy.

—z— Tow. higieniczne nadesłało nam kwestyonyaryusz w sprawie uzdrowotnienia małych miast Królestwa. Kwestyonyaryusz ten rozesłano do lekarzy i innych osób dobrej woli na prowincyi, dla uzyskania materiału faktycznego.

—z— Warszawska kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy po 1½ rocznem istnieniu posiada w listach zastawnych 8500 rb., na rachunku przekazowym 979 rb. 52 kop., gotowizną 6 rb. 16 k., w depozytach 600 rb., na pożyczkach bez poręczeń 683 rb. 54 k., z poręczeniem 180 rb., pod zastawem 232 rb. i w kuponach 95 rb. 63 k. Uczestników, mimo tak pomyślny stan jest stosunkowo mało. Przypominamy sz. czytelnikom, że w maju rozesłałiśmy deklaracye przy Kronice dla ułatwienia zapisywania się do *tej koniecznej* dla naszego stanu instytucyi.

—z— Zarząd Tow. dor. pom. lek. w Warszawie uprasza za naszym pośrednictwem kolegów zamieszkałych w Warszawie o nadsyłanie adresów pod adresem—Leszno 25, w ciągu lipca i sierpnia.

—z— W Mińsku sądzona była sprawa 2 lekarzy, miejskiego A. Szulca i wolnopraktykującego Offenheudena o odmowę udzielenia pomocy lekarskiej. Chory na tyfus w gorączce zaczął wybijać szyby u sąsiada, który myśląc, że ma do czynienia ze złodziejem, toporem odrąbał mu rękę, a drugą zranił, przeciąwszy wszystkie tętnice. Obu lekarzy znaleziono w domu prywatnym przy kartach, żaden z nich nie chciał iść do chorego; chory zmarł. Sąd skazał ich na 2 miesięczne aresztu i 8 rb. kary. Nie trzeba by kar takich wymierzać, gdyby miasto pomyślało o zorganizowaniu doraźnej pomocy na wzór Warszawy. Gdy bowiem z jednej strony każdego oburzyć może podobne lekceważenie życia ludzkiego, z drugiej nie można przecież odmówić lekarzowi dla tego, że jest lekarzem, prawa do odpoczynku i kazać mu być zawsze usposobionym do udzielania pomocy. Stała pomoc ze stałymi lekarzami dyżurnymi, wynagradzanymi odpowiednio, zapobiegła by tego rodzaju zajściom.

—z— Otrzymaliśmy odezwę XIV kongresu międzynarodowego w Madrycie. Prezesem komitetu jest prof. Julian Calleja y Sanchez, sekretarzem dr. Angel Fernandez-Caroy Nouvilas, skarbnikiem dr. José Gomez y Ocma, członkami prezesi i sekretarze wydziałów. Adres komitetu (Faculté de Médecine à Madrid). Wpisowe 30 pesetas, dla rodzin 12 pesetas. Kongres odbędzie się 23—30 kwietnia 1903 r. Wydziałów, jaki na innych kongresach, jest 16.

—z— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie dla własnego użytku lub w praktyce dla biednych wyciąg borowinowy Mattoniego bezpośrednio z Francensbadu, lub z aptek pp. Kucharzewskiego, Heinricha i Treutlera w Warszawie.

—z— Na dziekana wydz. lek. w Pradze powołano prof. Spinę, na dziek. wydz. lek. w Krakowie—prof. Wachholz.

—jw— Dyrektorem szpitala powszechnego we Lwowie po prof.

Czyżewiczu został dr. Starzewski z Tarnowa. O posadę tę ubiegało się 121 lekarzy.

—*ju*— Na Krecie rozszerza się trąd. Celem zbadania przyczyn królewicz Jerzy ustanowił komisję lekarską, pod przewodnictwem dr. Ellers'a (duńczyka). Obecnie liczą na Krecie 400 trędowatych.

—*ju*— W Towarzystwie Lekarskiem Kaliskiem na ostatniem posiedzeniu dorocznem w czerwcu r. b. odbyły się wybory, które dały wynik następujący: prezesem obrano dr. D r o z d o w s k i e g o, wiceprezesem dr. W i l c z e w s k i e g o, sekretarzem dr. K a s p r z a k a. Towarzystwo istnieje już lat 24 i liczy 55 członków czynnych, 6 honorowych i 5 członków korespondentów. Posiedzeń w ciągu roku Towarzystwo odbyło 10, na których odczytano i przedyskutowano 26 referatów, połączonych z przedstawieniem chorych, preparatów i narzędzi.

—*ju*— Z okazji urodzin córki, księżniczki Jolanty, król włoski ofiarował 200000 lirów na budowę szpitala dla dzieci, dotkniętych suchotami.

---

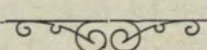
## Z M A R L I.

---

Dr. Kazimierz Sacewicz w 37 r. życia. Ś. p. S. był lekarzem zakładu w Nałęczowie przez lat 11 i, prócz pracy obowiązkowej, z powodzeniem prowadził tam stację meteorologiczną oraz badanie nad roślinami okolic Nałęczowa. Praca ta miała być drukowaną w *Pamiętniku fizyograficznym*. Prócz tego zmarły kolega wydrukował parę spostrzeżeń klinicznych i pracę p. t. „O czynności płciowej i jej zaburzeniach jej okresu wstępnego“. Zmarły pozostawił po sobie wśród chorych i kolegów wspomnienie zacnego człowieka. Od lat paru usunął się od pełnienia obowiązków zawodu z powodu choroby.

Dr. Jan Panieński, d. 5 Lipca r. b. w Poznaniu, w wieku lat 39. Zmarły od r. 1889 praktykował w Poznaniu, gdzie założył własną klinikę chorób nerwowych.

---



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O zapaleniu rdzenia—E. Flatau i J. Koelichen—str. 699.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

373—394. XXX Zjazd Chirurgów Niemieckich w Berlinie—str. 707.

### II. Choroby kobiece.

395. N. F. Intorichin—Sposób prosty wyluszczenia macicy—str. 715. 396. Heide-  
mann—Zakrzepy poporodowe—str. 715.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

397. F. v. Poór (Budapeszt)—Przyczynk do leczenia wrzodu miękkiego czyli tak  
zw. ulcus Ducrey—str. 716. 398. Dr. Raskai—Przyczynk do pochodzenia rzeżącz-  
kowego zapalenia przyjądrza—str. 718. 399. Prof. Kaposi—Co to jest pryszczycza?—  
str. 718.

400—411. Z prasy zagranicznej—str. 720.

412—413. Z towarzystw lekarskich wiedeńskich—str. 725.

Wiadomości terapeutyczne 414—425 str. 740.

Notatki bibliograficzne — str. 729.

Odcinek — str. 732

Kronika bieżąca — str. 737.

Nekrologia—str. 741.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Юля 1901 г.