

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Mors sub menstruatione ex anaemia.

PODAŁ

Józef Jaworski,

b. ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu św. Ducha.

Brak właściwej miary z jednej strony na ilość krwi, podczas prawidłowej miesiączki traconej, z drugiej strony znaczne pod tym względem wahania jeszcze w granicach zdrowia odbywające się—sprawiają, że określenie, kiedy krwawienie miesięczne, ze względu na ilość krwi, przestaje być fizyologicznem, a wkracza w dziedzinę patologii, nie zawsze może być łatwem i ścisłym.

Zresztą, jako kryterjum dla określenia stanu patologicznego, będzie tutaj nie tylko ilość miesięcznie utraconej krwi, lecz także i wpływ tych krwawień na ustrój. Za patologiczne przeto uważać musimy i takie krwawienia miesięczne, które bez względu na ogólny stan chorej obfitością swoją daleko wychodzą po za przeciętną miarę, a również i te, które szkodliwy wpływ na ustrój wywierają.

Wszak tutaj niedokrwistość bardzo często powstaje równie wskutek obfitych krwawień, jak i z powodu, chociaż małych, lecz bardzo częstych utrat krwi.

Ta niedokrwistość, warunkowana brakiem równowagi pomiędzy częstą utratą krwi, a jej wyrobem, staje się niekiedy (w znaczeniu *Eichhorsa*) złośliwą i kończy się śmiercią.

Właśnie podobny przypadek niedokrwistości spostrzegalem w klinice. Oto jego historia: N. N., 25 lat licząca, z powołania nauczycielka, niezamężna, przybyła na oddział 30/IX 94 r. Z wy-

wiadów, zebranych przy łóżku chorej, a także uprzejmie udzielonych mi przez kol. Malczę, który chorą poprzednio leczył i obserwował, dowiedzieliśmy się co następuje: chora pochodzi z rodziny zdrowej, oprócz cierpień, właściwych wiekowi dziecięcemu, żadnych ważniejszych nie przechodziła. Pierwsza miesiączka pojawiła się w 14 roku życia; następnie odbywały się dosyć prawidłowo, typu 6—7

IV.

Poczynając od 19-go roku życia regularne krwawienie przedłużać się zaczyna i powraca w skróconych terminach (*menorrhoea et menstruatio antepoenens*). W tym samym czasie chora poczyną chudnąć, blednąć, tracić apetyt i męczyć się przy ruchach, a bezkrwistość coraz wyraźniej uwidacznia się. Chora, chociaż zasięgała porady, lecz nieleczyła się z powodu dziwnej niechęci do stosowania środków lekarskich i dyetetycznych. W ostatnich dwóch miesiącach, t. j. w Czerweu i Lipcu, miesiączka powracała jeszcze w więcej skróconych terminach niż poprzednio tak, że między jednym a drugim krwawieniem nie upływało 3-ch tygodni. W Sierpniu znów różnica pod tym względem wyniosła dni kilka, a chora czuła się bardzo wyczerpaną, nie leczyła się jednak, a na wiadomość o chorobie ojca, która zakończyła się śmiercią, wyjechała do rodziców do Kielc, gdzie wielce się utrudziła.

Wracając do Warszawy wstąpiła do Ojcowca, i tam pomimo osłabienia, a podczas miesiączki, dosyć chodziła po górach w przeświadczeniu, że pobyt i ruch na świeżem powietrzu zbawiennie wpłynąć mogą na jej stan zdrowia. Dlatego to chora starała się, jak mówiła, przewycięzać tę niemoc fizyczną. Po powrocie do Warszawy (26/IX) N. N. czuła się bardzo osłabioną i wyczerpaną. Miesiączka tym razem przeciągała się dłużej, niż zwykle, trwała bowiem już dni 16.

Wezwany do chorej kolega, jak to z piśmiennej jego relacji wiemy, zastosował zaraz środki krzepiące i podniecające obok t. zw. stiptica, a nadto wypełnił pochwę tamponami z waty, maczanej w półtora chlorku żelaza. Gdy jednak pomimo stosowania tych wszystkich środków krwawienie nie ustawało, a stan chorej pogarszał się, wezwano innego kolegę, który ją polecił przewieźć do szpitala.

Przy badaniu chorej znaleźliśmy:

Osoba wysokiego wzrostu, prawidłowego ciała kształtu, wyraz twarzy apatyczny; skóra blada z woskowym odcieniem, sucha, pozbawiona sprężystości; błony śluzowe blade, tkanki tłuszczowej łość mniej, niż umiarkowana, układ mięśniowy rozwinięty słabo,

same mięśnie wiotkie; lekki obrzęk na kończynach dolnych, gruczoły chłonne nie powiększone.

Płuca nie przedstawiają nic patologicznego. Górny brzeg stłumienia sercowego znajduje się przy dolnym brzegu IV-go żebra, wewnętrzna granica przebiega wzdłuż lewego brzegu mostka; uderzenia wierzchołka słabe, w V-ym odstępie międzyżebrowym; tutaj słychać wyraźny szmer skurczowy; tony słabe, ale czyste. W żyłach szyjowych bardzo wyraźne buczenie. Tętno 100, małe, słabo napięte.

Śledziona ku górze na VIII żebrze, z pod łuku żebrowego nie wystaje i nie wymacuje się.

Granice wątroby prawidłowe. Brzuch nieco zapadnięty, ciastowatej spistości, przy ucisku niebolesny. Mocz błądy, przezroczysty, ciężaru gatunkowego 1,016, odczynu słabo-kwaśnego, ani białka, ani cukru nie zawiera. Ze strony układu nerwowego oprócz nieco wzmożonych odruchów ścięgnistych i skórnych, apatii i pewnej obojętności co do swego stanu, nic więcej nieprawidłowego zauważyć się nie daje.

Ciepłota w chwili przybycia do szpitala 37,3.

Badanie narządów płciowych wykazuje: wejście do pochwy wąskie, hymen adest, muskulatura pochwy prawidłowa, macica zwykłej objętości, część pochwowa zwrócona ujściem ku przodowi i nieco ku górze, przechodzi w równej linii, bez zagięcia w ciało macicy, ułożone na tylnem sklepieniu w równym poziomie z częścią pochwową. Ujście zewnętrzne zamknięte. W sklepieniach pochwy i przed ujściem zewnętrznym duże skrzepy krwi; po usunięciu tych skrzepów z ujścia macicznego wypływa niezbyt obficie krew bardzo wodnista. Przez prawe sklepienie wyczuwa się obrzęk sprężysty w przebiegu skręcony, miejscami wypukły (guzowaty).

Wśród skrzepów i krwi, wypływającej z macicy, nie mogliśmy odnaleźć błony doczesnej. Nadto badaną była krew, otrzymana przez nakłócie 3-go palca prawej ręki. Krew ta okazała się niezwykle błądą i płynną, koloru znacznie mniej żywego, niż zwykle. Badana za świeża pod drobnowidzem wykazała znaczne obniżenie ilości czerwonych ciałek i powiększenie ilości białych.

Badanie ilościowe dokonane za pomocą przyrządu Thoma-Zeiss'a wykazało zaledwie około 1,400,000 czerwonych ciałek krwi w jednym milimetrze sześciennym krwi. Ilość hemoglobiny podług Gowers'a wynosiła 20%.

Co do jakościowego badania (preparaty nie były barwione), to na polu mikroskopu zauważyć można było: olbrzymie ciała nieforemne (poikilocytae) w kształcie gruszek, biskoptów.

Stan chorej z każdą chwilą stawał się cięższym. W kilka godzin po przywiezieniu chorej do szpitala, pomimo wytamponowania szczelnie pochwy gazą jodoformową (na jakiś zabieg radykalniejszy warunki kliniczne tym razem nie pozwoliły, chociaż właśnie próbowaliśmy podówczas parę jako środek hemostatyczny ¹⁾) pomimo podskórnych zastrzykiwań kofeiny, kamfory z eterem, lawatyw z roztworu fizyologicznego soli kuchennej, wystąpiły u niej groźne objawy niedokrwistości mózgowej: omdlenia, wymioty etc. Chora, przy coraz bardziej słabnącem tętnie, resp. rosnącej niedomodze serca, i wspomnianych objawach mózgowych, o 8-ej rano, nazajutrz 31/IX, t. j. w dwadzieścia godzin po przybyciu do szpitala, życie zakończyła.

Badanie zwłok, dokonane przez kolegę Ed. Zielińskiego w dniu 2/X w obecności władzy sądowej i delegowanego z urzędu lekarza kol. A. Fabiana, wykazało co następuje:

(C. d. n.).

II. Rak odbytnicy.

NAPISAŁ

D-r Kazimierz Niedzielski.

W niedalekiej stosunkowo przeszłości zapatrywania lekarzy na istotę i leczenie wymienionego w nagłówku cierpienia różniły się niemal zasadniczo od pojęć dzisiejszych. Z jednej strony przece-
niano może nadmiernie złośliwość zajmującego kiszkę stolcową nowotworu, z drugiej znów zapatrywano się na wszelakie przy nim zabiegi chirurgiczne, jako na operacye bezużyteczne, które mogą, w razie najlepszym, przedłużyć życie chorego o tygodni lub miesięcy kilka, darząc go wegetacją, pełną dolegliwości, jeśli nie męczarni.

¹⁾ Józef Jaworski. Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacyach na macicy, 1894.

Pogląd tego rodzaju przebija aż nadto widocznie ze słów znanego proktologa angielskiego, W. Allinghama¹⁾, któremi tenże rozpoczyna swój wykład o rakach odbytnicy: „przedmiotu tego, mówi autor ów, dotykam ze smutkiem i odrazą, nie znamy bowiem, niestety, środka, któryby wyleczył cierpienie, lub mógł chociaż powstrzymać jego postęp i uśmierzyć udręczenia, wywołane przez to ostatnie.” Zrozumiałem jest też zupełnie, że wielu współczesnych temu autorowi chirurgów uważało operację przy raku jelita stolcowego za rękoczyn nieuzasadniony, a nawet, jak Smith wyraził się, barbarzyński. Bez wątpienia, chirurgowie ci mieli tu na myśli, prócz pewnego oraz prędkiego, zdaniem ich, nawrotu, nieprzyjemne w okresie pooperacyjnym powikłania, głównie zaś, dość częstą na owe czasy niemożność zatrzymania stolca oraz następcze zwężenie bliznowate światła odbytnicy.

Poglądy te jednak, mniej więcej, od siódmego dziesiątka lat ulegać zaczęły wyraźnej na korzyść interwencji chirurgicznej zmianie.

Wyniki operacyj ówczesnych, podane przez Dieffenbach'a, Nussbaum'a, Marchand'a, Verneuil'a, Velpeau'a i innych, przekonywały ogół lekarski stopniowo, że przedewszystkiem nietrzymanie kału, z początku stałe, pozostaje nadal w pewnej jedynie liczbie przypadków, że operowani najczęściej zatrzymywać mogą zupełnie kał twardy, w niektórych zaś razach płynny, a nawet gazy, że więc wypróżnienia odbywać się mogą drogą prawidłową; istnieją wreszcie sposoby wytworzenia zwieracza sztucznego. Dalej, konieczność rachowania się z otrzewną, na co autorowie dawniejsi, jak Jamain²⁾, Nélaton, Malgaigne³⁾, Hueter⁴⁾, J. Koenig⁵⁾ i t. d. nader baczną zwracali uwagę, określając drobniogowo a wymownie, jak wysoko przy rezeceyi odbytnicy można nóż zapuszczać, w miarę upowszechniającego się coraz więcej operowania bezgnilnego stała się sprawą wagi drugorzędnej; ogłoszenie zaś w roku 1885 metody „krzyżowej” Kraske'go, stanowiąc przełom w chirurgii odbytnicy, uczyniło dostępnymi dla noża nawet wysoko umiejscowione raki. Dzięki też metodzie powyższej oraz licznym wprowadzonym przez chirurgów różnych ulepszeniom tej metody pewnik, że nie należy operować raka, którego granicy

¹⁾ W. Allingham. *Maladies du rectum*. Paris 1877. Tłom. francuskie.

²⁾ A. Jamain. *Manuel de pathologie et de clinique chirurg.*

³⁾ J. Malgaigne. *Manuel de médecine opératoire*.

⁴⁾ C. Hueter. *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*.

⁵⁾ D-r J. Koenig. *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*.

górną niepodobna dosięgnąć palcem, przestał być pewnikiem, operowanie zaś od strony jamy brzusznej wraz z udoskonaleniem techniki wytwarzania odbytu sztucznego, oraz zrozumieniem całej doniosłości tego zabiegu pomocniczego rozszerzyło zakres wskazań do operacji. Z kolei rzeczy wyniki obecne, w porównaniu z przeszłością, przedstawiają się o wiele korzystniej, a następcze po operacji sprawy posokowate i śmierć w skutek otworzenia otrzewny stały się dziś rzadkością.

W ostatnich zwłaszcza latach liczba przypadków, operowanych szczęśliwie, wzrosła niezwykle, z czem zgodzi się każdy, kto choć pobieżnie jest obznajmiony z odnośnym piśmiennictwem lekarskiem. Że jednak i dziś jeszcze, przy doskonałej technice operacyjnej, wyniki pomyślnie nie stanowią prawidła, zaprzeczyć niepodobna, a w takim razie ogłaszanie przypadków rezekcyi zajętej przez raka odbytnicy i dziś, o ile mniemam, nie może być bezcelowe, lub uważane za sprawę, nad którą rozpisywać się nie warto. Wzgląd ten skłonił mnie głównie do podzielenia się z ogółem kolegów sprowadzeniem z przebiegu sześciu spostrzeżeń odnośnych, operowanych na sali 16-jej w szpitalu Dz. Jezus, wyłącznie niemal przez nieodżałowanej pamięci *Franciszkę Jawdyńską i ego*; wprzód jednak, zanim omówię kazuistykę właściwą, niechaj mi wolno będzie skreślić pobieżnych, dla uzupełnienia obrazu, słów kilka, co do istoty i cech, charakteryzujących owo kiszki stolcowej cierpienie.

Rak odbytnicy pierwotny, częstszy u mężczyzn, niżli u kobiet, napotyka się przeważnie u osobników wyżej czwartego lat dziesiątka, choć, wogóle, zdarza się w wieku wcześniejszym od raków innych części ustroju; stwierdzano też nieraz raka odbytnicy u ludzi 20—30 letnich, w przypadkach zaś pojedynczych u chorych, młodszych jeszcze. Kobiety zapadają częściej na raki wtórne, które szerzą się z macicy lub z pochwy. Niejednokrotnie jednak przytaczano przypadki, dotyczące mężczyzn, dotkniętych wtórną na odbytnicy sprawą nowotworową, mającą swój punkt wyjścia np. z gruczołu krokowego. Co do przyczyn usposabiających, przytaczano wpływ czynników takich: jak zaparcia nawykowe, przewlekłe sprawy zapalne jelita stolcowego, sposób życia siedzący, wreszcie, choć rzadko, wpływ dziedziczności. Mówiąc nawiasem, stosunkowo często, napotymano cierpienie to wśród lekarzy.

Rak umiejscawiać się może we wszystkich częściach odbytnicy, zwykle jednak obiera sobie siedzibę bądź w dolnej trzeciej jelita, najczęściej na ścianie tylnej, powyżej zwieracza zewnętrznego, skąd szerzy się ku górze w kierunku kątnicy esowatej, bądź też w odcinku jelita górnym. Ponieważ w znacznej większości przypadków

nowotwór rozpoczyna się na kilka centymetrów powyżej odbytu, rzadko kiedy pochwyć guz można w najwcześniejszym okresie jego rozwoju. Niebawem jednak cierpienie daje znać samo o sobie, gdyż wskutek coraz większego rozrostu raka, oraz kurczenia się i marszczenia przylegających do guza tkanek resp. błony śluzowej, występuje wydatne obrączkowe zwężenie światła odbytnicy, tem większe, im guz bardziej jest rozległy i twardy, jak np. w przypadkach raka włóknistego (scirrhus).

Z postępowaniem czasu, t. j. rozwojem dalszym raka zwężenie to zwiększa się coraz bardziej, czyniąc oddawanie kału coraz trudniejszym, odbytnica zaś pod wpływem rozrastającego się guza, w końcu przemienia się w narząd, pozbawiony sprężystości doszczętnie, a światło jej niekiedy staje się tak wązkim, że nie przepuszcza nawet zgłębnika, lub też zamyka się zupełnie. W ostatnim tym razie, jeżeli z jakichkolwiek bądź przyczyn nie został wykonany odbyt sztuczny, wobec niemożności oddawania stolca, chory na śmierć skazany, wyczekiwać jej będzie wśród męczarni, niby zbawienia. Dodać tu muszę, że przy zwężeniach t. z. opasujących, część jelita środkowa, zajęta przez nowotwór, ulega owrzodzeniu, gdy jednocześnie wyżej i niżej trzyma się jeszcze twarda tkanka rakowata; powstają wówczas dwa w kiszce stolcowej zwężenia górne i dolne.

Przy badaniu, które dość często, ze względu na stan światła odbytnicy, jest nader trudnem, prócz wydatnego nieraz powiększenia twardych gruczołów pachwinowych i nagromadzonego powyżej obrączki kału, w kiszce wyczuwamy zwykle guzowatości mniej lub więcej uległe owrzodzeniu, niekiedy znów stwierdzamy tamże guzy polipowate (z szypułą), czasem wreszcie rozrosty nowotworowe płaskie a twarde.

Bywa i tak, że guz ma postać walca o brzegach owrzodzonych i nieprawidłowym wierzchołku twardym; tam, gdzie wprowadzenie wziernika jest jeszcze możliwe, przekonać się łatwo, iż owrzodzenia te, barwy brunatnej, mają dno głębokie i rzadko kiedy szerzą się na zewnątrz jelita. Czasami stwierdza się tylko rozdziawienie odbytu, oraz brak sprężystości w zwieraczu, guz zaś wydająca się po mocnem dopiero nadęciu się chorego. Na palcu badającego pozostaje zwykle pewna ilość krwawego, śluzo-ropnego, cuchnącego niezmiernie płynu. Co do spistości, jak rzekło się wyżej, masy nowotworowe są twarde, niekiedy jednak drą się pod palcem, co, obok wpływu spraw wrzodziejących, zależnem jest i od rodzaju raka; prócz bowiem częstych tu raków włóknistych, napotyka się rozliczne nowotworu odmiany, jak mózgowiaki, raki gala-

retowate, nabłoniaki, nareszcie kombinacye odmian powyższych. Raki czerniaczkowe (melanocarcinomata) zdarzają się najrzadziej.

Jeżeli cierpienie w rozwoju swym nie jest wstrzymane przez zabieg chirurgiczny, śmierć chorego, w dość krótkim czasie, staje się nieuchronną. Poczynając od błony śluzowej, rak zwyrodnia stopniowo pozostałe warstwy odbytnicy, buja po tkance łącznej okołodbytnicowej, tu i owdzie wdziera się w naczynia chłonne; szerząc się dalej, zwyrodnia powoli nerwy krzyżowe, gruczoły chłonne miednicy i krezki odbytnicowej (mesorectum), gruczoł krokowy i krocze, przegrodę odbytniczo-pochwową, macicę i pochwę, pęcherz i wytwarza z narządami tymi zrosty, jak również z kością krzyżową i t. p. Dzięki upośledzonemu odżywianiu guzków rakowatych, zaważonemu przez nazbyt szybkie bujanie mas nowotworowych z jednej, a zastój kału i blizkie sąsiedztwo z guzem pierwiastków zakaźnych z drugiej strony, na widownię wcześniej występują sprawy rozpadowe, posokowate i wynikające ztąd przeżarcia ścian narządów sąsiednich, najczęściej pęcherza u mężczyzn, pochwy u kobiet, przyczem raki, umiejscowione w górnym jelita odcinku, mogą przedziurawiać otrzewną i wywołać następcze teźże zapalenie gnilne; wreszcie dokoła odbytu powstają niekiedy przetoki kałowe, przyczem rak może przejść tędy na skórę. Prócz tego, zwykłym przy raku porządkiem rzeczy, sprawa chorobowa ogarnia ustrój drogą przerzutów, które, osobliwie przy rakach miękkich, występują dość wcześniej i zazwyczaj zwyrodniają wątrobę najsamprzód; w okresach późniejszych znajdowano przerzuty na sieci, w płucach, w jajnikach i t. p. Wszystko to wpływa, rzecz prosta, na przyspieszenie ogólnego charłactwa, podsycanego nadto przez dokuczliwe w odbytnicy bóle, obfite z teźże odpływy oraz krwawienia, dręczące chorego prawie nieustannie, dopóki po latach dwóch, biorąc średnio, ponury ów dramat życiowy nie zakończy się nieodwołalnym epilogiem swoim—śmiercią. Ta ostatnia przy mózgowiakach odbytnicy, dających przerzuty wcześniej, nastąpić może już po upływie miesięcy sześciu od wybuchu cierpienia, gdy tymczasem raki włókniste trwają od lat czterech do pięciu, co niejednokrotnie stwierdzili autorowie różni.

Znajdujące się w stanie rozpadu masy rakowate mogą niekiedy wraz z kałem wydalac się na zewnątrz; sprawom tym towarzyszy zawsze mniej lub więcej znaczne krwawienie z kiszki. Opisywano przypadki, w których w ten sposób z ustroju usuniętą została większa część guza, poczem jakoby wytworzyła się blizna, stanowiąc rodzaj wyleczenia samoistnego i wywołując zwężenie odbytnicy wtórne, tym razem wszelako natury bliznowatej. Bądź-co-bądź, przypadki takie uważać należy za nader rzadkie.

Czasami znów spostrzega się postaci raka skryte, które czas długi, aż do wybuchu powstającej nagle ciężkiej niedrożności kiszkowej, nie zdradzają się objawem żadnym, a chorzy odczuwają jedynie mniej lub więcej dokuczliwe zaburzenia w trawieniu — formes dyspeptiques autorów francuskich.

Objawy raka odbytnicy muszą być, co rzeczą jest jasną, jedno-brzmiające z objawami jej zwężenia. Zrazu więc chorzy odczuwają jakiś nieokreślony ciężar i uczucie zawady w jelicie stolcowem. W ciągu dalszym, przy coraz widoczniej wzmagającej się ociężałości i braku łaknienia, rozpoczynają się narzekania na uporczywe, po kilka dni trwające zaparcia. Te ostatnie, zależne w znacznej większości przypadków od zwężenia кишки, występują niekiedy i przy wystarczającym tejże świetle. W miarę szzerzenia się nowotworu ku dołowi, bóle przy wypróżnieniach, z początku nieznaczne, dolegają choremu coraz więcej, tam zaś, gdzie rak ogarnia skórę odbytu, dochodzą do maximum natężenia swego.

Przy oddawaniu zlekką krwią zabarwionych stolców powstają nader bolesne wraz z masą wiatrów wydymania, po ukończonem zaś wypróżnieniu chory nie doznaje owego, jak w stanie prawidłowym, uczucia zadowolenia, przeciwnie, cierpi w ciągu wielu godzin nieznośne nieraz bóle, odczuwane przezeń nawet przy oddawaniu wiatrów. Jeżeli guz sterczy na zewnątrz, stawiając wówczas tamę rozszerzaniu się zwieracza, sprzyja zaparciu; to ostatnie zaś, trwające w spostrzeżeniach pojedynczych po dni 10—20 i więcej, doprowadza do wystąpienia objawów niedrożności kiszek, zapalenia otrzewny, lub pęknięcia jelita. Następstwa te zresztą, dzisiaj przynajmniej, zaliczyć należy do wyjątkowych. Taż przyczyna, t. j. ucisk zwieracza przez wysuwający się z odbytu na zewnątrz nowotwór, innym znów razem wywołać może działanie wprost poprzedniemu przeciwne; guz bowiem przeszkadza kurczeniu się zwieracza i wywołuje objawy niezatrzymywania kału.

Z tem wszystkiem stan ogólny chorego dość długo, bo niekiedy w ciągu 6 — 12 miesięcy, pozostaje niezłym, a osobnik, nawiedzony tak ciężko, ani się domyśla całej położenia swojego grozy i przypisuje przesładujące go cierpienia bądź guzom krwawnicowym, bądź leczy się na szczelinę w odbycie i t. p. Atoli stan rzeczy wyjaśnia mu się dokładnie, gdy w rozwoju raka następuje okres owrzadzania; wtedy istniejące przedtem zaparcie ustępuje prawie nagle miejsca obfitej i również uporczywej biegunce, która, powiedziawszy nawiasem, zaznaczaną była w przypadkach niektórych jako objaw najwcześniejszy oraz najważniejszy. Do biegunki przyłącza się wkrótce niemożność zatrzymywania wypróżnień, wywołana już to sprawą owrzodzenia mas rakowatych, już, jak rzekło się

przedtem, przez zwyrodnienie zwieracza. Zbroczone krwią częste odchody stolcowe, podobne do fusów, obfitują w ropę i cuchną bardzo; prócz tego, zawierają nieraz szczątki rozpadającego się nowotworu, w niektórych zaś przypadkach zauważano wydzielający się z odbytu bez przerwy płyn posokowaty, zmieszany z krwią.

Jeżeli u kobiet daje się zauważyć przechodzenie gazów przez pochwę, a nawet i kału, świadczy to o przeżarciu ściany tego narządu przez wrastającą weń masę nowotworową; podobnemu przedostawaniu się kału towarzyszy zwykle uczucie mocnego palenia i ból, co, naturalnie, pogarsza znacznie stan chorej ogólnej. Najczęściej zresztą, przy istniejących już: owrzodzeniu i przeżarciach, występuje szybko zapaść, prowadząca do śmierci.

Mając na uwadze objawy, powyżej wyszczególnione, rozpoznanie raka odbytnicy w późniejszym zwłaszcza okresie postawić można dość łatwo. Rozpoznanie nie przedstawia również trudności, jeżeli rak rozwija się w sąsiedztwie odbytu. Inaczej jednak ma się rzecz, gdy wcześniej badamy chorego, z rakiem umiejscowionym w odbytnicy wysoko. Tu nieraz niemożliwym jest prawie wyuczucie nowotworu złośliwego dokładnie, a o prawdopodobieństwie jego istnienia orzeka się na mocy danych, które otrzymujemy z wywiadów, potwierdzających właściwy, szybki przebieg cierpienia, a dalej, na mocy objawów zwężenia kiszki, obrzmienia gruczołów w pachwinach, po uwzględnieniu wreszcie wieku i wydatnego charłactwa chorego. W przypadkach wątpliwych należy, prócz wzziernika, wykonać badanie przez odbytnicę poławą lub całą ręką, uspiwszy chorego poprzednio, przy jednoczesnym wywieraniu mocnego ucisku na brzuch dla zepchnięcia nowotworu ku dołowi. Należy w końcu, lubo ostrożnie, użyć przy badaniu zgłębnika.

Pomyłka przy różniczkowaniu jest prawie niemożliwą, jeśli uwzględni się należyte wyniki badań. Pamiętać bowiem należy że przy zwężeniu, na tle przymiotu powstałem, napotykanem wyłącznie prawie tylko u kobiet, owrzodzenie nigdy nie jest tak twarde, jak przy raku; dające się wyczuć pewne stwardnienia nie są bolesne, nie tyle są skłonne do spraw wrzodziejących, ustępują wreszcie pod wpływem leczenia swoistego. Sprawa chorobowa ciągnie się w razie przymiotu lata całe, nie pociągając za sobą charłactwa tak wybitnego, wreszcie badanie pod drobnowidzem kawałeczka wyciętej z ogniska chorobowego tkanki, rozstrzygnie wątpliwości stanowczo. Owrzodzenia nie-rakowate mają wygląd zewnętrzny zupełnie inny; są bowiem czerwone, połyskujące, gładkie i nie dają wydzieliny posokowatej. Pomijając już niemożność przyjęcia rozrostów rakowatych za hemoroidy, wypadnie jeszcze zwrócić uwagę na polipy odbytnicowe, którym zresztą nie brak

cech, wystarczających zupełnie dla odróżnienia ich od nowotworów złośliwych. Są to, jak wiadomo, twory o powierzchni gładkiej, posiadające wogóle, szypułę dość długą, ruchome, podczas wypróżnienia wysuwające się na zewnątrz przez odbyt i łatwo odprowadzalne napowrót do wnętrza kiszki. Ściana jelita, na której polip wyrasta, nie daje nadto wcale uczucia stwardnienia.

(C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

356. D-r Pick. **O zapaleniu kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego.** (*Wien. Med. Woch. Nr. 15, 16 i 17*).

Zapalenie kiszki ślepej zdarza się najczęściej między 15-ym a 30-ym rokiem życia, dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, zazwyczaj w następstwie zastoju mas kałowych lub uwięźnięcia obcego ciała w kiszce. Bodźcami zapalnymi są, prawdopodobnie, laseczniki, obficie przebywające w kiszkach. Pod względem anatomico-patologicznym w lekkich postaciach znajdujemy obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej, zmętnienie i nadżarcie nabłonka, w cięższych znajdujemy ropienie, owrzodzenia, przedziurawienia, zrosty otrzewny i t. p.

Zapalenie kiszki ślepej rozwija się stopniowo. Po kilkodziennym zaparciu stolca, zjawia się ból ciągły lub napadowy w prawem podbrzuszu, wraz z brakiem apetytu, czkawką, gorączką i t. p. Brzuch bywa wzdęty, a w prawem podbrzuszu wyczuwa się kielbasowaty guz. Czasem objawy te nikną po paru obfitych wypróżnieniach, częściej jednak cierpienie wlecze się dni i tygodnie, bywają zaś i takie przypadki, gdzie przy zatwardzeniu, wymiotach kałowych i czkawce następuje szybko śmierć skutkiem samozatrucia ustroju lub pęknięcia kiszki. Często też występują na pierwszy plan objawy zapalenia okołokątniczego surowiczo-włóknikowego, przy czem powstaje duży, twardy, nieprawidłowo ograniczony guz, lubropnego, przy którym, po wstrząsających dreszczach, przy trwałej gorączce (do 40° C.) tworzy się guz niewielki, lecz bardzo czuły na ucisk.

Pacjent w takim razie trzyma prawą nogę przykurczoną, obrzękłą, doznając w niej parestezyi i bólów. Chęlotanie wyka-

zać udaje się rzadko. Bez operacyi ropa przebija się do kątnicy lub przez powłoki brzuszne, rzadziej do pęcherza, odbytu i t. p. Zapalenie kątnicy o wiele łagodniej przebiega u dzieci, niż u dorosłych, u których często w ciągu wielu lat powtarzają się nawroty cierpienia.

Co do rozpoznania różniczkowego, to koprostaza odróżnia się małą wrażliwością, przesuwalnością i ciastowatą konsystencją guza; rak kątnicy przedstawia guz twardy, nierówny przy charłactwie i in.; nerka ruchoma zdradza się swym kształtem, przesuwalnością i brakiem stępienia w okolicy lędźwiowej; przewlekłe zaś wgłobienie kiszki przedstawia wprawdzie guz kielbasowaty, lecz od czasu do czasu występujące krwawe stolce, ściśle odgraniczenie i mała czułość guza, a dalej objawy zwężenia kiszki dopełniają obrazu; przy psoriasis znów mamy guz mniej czuły, umiejscowiony głębiej przy braku objawów podrażnienia otrzewny i kiszki.

Zadaniem terapii jest, oczywiście, z pomocą łagodnych czyszczących środków kiszki z mas kałowych opróżnić, później zaś uspokoić ruchy kiszki małemi dawkami makowca (po 2 krople nalewki co 2 godziny). Przy gorączce i objawach zapalenia okołokątniczego leżenie w łóżku, dyeta płynna, miejscowy upust krwi, resorbentia i letnie okłady odnoszą zwykle skutek, ropienie zaś wymaga operacyi.

Objawy zapalenia wyrostka robaczkowego występują zazwyczaj w następstwie wtargnięcia obcego ciała do wyrostka.

Warstwa mięśniowa wyrostka za pomocą skurczów usiłuje wydalic obce ciała lub enterolit; stanowi to t. zw. kolkę wyrostkową. Gdy do wydalenia uwięźniętego ciała nie przyjdzie, mięśnie wyczerpują się, nabłonek obrzmiewa, zaczerwienia się, światło wyrostka zwęża się i mamy wtedy do czynienia z zapaleniem kataralnym, które przy dłuższem działaniu momentu przyczynowego przechodzi w przewlekłe. Niektórzy nowsi badacze odmawiają etyologicznego znaczenia kopro i enterolitom, przypisując największy wpływ wąskiemu światłu wyrostka (5 mm. przy długości 5 — 15 cm.), opatrzonego budową adenoidalną, jako też sąsiedztwu obfitujących w drobno-ustroje kiszki, statystyka jednak Renvers'a i Fitz'a przeczy temu: więcej niż w połowie przypadków znaleziono kamienie kiszkowe. W cięższych przypadkach zapalenie bywa ropnem i powoduje znekrotyzowanie wyrostka. Wtenczas zazwyczaj występują objawy podrażnienia otrzewny — periapendicitis, które podobnie jak i perityphilitis może być ropnem, lub surowiczo-włóknikowem.

Bez szybkiej interwencyi chirurgicznej, przy zropieniu najczęściej ma miejsce przedziurawienie wyrostka, skutkiem czego tworzy się ognisko ropne, wypełnione ropą, gazami, cząstkami kału i t. p. Częściej dalszem następstwem bywa ogólne zapalenie otrzewny, prowadzące szybko do śmierci.

Dla odróżnienia kolki wyrostkowej od kolki wątrobowej i nerkowej należy pamiętać, że pierwsza zjawia się w czasie zupełnego zdrowia, w postaci strzelającego bólu w prawem podbrzuszu, rozszerzającego się na cały brzuch, przyczem między pępkiem i spina ilei ant. sup. znajduje się punkt bolesny (Mac-Burney'a); przy kolce wątrobowej mamy najboleśniejsze miejsce na przedłużeniu

lineae mammillaris, u brzegu żebra; prócz tego badanie moczu zarówno przy kolce wątrobowej, jak i nerkowej oddaje usługi. Po minięciu kolki wyrostkowej nieraz wyrostek wyczuwa się jako guz grubości palca. Colitis znów, w przeciwieństwie do kolki wyrostkowej, wyróżnia się wzmożeniem ruchów kiszek i umiejscowieniem bólu w poprzecznej części кишки grubej. Przy leczeniu opjaty w czasie napadów, massage vibratoire kombinowany z faradyzacją, w przerwach między napadami, zawijania prissnicowskie, ciepłe kąpiele i zwalczanie zaparcia stolca z pomocą irygacyi, karlsbadzkiej wody i t. p. zazwyczaj odnoszą skutek.

O ile kolka wyrostkowa jest cierpieniem lekkim, o tyle zapalenie wyrostka poważnem, zwłaszcza ze względu na częste powikłanie ropne, które możemy przypuszczać, gdy objawy się potęgują, gorączka i bolesność brzucha pomimo oczyszczenia kiszek zwiększa się. Jeżeli nie dochodzi do ogólnego ropnego zapalenia otrzewny i ropień okołowrostkowy zostaje ograniczony, wtedy w czasie zdrowienia ropa przebija się najczęściej przez powłoki brzuszne, rzadziej do trzewiów.

Gdy rozpoznanie ropienia jest pewnem, wtedy jedyną celową terapię stanowi zabieg chirurgiczny, który najlepiej wykonać, podług Sonnenburga, w 5-iu aktach: 1) przecięcie powłok brzusznych od spina ilei ant. sup. do środka więzu Poupart'a (łukowate); 2) odpreparowanie na tępo otrzewny od miednicy; 3) otwarcie otrzewny; 4) wycięcie wyrostka i 5) umocowanie kikuta w otrzewnowej ranie i zamknięcie tej. Zagojenie rany w zwykłych warunkach następuje w 5 do 6 tygodni. W czasie zdrowienia należy dłuższy czas przebywać na dyecie płynnej.

W końcu należy jeszcze wspomnieć o apendicitis subacuta, gdzie, po skrytym początku, objawy są słabo wyrażone pomimo gorączki o typie przestankowym lub zwalniającym, oraz o apendicitis chronica, charakteryzującej się częstymi nawrotami cierpienia w zależności od zmian w wyrostku. Prócz tego należy mieć na względzie jeszcze typhlitis et apendicitis typhosa, dysenterica, tuberculosa et actinomycotica.

L. Wolfram.

357. F. Crämmer. **Leczenie wrzodu okrągłego żołądka dużemi dawkami bizmutu.** („Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi mit grossen Bismuthdosen.“ München. Med. Woch. Nr. 25).

Co do skuteczności bizmutu w cierpieniach żołądka, zdania klinicystów i farmakologów są dość podzielone; z tem wszystkiem środek ten od dawna jest używany i działanie jego, zwłaszcza we wrzodzie żołądka, jak świadczą liczne obserwacye, jest niewątpliwe.

Jako jedną z lepszych metod stosowania bizmutu we wrzo-

dzie żołądka, podaje autor metodę Fleiner'a, polegającą na działaniu dużemi ilościami bizmutu, bezpośrednio na powierzchnię wrzodu. Uskutecznia się to w sposób następujący. Po należytem przepłukaniu, wprowadza się do żołądka za pomocą zgłębnika 10 — 20 gr. bism. subnitr. rozmieszanego w 200 cent. sześć. wody, poczem nie wyjmując zgłębnika, układa się chorego w ten sposób, aby znajdujący się w żołądku bizmut, o ile można, osiadał na powierzchni wrzodu; po jakich 10—15 minutach ostrożnie zlewa się przez zgłębnik wodę, w której bizmut był tylko zawieszony,—a po półgodzinnym spokoju, chory może się ruszać i przyjmować pokarmy. W ten sposób wprowadzony bizmut ma działanie trojaki: 1) czysto mechaniczne, o tyle, że na chorem miejscu błony śluzowej tworzy jakby skorupę, która do pewnego stopnia chroni owo miejsce od wszelkich wpływów zewnętrznych. 2) fizyologiczne działanie, polegające na tem, że zakończenia nerwów czuciowych pod powłoką bizmutu nie są wystawione na działanie soku żołądkowego, wskutek czego bóle się zmniejszają i objawy ruchowe występują znacznie słabiej. 3) podług Kocher'a bizmut posiada własności gojące i przeciwgnilne. Naturalnie, po jednorazowym wprowadzeniu bizmutu do żołądka nie można oczekiwać żadnych rezultatów; całą procedurę należy powtarzać w początku leczenia codziennie, później co drugi dzień, wreszcie w dłuższych jeszcze odstępach czasu.

Autor kładzie nacisk, że przy opisanej metodzie również wiele zależy od dużych stosunkowo dawek bizmutu, jak i od odpowiedniego ułożenia chorego po wprowadzeniu bizmutu, gdyż tylko wtedy środek nie pokryje cienką warstwą całej powierzchni żołądka, lecz skoncentruje działanie swoje na chore miejsce. Ponieważ przy wrzodzie żołądka częste wprowadzanie zgłębnika wogóle nie jest pożądane, z drugiej zaś strony w prywatnej praktyce często trudnem jest nawet do uskutecznienia, autor proponuje zamiast tego, dawać wprost choremu per os na czczy żołądek 8—10 gr. bizmutu z małą ilością wody, zachowując i tu warunek, że po przyjęciu chory ma przez czas pewien spokojnie leżeć, tak, aby największa ilość bizmutu swym ciężarem osiadła na przypuszczalnie chorem miejscu. We wszystkich przypadkach, gdzie w ten sposób stosowano bizmut, naturalnie za wyjątkiem przypadków raka żołądka, otrzymano rezultaty leczenia zadawalniające, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych i nie skomplikowanych, a co najmniej objawy podmiotowe dawały się usuwać. I przy tej metodzie leczenia chory musi zachowywać ściśle przepisy dyetetyczne i prowadzić bardzo regularny tryb życia, wogóle zaś z rokowaniem należy być bardzo ostrożnym, gdyż usunięcie subiektywnych objawów nie koniecznie idzie w parze z zupełnem wyleczeniem. Co do trujących własności bizmutu, to tych niema się co obawiać przy wewnętrznem stosowaniu, gdyż u chorych, którzy zażywali bardzo duże ilości bizmutu (200—300 gr.) nie zauważono żadnych objawów zatrucia, co można tłumaczyć trudną rozpuszczalnością bizmutu. Stosowany zewnętrznie na rany lub zastrzykiwany pod skórę, tworzy z białkiem związek rozpuszczalny, który łatwiej przedostaje

się do krwi i wywołać może objawy zatrucia, jest stomatitis i zapalenie nerek.

Z. Kujawski.

358. Stukowenkow. **Uproszczony sposób wykrycia minimalnych ilości rțęci w moczu.** (*Terapia sifilisa. Kalend. dla wraczej, 1896 r.*).

Do 500 sz. c. badanego moczu dodaje się 2 do 5 sz. c. świeżego kurzego białka, po zmieszaniu dokładnem plyn pozostawia się w spokoju na $\frac{1}{4}$ godziny, następnie ogrzewa w kąpeli wodnej, dopóki białko zupełnie się nie zetnie. Przed dodaniem białka należy zbadać odczyn moczu; jeżeli ten okaże się obojętnym, to ostrożnie zakwasza się go małą ilością kwasu octowego; oprócz białka dodaje się do moczu nieco chlorku sodu ($\frac{1}{2}$ do 1 gramma).

Przy wypełnieniu opisanych wskazówek, wydzielenie się białka (ref. w połączeniu z solami rțęci) bywa zupełne. Ostudzony mocz przepuszcza się przez sączek; z białej bibuły szwedzkiej. Po zupełnem ścięciu się białka i zebraniu jego na sączku, pozostały mocz nie zawiera najmniejszych śladów rțęci.

Tak otrzymany związek białka z rțęcią, zbiera się za pomocą szpadelka lub szklanej pałeczki do małego szklanego naczynka, objętości 50 do 60 sz. cent., do którego nalewa się chemicznie czystego kwasu solnego c. gat. 1,19 i do mieszaniny tej kładzie się zwitek mosiężnej wstążeczki, długości jednego metra. Przykrywszy naczynie szklaną tafelką, mieszaninę pozostawiamy przez dobę w ciepłocie pokojowej, mieszając ją od czasu do czasu szklaną pałeczką. Białko rozkłada się pod wpływem kwasu solnego, rțęć przechodzi do plynu i osadza się z niego na wstążeczce mosiężnej.

Wyjęta z kwasu wstążeczka obmywa się zwykłym sposobem—wodą gorącą, spirytusem i eterem, wysusza się i następnie ściska, ażeby nadać jej podługowatą formę, kładzie się do szklanej rurki, mającej zatopiony koniec, razem z odrobiną krystalicznego jodu i silnie nagrzewa, ażeby otrzymać obrączkę dwujodku rțęci w chłodnej części rurki. Nakoniec wstążeczka mosiężna z rurki wyrzuca się, a jeżeli obrączka długo nie przyjmuje charakterystycznego jasno-czerwonego koloru dwujodku rțęci, to do rurki kładzie się jeszcze maleńki kryształek jodu i pozostawia się tak na 2 do 3-ch godzin.

Średnice rurek powinny być zawsze jednakowe, obrączki więc nalotów dwujodku rțęci będą miały jednakowe światła, szerokość zaś i gęstość ich będzie w zależności od ilości otrzymanej rțęci.

W celu oznaczenia ilości otrzymanej rțęci używa się skała, sikadająca się z obrączek dwujodku rțęci, z których każda odpowiada ściśle oznaczonej ilości użytej rțęci.

Powyższym sposobem rтęc może być oznaczona nietylko w moczu, lecz i w innych wydzielinach organizmu: pocie, ślinie i t. d.
J. Wojciechowski.

359. Prof. Buchner. **Przyczynek do higieny odzieży.** (*Münch. Med. Woch.* 1896).

W niniejszym odczycie autor zapoznaje nas z terażniejszymi poglądami na higieniczne znaczenie odzieży, opierając się przeważnie na najnowszych pracach prof. Maxa Rübner'a i jego współpracowników.

Ostatnimi czasy dopiero, dzięki pracom Rumpel'a, został należycie wyświetlony wpływ odzieży ciepłej na ekonomię ciepła w naszym stroju.

Przy pomocy kalorymetru dowiódł on, że świnka morska, której możliwie krótko ostrzyżemy szersć, przy jednakowych innych warunkach traci o $\frac{1}{3}$ więcej ciepła, niż traciła przedtem, przy nieuszkodzonym pokryciu skórnm. Odośne doświadczenia dokonane i nad członkami ludzkimi wykazały, że i one znacznie więcej ciepła tracą, jeżeli nie są przykryte ciepłą odzieżą; dla ramienia np. różnica ta stanowiła od 25—30%.

Ponieważ ustrój nieprzykryty odzieżą więcej ciepła traci, więc dla otrzymania tej samej ciepłoty ciała, niezbędnej dla prawidłowego biegu spraw życiowych, musi on na drodze chemicznej regulacyi tę utratę wyrównać, to jest przez wzmożony rozkład zapasowych materyałów odżywczych, wytworzyć pewien nadmiar ciepła. Co do fizycznej regulacyi ciepła (zweżenie lub rozszerzenie naczyń skórnych) to niema ona wielkiego znaczenia i nie jest w stanie sama przez się utrzymać ciepłoty ciała w równowadze. Z tego wynika, że odzież ciepła ma poważne znaczenie dla naszego stroju, ekonomizując ciepło; oszczędza ona odżywcze materyały naszego ciała; ta zaleta odzieży szczególnego znaczenia nabiera wtedy, gdy wskutek biedy lub niedostatecznego trawienia, wzmożone wyrabianie materyi odżywczych jest utrudnione.

Różne materyały używane na odzież tem więcej będą od zimna chroniły, im więcej będą między swemi włóknami zawierały powietrza, gdyż to ostatnie jest złym przewodnikiem ciepła. O zawartości powietrza możemy sądzić z ciężaru gatunkowego materyi; ciężar gatunkowy rozmaitych włókien jest prawie jednaki; wełnianej flaneli np. odpowiada ciężar gatunkowy 0,09—gładkie bawełniane i lniane tkaniny do 0,64 dochodzą.

Nawet najlepsze nasze materyały dalekie są od naturalnych okryć zwierzęcych; ciężar gatunkowy rozmaitych futer i szersci nie przenosi 0,05 a jednak okrycia te znakomicie od zimna zabezpieczają i przytem są bardzo lekkie; u psa np. szersć stanowi

wszystkiego 1,4% ogólnej wagi, podczas gdy nasza odzież zimowa 10% przenosi.

Wskutek ruchów ciała, oddychania i różnicy w t-rze między powietrzem, zawartem w odzieży, a atmosferą istnieje ciągła wymiana. Przewietrzanie takie, chociaż zwiększa nieco utratę ciepła, przedstawia jednak dla powierzchni naszego ciała wielce dodatni czynnik higieniczny. Rübner dowiódł, że i pod tym względem wełniane włochate materyały mają przewagę nad gładką lnianą lub bawełnianą przędzą, gdyż *ceteris paribus* pięć razy lepiej przepuszczają powietrze.

Rübner pierwszy zwrócił także uwagę na zależność przewodnictwa ciepła od powierzchni materyału; im materyał jest więcej włochaty, im mniej ma punktów zetknięcia ze skórą, a co za tem idzie, im grubsza warstwa powietrza leży między powierzchnią odzieży a skórą, tem lepiej będzie od zimna zabezpieczał. W stosunku do powietrza rozmaite gatunki wełny zwierzęcej 9 razy lepiej przepuszczają ciepło, roślinne wełny 27 razy, a jedwab 17 razy. Z wyrobów tkanych tylko płótna proste, a szczególnie grube włochate materyały co do swoich własności zbliżają się do wełnianych, a ponieważ jednocześnie mocno drażnią skórę, więc autor zaleca używanie kaftaników z takiego materyału w przewlekłych stanach kataralnych, połączonych ze skłonnością do zaziębień i zapewnia, że stosując je, otrzymywał dobre rezultaty.

Następnie autor przechodzi do wydzielin skórnych, do zachowania się względem nich rozmaitych materyałów. Rübner dowiódł, że przepocona odzież zwiększa utratę ciepła, roślinna wełna o 74%, zwierzęca o 34% w porównaniu z gołym ciałem.

Cramer, uczeń R., za pomocą ilościowego określenia soli kuchennej w przepoconej odzieży, dowiódł, że, w jednakowych warunkach, wełniane materyały o 30% mniej potu zawierały, niż lniane, bawełniane lub jedwabne. Dla skontrolowania tego na pozór dziwnego zjawiska, Cramer zmienił warunki doświadczenia w ten sposób, że na jedną nogę wprost na ciało włożył bawełnianą skarpetkę, a na wierzch wełnianą; na drugą zaś nogę na ciało wełnianą, a na wierzch bawełnianą. Okazało się, że bawełna wszystek pot w sobie zatrzymuje, podczas gdy wełna część potu przepuszcza przez siebie aż do powierzchni, gdzie tenże ulatnia się.

Tę właściwość wełny zwierzęcej jedni starali się wytłómaczyć zawartością w niej tłuszczu, inni brakiem powinowactwa włókien do wody; autor, na zasadzie dokonanych przez siebie doświadczeń, dowiódł, że przyczyna względnej nieprzemakalności materyi wełnianych leży w nadzwyczaj silnem powinowactwie włókien do powietrza; włókna wełny zwierzęcej tak silnie na powierzchni swojej utrzymują powietrze, że woda nie jest w stanie go wyrugować. Pot przechodzi do wełny nie na zasadzie włosowatości, a rozpręstrzenia się jednakowo w całej tkaninie aż do powierzchni, z której stopniowo może się ulatniać.

Dla tej samej przyczyny koszule wełniane mniej brudzą się, podczas gdy lniane i bawełniane, zatrzymując wszystek pot na wewnętrznych warstwach, prędko się zanieczyszczają i przedstawiają dogodne warunki do rozwoju bakteryj.

Dalej, stykające się z ciałem warstwy materyj wełnianych będą stosunkowo mniej wilgotne od warstw materyj lnianych i bawełnianych, a przez to mniej będą odbierały ciepła od ciała.

Ze wszystkich tych badań możemy wyprowadzić następujące wnioski praktyczne:

Zawierające w sobie dużo powietrza, a wskutek tego nie mające powinowactwa do wody, tkaniny powinny mieć szczególne zastosowanie jako odzież spodnia. Takie materyały, które w sobie równomiernie pot rozdzielają i przeprowadzają na zewnętrzną powierzchnię będą najprzyjemniej działały na skórę i najlepiej od zimna zabezpieczą.

Linda.

H. Choroby nerwowe.

360. Gilles de la Tourette. **Rozpoznawanie i leczenie nerwobólów twarzy oraz leczenie migreny.** (*Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine. La Sem. Méd. Nr. 23 — 1896*).

I. Nerwoból twarzy.

Tem mianem, jak wiadomo, oznaczamy napady bardzo silnego bólu w okolicach rozgałęzień włókien czuciowych nerwu trójdzielnego. Cierpienie to należy do najczęstszych, a, ze względów praktycznych, zarazem do najważniejszych form nerwobólowych. Przyczyny tego cierpienia są takie same jak wszystkich nerwobólów wogóle. A więc uraz i mechaniczne wpływy (ucisk ze strony nowotworów, zgrubienia kości lub okostnej, złamania kości skalistej i t. p.). Dalej w wielu przypadkach, bez wątpienia, etyologicznym momentem bywa przeziębienie; często spotykamy nerwoból twarzy w przebiegu chorób infekcyjnych (influenza, gościec), jak również ogólnych ustrojowych (dna, cukrzyca). Jakkolwiek dziedziczność w etyologii tego cierpienia nie gra zbyt wybitnej roli, to jednak, zdaniem autora, nerwoból dość często spotyka się w rodzinach neuropatycznych, a niekiedy nawet przybiera charakter cierpienia familijnego.

Nerwoból nerwu trójdzielnego prawie zawsze zjawia się po jednej tylko stronie, najczęściej prawej; znacznie rzadziej spotyka się jednocześnie zajęcie obydwóch nerwów, jak również bardzo mało istnieje przypadków, by nerwoból z początku obejmował jeden, a następnie zamiast niego drugi nerw trójdzielny. Daleko częściej bywa nerwoból jednej z głównych gałęzi tego nerwu, a niekiedy nawet jednej drobnej gałązki np. nadoczodołowej. Jako częsty objaw w tem cierpieniu znajdujemy t. zw. punkty bolesne; są one

następujące: a) dla gałki ocznej: nadoczołowy (najczęściej spotykany), powiekowy — na zewnętrznej części górnej powieki; nosowy — w wewnętrznym kącie oka. b) dla gałęzi szczękowej górnej: podoczołowy, policzkowy, zębowe górne i podniebienny Meylin'a. c) dla szczękowej dolnej: skroniowy, policzkowy, zębowe dolne, językowy — na brzegu języka oraz bródkowy.

Sam nerwoból charakteryzuje się napadami nadzwyczaj mocnego, nieznośnego bólu. Napady te zwykle występują nagle, trwają bardzo krótko, zaledwie kilka sekund i nagle giną, by również niespodzianie po kilku minutach z nowem nateżeniem powrócić. W przerwach między napadami, chorzy zazwyczaj nie odczuwają żadnych dolegliwości. W ciągu doby takich napadów bywa 10, 20, 100 i więcej, a niekiedy przerwy między napadami bywają tak nieznaczne, że ból staje się prawie stałym o mniejszym lub większym stopniu nateżenia. Napady te nie tylko występują samoistnie, lecz mogą być i są często wywoływane przez przyczyny, których, niestety, uniknąć nie można, gdyż są ściśle związane ze spełnianiem takich czynności jak: wymawianie, żucie, polykanie, dalej, kichanie, płacz, śmiech i t. d. Wobec tego chorzy ograniczają stosowne ruchy do minimum; porozumiewają się z otoczeniem jedynie za pomocą znaków, pożywienie przyjmują nadzwyczaj rzadko i w ilości nieznacznej. Podczas każdego bólu ci nieszczęśliwi uciskają mocno punkt bolesny, jeżeli ten ostatni, naturalnie, nie znajduje się wewnątrz jamy ustnej. Skóra na miejscu silnego i często powtarzanego ucisku staje się zupełnie gładką, włosy wypadają (np. z brody u mężczyzn), a gdy ucisk taki powtarza się przez całe miesiące, a nawet lata, co nie stanowi wyjątku, to może nastąpić zmiążdżenie (écrasement) kości, całej połowy twarzy (Trousseau). Dość często prócz tego w obrazie tego cierpienia spotykamy zmiany naczynio-ruchowe, wydzielnicze i odżywcze; objawy te są zmienne w zależności od tego, jaka gałąź nerwu trójczelnego podlega nerwobólowi. Tak, w pewnych przypadkach łącznica oka bywa nastrzykniętą, powieki obrzękają, łzy wydzielają się w zwiększonej ilości i, ściekając po policzku, znaczą na nim czerwoną bruzdę, skóra od częstego wycierania, staje się błyszczącą, gorącą i bolesną; niekiedy bywa zwiększonym wydzielaniem błony śluzowej nosa, w innych przypadkach występuje ślinotok.

Co się tyczy przebiegu klinicznego, to autor rozróżnia dwie główne postaci nerwobólu twarzy: jedną lekką (najczęściej z przeziębienia i po influenzy), w której ból bywa niezbyt silnym i zwykle łatwo ustępuje pod wpływem leczenia — i drugą ciężką, złośliwą, charakteryzującą się bardzo częstymi i silnymi bólami, i niekiedy nieuleczalną, (nb. między temi dwoma postaciami istnieje wiele przejściowych). Sam przebieg nerwobólu twarzy, zwłaszcza ciężkiej postaci, prawie zawsze bywa jednakowy. Bardzo rzadko cierpienie staje się od samego początku przewlekłym, najczęściej po pewnym przeciągu czasu napady bólu ustają i po mniej lub więcej dłuższej przerwie nagle wracają. Na podstawie swych obserwacji autor przytacza jako ogólne prawidło, że w miarę posuwania się chorego w lata, przerwy stają się coraz krótsze, tak że cierpienie w końcu pozostaje prawie przewlekłym. Wobec ta-

kiego przebiegu można sobie łatwo przedstawić smutne położenie tych nieszczęśliwych, pozbawionych snu, prawidłowego odżywiania i t. d. I rzeczywiście, pacjenci tej kategorii przedstawiają obraz znacznego wyniszczenia. Prawda, gdy napady zupełnie ustają na pewien czas, chorzy ci stosunkowo szybko przychodzą do równowagi, lecz ponieważ przerwy stają się z czasem coraz krótsze i cierpienie koniec końców przechodzi w stan przewlekły, to życie w takich warunkach staje się nieznośnem do tego stopnia, że wielu szuka w samobójstwie ukojenia swych cierpień. Są to prawdziwi męczennicy!

Rozpoznawanie nerwobólu twarzy zwykle bywa łatwem, ze względu na charakterystyczny obraz kliniczny, jaki przedstawia to cierpienie. Pewną niekiedy trudność rozpoznawczą może przedstawiać ból histeryczny twarzy, lecz i w tych przypadkach szczegółowe badanie usuwa wszelką wątpliwość. Przedewszystkiem w histeryi będziemy mieli objawy swoiste dla tej choroby, powtórne napady bólu histerycznego znacznie się różnią od napadów nerwobólu prawdziwego: mianowicie w tym ostatnim napad trwa bardzo krótko (kilka sekund), lecz zato napady powtarzają się wielokrotnie w ciągu doby (100 i więcej razy), w przerwach między napadami chorzy zwykle nie odczuwają żadnych dolegliwości, w histerycznym zaś bólu twarzy napady występują znacznie rzadziej (2—3 razy na tydzień), lecz każdy napad trwa bez przerwy 2—3 godziny, a niekiedy i dłużej. Lecz i w przebiegu histeryi zdarza się dość często prawdziwy nerwoból twarzowy; rozpoznać go można wtedy tylko, gdy bóle posiadają wszystkie charakterystyczne cechy nerwobólów w ogóle. Co się tyczy migreny, to odróżnienie jej od nerwobólu twarzy nie przedstawia żadnych trudności, nawet w tych przypadkach, gdy bóle umiejscawiają się z jednej strony, w pewnej części pokrywy czaszki i gdy bólowi towarzyszą zjawiska naczynio-ruchowe lub wydzielnicze. Omyłka możliwą jest chyba przy bardzo powierzchownem badaniu.

W migrenie ból nie trzyma się zakresem swym rozgałęzień jednego nerwu, niema wyraźnych punktów bolesnych, przerwy między napadami, jak również same napady bywają znacznie dłuższe, występują wymioty i t. d. Rokowanie w lżejszych postaciach prawie zawsze bywa dobrem, gdy tymczasem w ciężkich przynajmniej *quo ad valetudinem completam*, zdaje się być wątpliwem; nawet Trousseau, który obserwował wiele przypadków, stale widywał nawroty nerwobólu.

LECZENIE. Lekkie postaci nerwobólu twarzy łatwo ustępują pod wpływem środków kojących: antypiryny, fenacetyny, wodanu bromalu, waleryaniano chininy, podawanych w dawkach stosownie do nasilenia bólu i stopnia wrażliwości danego osobnika. W ciężkich zaś postaciach tego nerwobólu, środki te zawodzą zupełnie. Chirurgiczne ileczenie (*resectio*), w prawdzie, daje wybitną i natychmiastową ulgę, lecz, niestety, zbyt krótko trwałą; zresztą zabieg ten wskazany jest jako *ultimum refugium*. Tymczasem makowiec stosowany według przepisu Trousseau'a, daje, zdaniem autora, względnie najlepsze rezultaty. Autor widział bardzo dużo

przypadków leczonych w sposób niżej podany przez Charcot'a, gorącego zwolennika tego leczenia; rezultaty zawsze były bardzo pomyślne. Leczenie to polega na stosowaniu przez czas dłuższy stopniowo powiększanych dawek wyciągu makowca (extr. Opii), a następnie, gdy napady bólu ustępują, stopniowo zmniejszanych aż do zupełnego odstawienia tego środka. Jeżeli w trakcie zmniejszania dawek następuje nawrót cierpienia, to dawki trzeba znowu stopniowo powiększać. Aby łatwiej oryentować się w rezultatach leczenia, autor radzi przed przystąpieniem do niego, zliczyć o ile możliwości ilość napadów, jak również wziąć pod uwagę stopień ich natężenia.

Gilles de la Tourette podaje wyciąg makowca zawsze w formie pigułek, przyczem każda pigułka zawiera 0,02 tego środka. Pigułki nie powinny być zbyt twarde, aby łatwiej mogły uleść wchłonięciu; odważanie makowca winno być nadzwyczaj ściśle ze względu na dłuższy czas użycia i stopniowe powiększanie dawek, w przeciwnym razie skutek byłby niedostateczny lub, co gorzej, mogłyby wystąpić objawy zatrucia; pigulek tych nie trzeba od razu przygotowywać w większej ilości, by nie wysychały. Autor rozpoczyna leczenie od dawki 0,06 wyciągu makowca pro die (rano, w południe i wieczór po 1 pigułce); można również rozpocząć od dawki 0,08 lub 0,10 pro die, stosując jednorazowo po 0,02 (t. j. po 1 pigułce 4 lub 5 razy na dzień). Mniejszych dawek dziennych jak 0,06 autor nie radzi podawać. Jeżeli dawki te są dobrze znoszone, to w takim razie powiększa stopniowo ilość dobową pigulek, dodając co kilka dni po jednej pigułce i w ten sposób dochodzi do dawki 0,24 i więcej pro die, kierując się zasadą wygłoszoną przez Trousseau'a: dawki makowca powinny być takie, by łagodziły bóle, i mogą być powiększane dotąd, dopóki nie wywołują objawów zatrucia. Tenże autor, w rozprawie poświęconej temu przedmiotowi, wspomina o dawkach 0,5 — 0,6 extr. opii pro die, a w jednym przypadku pacjent wyżył podobno w ciągu dnia 14 i 15 grm. (!) makowca. W każdym jednak razie Gilles de la Tourette nie radzi robić takich eksperymentów. Dawkę makowca powiększa się dotąd, aż bóle ustąpią zupełnie. Pod tym względem nic stałego powiedzieć nie można: u jednych ten rezultat otrzymać można przy dawce 0,20 lub nawet mniejszej. Gdy napady bólu nie powtarzają się już więcej, wtedy pacjent zażywa ostatnią maksymalną dawkę jeszcze przez kilka dni, poczem stopniowo ilość dobową pigulek się zmniejsza. Jeżeli w czasie zmniejszania dawek nerwoból powraca, to dawki trzeba stopniowo znów powiększać. Powiększania (ew. zmniejszania) dawek autor dokonuje w ten sposób, że co kilka dni dodaje (rsp. odejmuje) po 1 pigułce na dobę.

Chorzy zwykle dobrze znoszą takie leczenie, co autor objaśnia stopniowym powiększaniem dawek; w niektórych jednak przypadkach stosowania w ten sposób makowca występują powikłania, które w znacznej mierze utrudniają prawidłowe leczenie. Mniejszą wartość w tym względzie posiadają senność i ogólna ociężałość, donioslejsze znaczenie mają zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: utrata apetytu, zatwardzenie, lub nie rzadko się zdarzająca biegunka. W tych razach makowiec trzeba odstawić, a na-

tomiast zalecić lekkie czyszczące lub ściągające środki. Niekiedy jednak zaburzenia te są tak silnie wyrażone i tak często się powtarzają, że stosowanie makowca winno być zupełnie zaniechaniem. U pewnych osobników spotyka się idyosynkrazia do tego środka, wobec czego leczenie również przeprowadzonym być nie może.

Czy makowiec usuwa na zawsze nerwoból twarzy? Niestety, nie. Stosując ten środek możemy na czas dłuższy usunąć przypadłość bólu, lecz nigdy nie mamy pewności, że niebezpieczeństwo nawrotu również na zawsze usuniętem zostało. Jeżeli nawroty te występują, to trzeba leczenie jeszcze raz powtórzyć. Dziwnym jednak jest ten fakt, że makowiec przy wtórnem użyciu znacznie gorzej bywa znoszony przez chorych i częściej wywołuje te powikłania, o których wyżej była mowa. Dla ścisłości trzeba dodać, że w pewnych, zresztą rzadkich, przypadkach leczenie makowcem nie tylko nie usuwa napadów, lecz pozostaje bez wpływu nawet na stopień natężenia bólu.

Pomimo wszystkich tych niedogodności, jakie przedstawia makowiec w pewnych przypadkach, jest on jednak obecnie, zdaniem autora, najlepszym środkiem w zwalczaniu nerwobólu twarzy; Gilles de la Tourette przeto gorąco zaleca, aby przynajmniej w ciężkich bardzo formach tego cierpienia (z wyjątkiem syfilitycznego pochodzenia, gdzie, naturalnie, winno być swoiste leczenie) stosować ten środek w sposób wyżej wskazany bez względu na możliwość nawrotu, a chorzy będą nieskończenie wdzięczni choćby za chwilową ulgę w prawdziwych męczarniach.

Autor ilustruje wykład swój jedną z licznych obserwacji, którą w streszczeniu poniżej podajemy.

X. kobieta 35 lat. Od 12 roku życia cierpiała na migrenę, napady której występowały stale podczas trwania miesiączkowania. W 27 roku miewała kilka razy ataki historyczne. Do Czerwca 1892 r. nie odczuwała żadnych dolegliwości, dopiero 14/VI 92 r. zjawił się poraz pierwszy nerwoból prawej strony twarzy, bóle przytem były tak charakterystyczne, że chora z łatwością je odróżniała od trapiących ją przedtem bólów migrenowych. Napady trwały bardzo krótko, zwykle kilka sekund i powracały mniej więcej co 10 minut. W przerwach X. nie odczuwała żadnych bólów. Z początku nerwoból obejmował rozgałęzienia gałęzi ocznej prawej, lecz następnie rozprzestrzenił się na całą okolicę nerwu trójdzielnego prawego.

Przy każdym napadzie bólu następował skurcz mięśni twarzy, prócz tego łącznica oka prawego była nastrożona, błona śluzowa ust, zwłaszcza dziąsła, były nadzwyczaj bolesne. Wskutek tego ostatniego objawu X. przypuszczała, że cierpi na silny ból zębów, tembardziej, że miała kilka zębów spróchniałych. Udała się więc do dentysty, który wyrwał 5 zębów i nadmienił przytem chorej, by zgłosiła się do niego, jeżeliby cierpieć nie przestała. Lecz X. poprzestała na tym jednym seansie i przyjmowała różne środki kojące, ale bez skutku. Po 5 tygodniach bóle nagle ustąpiły i ponieważ nie występowały przez czas dłuższy, X. sądziła, że została uwolniona zupełnie od tego cierpienia. Tymczasem w Grud-

niu 1893 r. t. j. po 18-sto miesięcznej przerwie, bóle znów nagle powróciły i po 5-ciu tygodniach również nagle zginęły. Następnie napady nerwobólu powracały w przerwach coraz krótszych: jeden w Sierpniu 94 r., (t. j. w 6 mies.) i trwał 6 tygodni, drugi—w Listopadzie (t. j. w 2 mies.) i trapił chorą przez 5 miesięcy, wreszcie trzeci—po 1 miesięcznej przerwie. Wtedy chora, wypróbowaawszy bezskutecznie wszystkie zalecane jej środki kojące, udała się do szpitala w celu poddania się operacji, gdyż była przekonana, że tylko krwawy rękoczyn zdoła ją uwolnić od cierpień. W szpitalu stwierdzono wysoki stopień wyniszczenia; napady niekiedy występowały tak często, że bóle były prawie stałe; wszelkie usiłowanie otwarcia ust wywoływało napad bólu. Chora wtedy starała się mocno ucisnąć okolicę bolesną chustką. Rękoczyn ten do pewnego stopnia łagodził ból, lecz nie chronił od następnego napadu. Autor zalecił pigułki z wyciągiem makowca po 0,02 w każdej. Pierwszego dnia chora zażyła 3 pigułki i, gdy tę dawkę dobrze znosiła, 3-go i 4-go dnia dodał po jednej pigułce. 25/X. Chora zażywa 5 pigulek dziennie t. j. 0,10 wyciągu makowca. 26/X. Napady bólu również częste jak poprzednio, natężenie bólu jednak znacznie mniejsze. Przy dawce 8 pigulek dziennie (t. j. 0,16 extr. op.) liczba napadów zmniejszyła się o połowę; chora może rozmawiać i jeść, nie wywołując napadów nowych. 8/XI chora zażywała po 10 pigulek dziennie (t. j. 0,2 extr. opii); występują jedynie tylko lekkie strzykania. Gdy dawka dzienna została podniesioną do 12 pigulek (t. j. 0,24 extr. opii) bóle ustąpiły zupełnie, lecz pomimo to zalecono chorej jeszcze przez 5 dni zażywać tę dawkę (t. j. 12 pigulek—chora znakomicie znosiła tę ilość), a następnie co 2 dni zmniejszano stopniowo o jedną pigułkę, tak że w 25 dni potem chora nie zażywała już makowca, a napady bólu więcej nie powróciły. Autor widział chorą w 15 dni potem: apetyt znacznie się poprawił, odżywianie szybko postępowało, na wadze chorej przybyło 4 klgm. i wogóle X. czuła się bardzo dobrze.

Jak długo trwać będzie ten stan, przesądzać trudno, lecz, jak to wyżej powiedziano, zwykle po mniej lub więcej dłuższej przerwie następuje nawrót. (Trousseau).

II. Leczenie migreny.

Autor leczy ciężkie postaci migreny jak padaczkę, t. j. stosuje przez czas dłuższy (1 — 2 lat) bez przerwy bromek potasu (per se lub częściej aa. z bromkiem sodu i ammonu) w dawkach stopniowo powiększanych i następnie stopniowo zmniejszanych. Szczegóły takiego leczenia podane zostały przy opisie leczenia padaczki, przeto powtarzać ich nie będziemy, a odsyłamy czytelnika do oddownego referatu. Tu nadmienić wypada, że autor radzi leczyć w ten sposób li tylko ciężkie postaci migreny (szczególnie tak zwaną migrenę, dalej migrenę, przy której zjawiają się objawy padaczki częściowej i t. p.), a to z następujących powodów: 1-o. Leczenie powinno być przeprowadzone bez przerwy przez rok lub dwa lata. 2-o. Wymaga wielkiej cierpli-

wości ze strony pacyenta. 3-o. Ponieważ dawki bromu są dość wysokie, przeto często wywołują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wysypki i t. p. powikłania dla pacyenta niezbyt przyjemne. 4-o. Jak doświadczenie poucza, zarówno w ciężkich, jak i w lekkich postaciach tego cierpienia, dawki winny być jednakowe t. j. duże, by otrzymać dodatni wynik leczenia. Wobec tego w lekkich postaciach migreny lepiej pogodzić się z losem i miewać co kilka miesięcy bóle migrenowe, niż poddać się leczeniu, bądź-co bądź ciężkiemu i trwającemu rok lub dwa lata.

Podczas kuracyi autor zabrania stanowczo używania alkoholu pod jakąkolwiek postacią i jedynie tylko przy obiedzie zezwala dolewać do wody nieco wina czerwonego (bardzo mało). W niektórych przypadkach lekkiej postaci migreny autor spostrzegł ustąpienie napadów li tylko przez zaprzestanie używania napojów wyskokowych.

Wogóle leczenie, jakie zaleca, dawało autorowi nadzwyczaj pomyślne rezultaty nawet w uporczywych postaciach migreny. Jedną z licznych obserwacyi autora przytaczamy.

X. mężczyzna lat 30. Ojciec umarł z powodu wiału rdzenia; matka była bardzo nerwową. Od 14 roku życia miewał napady migreny z wymiotami. Bóle obejmowały okolicę czołową. W 20 roku życia zjawily się nowe objawy: podczas napadu bólu nagle doznawał trudności wymawiania, jednocześnie wystąpiło pewne odretwienie barku prawego, a w polu widzenia prawego oka zjawiał się błyszczący, pomarańczowej barwy półksiężyc, ograniczony krzywą linią, który postępował zawsze z lewej strony ku prawej i po pewnym czasie ginął również w tym kierunku: jeżeli chory spojrział wtedy na kogo z otoczenia, to widział tylko połowę twarzy tej osoby. Objawy te, charakterystyczne dla t. zw. migreny oftalmicznej, zjawiały się u chorego zwykle o godzinie 6 wieczorem, ból głowy dosięgł swego maximum o północy i ustępował o 2-giej w nocy po uprzednich kilkakrotnych wymiotach, którymi napad zwykle się kończył. W ciągu 10 lat napady te występowały w różnych odstępach czasu, lecz w ciągu ostatnich dwóch lat zaczęły pojawiać się znacznie częściej, trwały za każdym razem dłużej niż poprzednio, a bóle były silniejsze, przyczem jednocześnie zawsze występowały: afazya i odretwienie barku. Rozmaite środki nie przynosiły najmniejszej ulgi. Dopiero gdy przyszedł na poradę do Salpêtrière, zalecono mu zażywać bez przerwy (jeżeliby nb. nie wystąpiły objawy zatrucia) kombinację 3-ch bromków w sposób wiadomy: przeto chory powinien był przez pierwszy tydzień codziennie zażywać 2 grm. bromków, przez drugi—3 grm., przez trzeci—4 grm. i przez czwarty—5 grm., a następnie powrócić znów do 2, 3, 4 i 5 grm. Już po 5 tygodniach takiego leczenia X. miewał lekkie bóle głowy, które po krótkim czasie ustępowały; wobec tego dawki zredukowano do 1, 2, 3, 4 grm., lecz okazały się niedostatecznymi, gdyż po miesiącu wystąpił typowy napad; powrócono wtedy do dawek pierwotnych, t. j. 2, 3, 4, 5 grm.; były one stosowane przez czas dłuższy, a ponieważ bóle więcej się nie zjawiały, stopniowo je zmniejszono w ten sposób, że po roku leczenia, lekarstwo odstawiono. Przez cały ten czas napady nie powtarzały

się więcej. Autor widział chorego w 3 lata potem: napadów migreny nie miewał i czuł się zupełnie uwolnionym od tego cierpienia.

W. Cennère.

III. Choroby wieku dziecięcego.

361. E. Meyer. **O chorobie Barlow'a.** (*Archiv für Kinderheilkunde. Tom XX. Zeszyt 3 i 4.*)

Autor nie zatrzymuje się nad historycznym rozwojem obrazu chorobowego i powstawaniem rozmaitych jego nazw, ponieważ niedawno szczegółowo to wykazał L. Fuerst¹⁾. Autor spostrzegał cztery przypadki u dzieci w wieku 5—7 miesięcy. W tych przypadkach był zawsze lekki stopień krzywicy, dzieci rosły wśród bardzo pomyślnych warunków i przy starannej opiece, lecz wszystkie były karmione wyłącznie sztucznym mlekiem doktora Riethl'a. Choroba występowała pod postacią guzów na kościach, przeważnie długich, w guzach wyczuwało się chęłbotanie; zajęte części ciała były bolesne przy dotyku. W jednym przypadku zajęcia większej kości goleniowej (tibia) wystąpiły objawy zupełnego oddzielenia się trzonu od nasad. W przypadku utworzenia się wylewu krwawego pod okostną oczodołu wystąpiły objawy exophtalmus. Przebieg choroby zawsze był bezgorączkowy, nawet ciepota ciała zwykle bywała niżej 38° C. Badanie krwi wykazywało poikilocythosis i zmniejszenie ilości białych ciałek krwi. Dziaśła w żadnym przypadku nie były zajęte. Z czterech spostrzeganych przypadków, w jednym nastąpiło wyleczenie, a w trzech bez widocznych organicznych cierpień i przy ciągle zwiększającej się anemii nastąpiło zejście śmiertelne. Przy sekcji we wszystkich trzech przypadkach spostrzeganym był obraz, który przypominał u dorosłych najcięższe objawy anaemiae perniciosae. Wszystkie narządy przedstawiały najwyższy stopień anemii, narządy wewnętrzne jak mózg, serce, płuca, kiszki i nerki posiadały mniej lub więcej liczne wybroczyny. Wylewy krwawe na kościach sadowiły się między okostną i kością, wywoływały obumarcie kości i w pewnych razach, na długich kościach, oddzielenie się trzonu od nasady. W mięśniach serca znajdowano metamorphosis adiposa.

W ten sposób autor we wszystkich przypadkach znajdował krzywicę, anemię i usposobienie krwotoczne. Autor robi przypuszczenie, że sprawa chorobowa najprzód obejmuje narządy krwio-

¹⁾ Patrz referat w Kronice Lekarskiej za rok 1895, stronica 183.

twórcze, a wtedy, w następstwie zmian we krwi, następuje zmiana ścian naczyń i w końcu wylewy krwawe. Autor godzi się w tym względzie z poglądem Fuerst'a, że ta sama, dotychczas nieznana przyczyna, wywołuje zarówno krzywicę jak anemię i skłonność krwotoczną.

Jakie momenty przyczynowe można wykazać dla tej choroby? Wszystkie spostrzegane przypadki wzrastały przy bardzo sprzyjających warunkach. Przymiot, uważany przez Stark'a za przyczynę, w danych przypadkach był zupełnie wykluczony. Wszystkie przypadki wydarzyły się w jednym i tym samym czasie, przy niepomyślniej pogodzie (zima). Jedyne, co wspólnie było spostrzeganem we wszystkich przypadkach, było to wyłącznie stosowane karmienie sztuczne.

Leczenie przeciwkrzywicowe i przeciwgnilcowe, jak również odstawienie sztucznego pokarmu, a wyłączne dawanie nie sterylizowanego mleka krowiego w trzech spostrzeganych przypadkach okazało się zupełnie bezsilnem.

Rabek.

362. Prof. I. Renaut (Lyon). **O leczeniu rozlanych nieżyków oskrzeli u dzieci kąpielami gorącymi.** (*Therapeut. Woch. Nr. 14, 1896*).

Rozlany nieżyt oskrzeli u dzieci przedstawia cierpienie poważne, ponieważ bardzo łatwo wywiązuje się z niego bronchitis capillaris, lub też nieżytowe zapalenie płuc (bronchopneumonia). Jako środek zapobiegawczy tym groźnym dla młodocianego wieku powikłaniom, proponuje autor systematyczne stosowanie gorących kąpeli. Zaleca on je już od lat 10 i nie widział jeszcze nigdy przejścia rozlanego nieżytku oskrzeli, od drugiego dnia gorączki w ten sposób leczonego, w bronchitis capillaris lub pneumonia catarrhalis. Za wskazanie do stosowania wspomnianych kąpeli uważa autor stwierdzenie fizykalnych objawów rozlanego nieżytku oskrzeli, oraz ciepłość 39° in recto. Dopóki ciepłota nie dosięgnie 39° można jeszcze czekać; gdy do tej granicy dojdzie, wtedy trzeba już koniecznie kąpać. Postępuje się wtedy podług metody Brand'a. Mierzy się ciepłość co 3 godziny; gdy ciepłota dojdzie do 39°, wtedy daje się dziecku kąpiel 38°, w której od 7—8 minut pozostaje. Dla zapobieżenia przyływowi krwi do mózgu, kładzie się na głowę dziecka chustkę w kilkoro złożoną, na którą puszcza się cienki strumień wody o ciepłocie pokojowej. Dzieciom w wieku lat 2 — 3 podaje się podczas kąpeli łyk szampana, lub też koniaku z wodą.

Po wyjściu z kąpeli wyciera się szybko dziecko ciepłym przecieradłem i kładzie się do łóżka. Bardzo szybko, gdyż już po

3—4 kąpielach ciepłota opada, wilgotne rżenia nikną i rozlany nieżyt oskrzeli ustępuje.

Ze środków farmaceutycznych zaleca autor siarczan chininy, któremu przypisuje tonizujące i antyseptyczne działanie. Chininę podaje autor pod postacią czopków, by oszczędzać żołądek. U dzieci niżej dwóch lat rano i wieczorem po 0,15 chinini sulfurici lub hydrobromici. U starszych dzieci i dorosłych, zwiększa się tę dawkę do 0,25. Chininę podaje się jeszcze przez dni kilka po spadku ciepłoty.

W zwykłych przypadkach wystarcza ten środek, by zapobiedz przemianie dziecięcego nieżytu oskrzeli w bronchitis capillaris. Jeżeli jednak zwrócić się do lekarza nie zaraz w początkach choroby, lecz już po kilku dniach, gdy znajdziemy liczne rżenia wilgotne oraz przepełnienie dróg oddechowych śluzem, wtedy pożytecznym będzie zastosowanie środka wymiotnego. Autor podaje w takich razach syrupus ipecacuanhae co 10 minut po małej łyżeczce aż do skutku t. j. dopóki nie wystąpią wymioty. W ten sposób oczyszcza się mechanicznie drogi oddechowe. Jednocześnie wymiotnica, podawana w małych dawkach działa jako vasoconstrictor na małe naczynia oskrzelowe.

Lekarz, zalecający kąpiele dziecku w przypadkach nieżytu oskrzeli, nieraz zapewne stacząc będzie musiał walkę z otoczeniem, które zazwyczaj boi się wody.

Wyjaśnienie prawdziwego pożytku, a niekiedy nawet konieczności tych kąpiei otoczeniu, da mu swobodę działania. Pierwszą kąpiel powinien lekarz dać sam i udzielić rodzicom szczegółowych wskazań co do następnych kąpiei.

Środków przeciwgorączkowych nie podaje autor nigdy w przypadkach rozlanego nieżytu oskrzeli u dzieci, uważa on to bowiem za rzecz niebezpieczną, za błąd terapeutyczny.

H. Kucharzewski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

363. **D-r Weisbecker** próbował zastrzykiwać surowicę w odrze. Surowicę otrzymywał z krwi, wypuszczonej dzieciom, które już przebyły odrę. Stosował on ten środek wyłącznie w ciężkich przypadkach, gdzie występowało powikłanie zapaleniem płuc. W 4-ch przypadkach tego rodzaju wynik zastrzyknięcia 10 — 18 gramów surowicy miał być znakomity: gorączka ustępowała w ciągu kilku godzin i nawet rozwinęte już zapalenie płuc miało jakoby kończyć się bardzo szybko (crisis). Z tej racji poleca surowicę w cięższych przypadkach odry. (Zeitsch. für klin. Med. Band 30 H. 3 i 4).

W. M.

364. Jako **środek epilacyjny** poleca Butte:

Rp.	T-rae jodi	3,0
	Ol. Terebinth.	6,0
	Ol. Ricini	8,0
	Spirit.	48,0
	Collodii	100,0

Oдноśne miejsca należy 3 — 4 dni z rzędu grubo smarować powyższą mieszaniną. Przy zdjęciu warstwy kolodjonu okazuje się, że włosy wszystkie tkwią w niej usunięte ze skóry.

H.

365. D-r Naegeli-Ackerblom, radzi następujące **leczenie hemoroidów**: guzy należy pudrować kalomelem w ciągu 10 dni, przytem podawać środki przeczyszczające, aby stolce były wolne. Po tym upływie czasu guzy szybko giną. Przy guzach wewnętrznych wprowadza się maść kalomelowa 10^o/. Pruritus ginie również.

H.

366. D-r Güntzburg z Frankfurtu radzi **leczyć enteroptozę** codziennem podawaniem choremu małych ilości **drożdży prasowanych**. Drożdże wywołują wzdęcie, które pomaga unieruchomieniu trzewiów, oraz przeskadza ciąglemu ich wędrowaniu. Dolegliwości, na które podobni chorzy zazwyczaj się uskarżają, ustępują przy tej kuracyi. Münch. Med. Woch. Nr. 27, 1896).

H. K.

Bibliografia.

Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden, von D-r F. Grimm. Berlin, 1896. Verlag von S. Karger.

Na 103 str. przedstawił autor w możliwie dokładnem streszczeniu wszelkie obecnie stosowane metody leczenia przymiotu. O ile specjalista może posługiwać się tą pracą przeważnie jako skorowidzem środków, o tyle ogół lekarzy znajdzie w niej systematyczny i—co rzecz ważna—krytycznymi poglądami autora opatrzone wykaz nietylko samych środków, ale i sposobów ich zastosowania w każdym, mogącym się w praktyce nadarzyć przypadku. Ogół też lekarzy, nie zaś specjalistów, miał widocznie na względzie autor, wydając swoją pracę, gdy opuszcza w niej wskazówki bibliograficzne i zbywa kilkoma słowy takie metody leczenia, których pożytek nie został jeszcze dostatecznie stwierdzony klinicznie.

Co się tyczy szczegółów, można zwrócić uwagę na niedokładność wyrażenia: „Die initialen und tardiven Formen der Syphilis bilden *locale Erkrankungen*, die recenten haben neben localen auch ausgesprochen allgemeine Krankheitsercheinungen — die Syphilis

ist constitutionell geworden (str. 1). Jeżeli mieć na względzie wyłącznie objawy, to *ogólnych* może nie być w okresie drugim, a nie braknąć w późnym, jeżeli zaś — istotę choroby, to ani objawy pierwsze, ani tembardziej trzeciorzędne nie są objawami miejscowymi w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale miejscowem odbiciem infekcy ogólnej, jak zresztą pojmuje tę sprawę sam autor, korzyść z wycinania owrzodzenia pierwotnego zowiąc „zludzeniem” (str. 4), a w trzecim okresie choroby zalecając leczenie ogólne.

Niesłusznie, zdaniem mojem, przypisuje zbyt małe znaczenie kąpielom, zawierającym rtęć (str. 40 i 99). Ten sposób leczenia (kąpiele sublimatowe) bywa stosowany w szpitalu św. Łazarza (w Warszawie) u niemowląt niemal wyłącznie, a u dorosłych — w złośliwym przebiegu choroby, prowadzącym do licznych lub rozległych owrzodzeń, i z *wielkim*, trzeba dodać, dla chorych pożytkiem.

Również kąpiele zwyczajne uważa autor niemal za całkowicie zbyteczne (czy słusznie?), a wiarę w skuteczność źródeł siarczanych (str. 97) nazywa wprost „przesądem” (czy nie przedwcześnie?).

Fr. Gr-yć.

D-r Edward Ehlers: Aetiologische Studien über Lepra. Berlin 1896. Verlag von S. Karger. Charité, str. 3.

Autor, prywat-docent uniwersytetu w Kopenhadze, odbył, w celu zaznajomienia się z trądem na gruncie, wycieczkę na Islandyę i w powyższej broszurce zdaje sprawę ze swych poszukiwań.

Główny nacisk położony jest na kwestyę zaraźliwości. Dziwnem jest w samej rzeczy, że chorobie tej, przez tyle wieków uważanej za zaraźliwą i której szerzenie ograniczone zostało jedynie tylko przez izolację chorych, — w ostatnich dziesiątkach lat nauka odmawiała zaraźliwości. Stało się to w części dzięki rzadkości choroby i nie zajmowaniu się nią, a w części dzięki powadze Danielssena, któremu próby szczepienia trądu wypadły ujemnie.

Autor, zbadawszy na miejscu warunki szerzenia się choroby, i poddawszy krytyce panujące jeszcze poglądy o przyczynach kosmicznych, życiowych i t. d., przychodzi do wniosku, że choroba szerzy się jedynie przez zarażenie. Ze strony teoretycznej pogląd ten znajduje potwierdzenie w odkryciu przez Ar. Hansena laseczników trądu. Tak zwane „autochtoniczne przypadki trądu,” np. odkryte przez Zambaco — paszę w Bretanii, mogą być objaśnione częstem zetknięciem się rybaków bretońskich z islandczykami.

Wstęp pracy stanowi ciekawy przegląd historyczny o dacie pojawienia się trądu, w którym autor odmawia racji przypuszczeniom, aby trąd biblijny był rzeczywiście tą chorobą; dalej, mówi autor o epidemiach trądu w naszym stuleciu (Sandwich, Alikate, Bretania, Ryga).

Część kliniczną zdobi (!) 12 dobrych ilustracyi. Ciekawym jest też szkic nader niehygienicznych warunków życia islandczyków (mieszkań i pożywienia).

O. Hewelke.

O D C I N E K.

POGOTOWIE RATUNKOWE.

Okazany na 2-iej wystawie higienicznej przez hrabiów Konstantego i Gustawa Przezdzieckich wzór pogotowia ratunkowego zasługuje na baczną uwagę, nie tylko jako nowość dotychczas u nas nieznaną, lecz głównie dlatego, że ma to być zawiązek instytucji o trwałem istnieniu. Ten ostatni wzgląd niech służy za wytłomaczenie, że w poniższym opisie nie ograniczymy się suchem wyliczeniem wystawionych przedmiotów, lecz pozwolimy sobie nieco obszerniej pomówić o stacyi ratunkowej.

I.

Zanim przystąpimy do opisu i krytycznej oceny wystawionego wzoru, musimy przedewszystkiem uprzytomnić sobie zakres działalności pogotowia ratunkowego, a następnie rozważyć zadania, które ma ono do spełnienia i środki, któremi rozporządzać winno. Jeżeli powiemy, że celem podobnej instytucji jest udzielanie pomocy w przypadkach nagłych, to tym sposobem nie wyjaśnimy jeszcze sprawy. Termin „przypadek nagły” jest bardzo obszerny. Obejmuje on różnorodne sprawy chorobowe, które tę tylko posiadają cechę wspólną, że powstają lub ujawniają się gwałtownie i niespodziewanie, i z tego powodu budzą żywe zaniepokojenie w osobach, otaczających chorego. Do kategorii przypadków nagłych zaliczyć można takie stany chorobowe, jak np. kolka (nerkowa lub wątrobowa), napad epilepsji lub histeryi, napad astmy etc. Z praktyki życiowej wiemy, że do tego rodzaju przypadków najczęściej (zwykle w porze nocnej) „na gwałt” wzywaną bywa pomoc lekarska. Aczkolwiek przypadki takie bez zaprzeczenia należą do kategorii „nagłych,” nie mniej przeto nie wymagają one pomocy pogotowia ratunkowego. Wystarczy tu bowiem pomoc pierwszego lepszego lekarza i najbliższej położonej apteki. Wzywanie pomocy pogotowia w podobnych przypadkach byłoby bezcelowem utrudzaniem ludzi, których działalność w tym samym czasie mogłaby być istotnie potrzebną i pożyteczną. Słuszną więc wydaje nam się rzeczą, ażeby a priori wyłączyć z zakresu działalności pogotowia wszystkie te przypadki chorób nagłych, które należą do dziedziny medycyny wewnętrznej.

Obok wymienionych stanów chorobowych, w których pomoc pogotowia uznać musimy za zbyteczną, nagle występować mogą inne różnorodne cierpienia, w których pomoc ta bezwarunkowo wystarczającą być nie może. Mamy tu przedewszystkiem na myśli rozmaite zaburzenia porodowe. Trudno jest wymagać, ażeby lekarze, pełniący czynności na stacyi ratunkowej, byli wykwalifikowanymi akuszerami. Wiemy zaś aż nadto dobrze, że nie-

umiejętna pomoc lekarska w zaburzeniach porodowych, zamiast pożytku, poważną szkodę wyrządzić może.

Jeżeli pomoc stacyi ratunkowej ma być nie tylko szybka lecz i skuteczna, to bezwarunkowo konieczną jest rzeczą, ażeby działalność pogotowia obejmowała pewną tylko grupę przypadków nagłych. Wymagać tego należy zarówno w interesie ludzi uległych nagłej chorobie, jak i lekarzy czynnych w pogotowiu. Jedynie tylko ograniczenie działalności pogotowia może uchronić chorych od pomocy nieumiejętnej, a więc szkodliwej, lekarzy zaś od bezcelowego marnowania sił i czasu.

Najodpowiedniejsze pole do działania pogotowia nastęrczają bezwzględnie różnorodnie przypadki traumatyczne. Już to samo, że w przypadkach tego rodzaju częściej, niż w innych chorobach nagłych, od szybkiego dostarczenia racjonalnej pomocy zależy życie chorego, powinno wystarczyć do wytłomaczenia, dlaczego przypadki traumatyczne kwalifikują się przedewszystkiem do zakresu działalności pogotowia. Lecz niedość tego. Z codziennego doświadczenia wiemy, jak bezradnie zachowuje się otoczenie wobec człowieka uległego urazowi, jak nedorzeczne, a częstokroć barbarzyńskie bywają w tych razach stosowane środki. Dość wspomnieć o zaklejanju rany chlebem z pajęczyną, o dostarczaniu do szpitali ranionych z ciężkimi uszkodzeniami kończyn lub narządów wewnętrznych w trzęsących dorożkach pod opieką stróżów lub stójkowych, ażeby zrozumieć, na jakie niebezpieczeństwo bywa narażony człowiek uległy urazowi, zanim dostanie się do rąk właściwych. Z pośród chorób nagłych przypadki traumatyczne tem się jeszcze wyróżniają, że pierwszy lepszy lekarz, wezwany na miejsce wypadku bardzo niewiele zdziałać może. Zjawiając się, jak to zwykle bywa, z „gołemi rękami,” jest on prawie tak samo bezsilny, jak otoczenie. Nie wystarcza tu papier, atrament i pióro, jak w większości innych cierpień. Ażeby udzielić choremu pomocy należytej, lekarz potrzebuje środków różnorodnych, których ani na miejscu nie znajdzie, ani w pobliskiej aptece nie dostanie.

Sądźmy, iż powyżej wymienione właściwości przypadków traumatycznych były głównym powodem powstania stacyi ratunkowych. Udzielanie pomocy lekarskiej ludziom, którzy ulegli urazowi, bezpośrednio po wypadku—oto, według naszego zdania, główny cel istnienia stacyi ratunkowych.

Ustaliwszy zasadę, że do zakresu działalności pogotowia powinny należeć przedewszystkiem przypadki traumatyczne ¹⁾, winniśmy z kolei rozważyć, jakie zadanie przypada w udziale pogotowiu wobec tych przypadków.

Pomoc lekarska w przypadkach traumatycznych może być dwójakiego rodzaju, zależnie od warunków miejsca i otoczenia, a mianowicie:

¹⁾ Obok przypadków traumatycznych działalność pogotowia powinna również obejmować zatrucia. Te ostatnie (a przynajmniej niektóre z pośród nich) mają wiele cech wspólnych z traumatyzmami.

1) pomoc doraźna, która w przypadkach lekkich trwale, w ciężkich zaś czasowo tylko usuwa niebezpieczeństwo.

2) pomoc zasadnicza, która w każdym przypadku powinna znieść szkodliwe skutki uszkodzenia, o ile, naturalnie, zezwala na to obecny stan nauki lekarskiej.

Z samego założenia pogotowia wypływa, że nie jest ono przeznaczone do udzielania pomocy zasadniczej. Jeżeli nawet przypuścimy, że lekarz wezwany na miejsce, w którym człowiek uległ mniej lub więcej poważnemu urazowi, rozporządza niezbędnymi narzędziami, to ztąd nie wypływa jeszcze, ażeby mógł on zaraz na miejscu dokonać odpowiedniej operacji.

Do przedsięwzięcia operacji chirurgicznej konieczną jest przede wszystkim praktyczna znajomość chirurgii, czego od lekarzy pełniących obowiązki w pogotowiu wymagać nie możemy. Napewno twierdzić można, że żaden z wykwalifikowanych chirurgów nie zechce podjąć się obowiązku dyżurowania na stacyi ratunkowej. Tam, gdzie pogotowia ratunkowe istnieją w postaci instytucji stałych, czynności te spełniają studenci wyższych kursów medycyny, a w najlepszym razie młodzi lekarze. Jeżeliby nawet wśród tych ostatnich znaleźli się tacy, którzy posiadają w pewnym stopniu wprawę w operowaniu, to i wtedy byłoby rzeczą z wielu względów niewłaściwą, gdyby zechcieli oni dokonywać mniej lub więcej poważnych zabiegów operacyjnych. Wiadomo, że pomyślny wynik zabiegu operacyjnego znajduje się w zależności nietylko od wprawy operującego lekarza, lecz nadto od warunków otoczenia. Ponieważ lekarz, wezwany do przypadku traumatycznego, nie może rozporządzać odpowiednią pomocą, ponieważ przy najlepszych nawet chęciach nie jest on w stanie wytworzyć warunków, które byłyby w zgodzie z współczesnymi wymaganiami czystości w operowaniu, powinien więc dla dobra chorego powstrzymać się od przedsięwzięcia na miejscu wypadku jakiegokolwiek energiczniejszego zabiegu.

Możnaby zrobić zarzut, że lekarz nie potrzebuje podejmować operacji na miejscu, gdyż może on przenieść chorego do stacyi ratunkowej i tu, w warunkach dogodniejszych, przystąpić do operacji.

Bezzasadność takiego postępowania nie wymaga długich dowodzeń. Jeżeli nawet pominiemy brak odpowiedniej pomocy, której stacya ratunkowa dostarczyć nie może, to uznać musimy, że najlepiej nawet zaopatrzona stacya ratunkowa nie może się równać z dobrze urządzonym oddziałem chirurgicznym. W dodatku, stacya ratunkowa nie jest przeznaczona do stałego pomieszczenia chorych. Zamiast więc przenosić chorego z miejsca wypadku do stacyi ratunkowej, a ztąd po dokonanej operacji do szpitala, czyż nie będzie daleko prościej od razu przenieść chorego do szpitala i tu dokonać operacji? Wogóle zaznaczyć winniśmy, że pogotowie ratunkowe pod żadnym pozorem nie może konkurować z chirurgicznymi oddziałami w szpitalach. Konkurencya taka wypadłaby na niekorzyść tak chorych jak i lekarzy, czynnych w pogotowiu.

Przychodzimy więc do wniosku, że celem usiłowań tych ostatnich powinna być wyłącznie niemal pomoc doraźna na miejscu

wypadku, udzielanie zaś pomocy zasadniczej powinno być pozostawione szpitalom.

Taki podział pomocy lekarskiej w przypadkach traumatycznych, uzasadniony zgoła z teoretycznego punktu widzenia, znalazł urzeczywistnienie w praktyce polowej. Podczas wojny obok szpitali polowych, urządzone bywają również pogotowia ratunkowe, które noszą miano stacji opatrunkowych. Zadaniem tych stacji jest przeciwdziałanie bezpośrednim niebezpieczeństwom, wpływającym z uszkodzenia, i możliwie szybkie wysłanie ranionych do szpitali polowych. W tych ostatnich dopiero otrzymują ranieni pomoc taką, jaka w każdym poszczególnym przypadku jest wskazana. Odnośnie do przypadków traumatycznych pomiędzy wojną a stanem pokoju zachodzi ilościowa tylko różnica. W czasie pokoju przypadki traumatyczne wydarzają się sporadycznie, wojna zaś, według wyrażenia jednego z chirurgów, jest epidemią urazów. Jeżeli uznamy słuszność zasad wyrobionych przez praktykę polową, musimy się zgodzić, że wyżej zaznaczony podział pomocy lekarskiej w przypadkach traumatycznych powinien być również zachowany podczas pokoju.

Rozważmy teraz pokrótce, na czym polega pomoc doraźna w przypadkach traumatycznych. Lekarz, wezwany do udzielenia pomocy ranionemu na miejscu wypadku, powinien mieć głównie na celu następujące zadania:

- 1) ochronienie ranionego od zakażenia,
- 2) zatamowanie krwotoku,
- 3) unieruchomienie uszkodzonego członka,
- 4) przeniesienie chorego do miejsca stałego pobytu (do mieszkania lub szpitala).

Spełnienie 3-ch pierwszych zadań, lekarz osiąga za pomocą pewnych zabiegów chirurgicznych. Zastosowanie tych ostatnich znajduje się w ściślejszej zależności od środków, którymi lekarz w danej chwili rozporządzać może. Wobec swoistych warunków działalności pogotowia (pomoc doraźna na miejscu wypadku) zarówno zabiegi same, jak i środki muszą mieć pewne cechy odrębne.

Pomoc lekarska w przypadkach traumatycznych za racjonalną poczytana być może tylko wtedy, jeżeli udzielona będzie zgodnie z współczesnymi wymaganiami czystości chirurgicznej. W braku tego warunku, wartość pomocy lekarskiej staje się wielce problematyczną. Jeżeli np. w przypadku zranienia brzucha, połączonego z wypadnięciem trzewiów, lekarz brudnymi rękami odprowadzi do jamy brzusznej zabrukane trzewia i na ranę założy opatrunek wątpliwej czystości, to tem nie przyczyni się bynajmniej do polepszenia stanu ranionego. Chcąc przynieść istotną korzyść choremu, musi on postępować ściśle według zasad aseptyki. Te zaś nakazują, ażeby lekarz, zanim przystąpi do jakiegokolwiek zabiegu, odkaził przede wszystkim zarówno swe ręce, jako też ranę i jej okolice. Sam zabieg powinien być dokonany za pomocą dokładnie odkażonych narzędzi, do opatrzenia rany powinny być użyte bezwzględnie czyste materiały.

Pogotowie ratunkowe zasad powyższych lekceważyć nie może. Przeciwnie, ochranianie rany od zakażenia powinno być jednym

z najgłówniejszych jego dążeń w przypadkach traumatycznych. To zaś da się osiągnąć tylko wtedy, jeżeli stacya ratunkowa dostarczyć jest w stanie na miejsce wypadku nie tylko narzędzi i materiałów opatrunkowych w stanie aseptycznym, lecz nadto wszelkich środków, sprzętów i naczyń niezbędnych do odkażenia rąk lekarza i pola operacyjnego.

Nie mniej ważnym zadaniem pogotowia jest tamowanie krwotoku. Zadanie to w niektórych przypadkach bywa bardzo łatwe, gdyż daje się osiągnąć bardzo prostymi środkami (ucisk). W innych natomiast przypadkach nastęrczyć może poważne trudności. Przychodzi nam tu na myśl zdanie jednego z profesorów chirurgii, który wyrzekł, że „dużo byłoby na świecie chirurgów, gdyby nie ten krwotok.” Istotnie, umiejętne zatamowanie krwotoku w każdym poszczególnym przypadku, świadczy niezaprzeczenie o chirurgicznych zdolnościach lekarza. Ponieważ, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, współudziału wykwalifikowanych chirurgów w pogotowiu ratunkowym z góry wyrzec się należy, nie możemy więc liczyć na to, ażeby, w sprawie tamowania krwotoku, pogotowie ratunkowe mogło należycie sprostać zadaniu w każdym poszczególnym przypadku. Nie możemy wymagać od studenta lub lekarza rozpoczynającego praktykę, ażeby umiał on podwiązywać mniej lub więcej głęboko położone naczynia. Z drugiej zaś strony, musimy pamiętać o tem, że człowiek krwią broczący często znajduje się w niebezpieczeństwie utraty życia, a więc potrzebuje pomocy natychmiastowej. Ten trudny na pozór problemat, według naszego zdania, można rozwiązać jedynie w sposób następujący. Lekarz, wezwany ze stacyi ratunkowej do krwotoku, powinien pamiętać o tem, że wyszukiwanie głębiej położonych naczyń w celu ich podwiązania nie wchodzi w zakres jego działalności. Obowiązkiem jego jest na razie zapobiedz niebezpieczeństwu. Obowiązek ten spełni on należycie, jeżeli wobec krwotoku zastosuje takie środki, które na pewien czas powstrzymają a przynajmniej znacznie ograniczą utratę krwi. Środków takich mamy sporo, że wymienimy tu ucisk, tamponadę rany, założenie rury gumowej powyżej miejsca krwawiącego, forsowne ściąganie kończyny etc.

Nie chcemy przez to powiedzieć, że lekarz na miejscu wypadku nigdy nie powinien stosować podwiązania. Nic nie można mieć przeciwko temu, jeżeli podwiązanie daje się uskutecznić bez wielkich trudności. Zgodnie z powyższem twierdzeniem z instrumentarium pogotowia nie wyłączamy kleszczyków krew wiążących. Przeciwnie, te ostatnie, jak również materiał do podwiązania naczyń w stanie aseptycznym powinny, według naszego zdania, bezwarunkowo znajdować się w kufrze, który zabiera ze sobą lekarz ze stacyi ratunkowej na miejsce wypadku.

Unieruchomienie uszkodzonej kończyny daje się osiągnąć, jak wiadomo, środkami różnorodnymi. Zgodnie z warunkami, w których pogotowie rozwijać musi swą działalność, z pośród środków unieruchamiających wyłączyć należy wszystkie te, których zastosowanie wymaga wiele zachodu, a więc opatrunki gipsowe, klejowe, ze szkła wodnego etc. Nieodpowiednimi wydają nam się również opatrunki unieruchamiające z deseczek drewnianych. De-

seczka wystarczyć może wtedy, gdy chodzi o unieruchomienie stawów ręki. Jeżeli zaś zachodzi potrzeba założenia opatrunku unieruchamiającego całą kończynę, to wtedy nawet prowizoryczne unieruchomienie nie da się dokładnie skutecznie za pomocą deseczek. W dodatku umocowanie deseczek bandażami wymaga dość dużo czasu, co sprzeciwia się zasadom pomocy doraźnej. Sądzymy więc, że pogotowie, chcąc w tym względzie uczynić zadość wymaganiom, powinno rozporządzać specjalnymi przyrządami do unieruchomienia kończyn. Przyrządy takie, których wzorem służyć może aparat zbudowany przez d-ra Dembowskiego, mają tę wielką zaletę, że szybko dają się zakładać i dokładnie unieruchamiają kończynę.

Przechodząc z kolei do transportowania chorych, zaznaczyć winniśmy, że dotychczas praktykowany u nas sposób dostarczania ranionych do szpitali w trzęsących dorożkach jest zupełnie niewłaściwy, a czasem zakrawa wprost na barbarzyństwo. Przypominamy sobie przypadek, w którym w bójce ulicznej uległo zranieniu w brzuch dwóch ludzi. Przywieziono ich w nocy do szpitala. Podczas drogi, wskutek wstrząśnięć dorożki, u obu ranionych nastąpiło wypadnięcie trzewiów; u jednego, który otrzymał większą ranę, żołądek i większa część kiszek wypadła na zewnątrz. Ten człowiek wypatroszony, który własnymi rękami podtrzymywał kupe kiszek pokrytych brudną koszulą, sprawiał wrazenie okropne. Przyypadków takich każdy z chirurgów mógłby przytoczyć bardzo wiele.

Racjonalne transportowanie chorych uznać musimy za nader poważną czynność, przypadającą w udziale pogotowiu. Do spełnienia tej czynności niezbędne są odpowiednie środki, które można podzielić na dwie grupy: 1) przyrządy do przenoszenia chorych 2) przyrządy do przewożenia chorych. Grupa pierwsza obejmuje nosze i fotele rozmaitego rodzaju. Trwałość, lekkość i łatwość oczyszczania powinny stanowić podstawowe zalety podobnych przyrządów. Obok tego, od przyrządów, służących do przenoszenia chorych, wymagać należy, ażeby: 1) umożliwiały wnoszenie chorego na schody resp. znoszenie ze schodów 2) nie raziły oka swym zewnętrznym kształtem (podobieństwo do trumny) 3) mogły zastąpić w razie potrzeby stół (resp. fotel) operacyjno-opatrunkowy.

Do drugiej grupy środków transportowych należą wozy. Te, bez względu na to, czy siłę pociagową stanowią mają ludzie, czy też konie, powinny być tak urządzone, ażeby z łatwością można było umieszczać i wnosić z nich chorego.

Podczas drogi powinien chory doznawać jak najmniej wstrząśnięć. Nie potrzebujemy dodawać, że należy również wymagać, ażeby wozy były trwałe, lekkie i łatwe do oczyszczenia.

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Przedsiębrane na większą skalę w mieście naszym **kładzenie bruków drewnianych**, nasuwa kwestyę, czy w obradach nad wyborem tego lub innego gatunku bruków uwzględnioną była oprócz kwestyi ekonomicznej i kwestya higieny.

Dwa lata temu i zeszłego roku debaty nad wartością bruku drewnianego pod względem higienicznym odbywały się w Paryżu i Londynie i nie dały wyników stanowczych. Przeciwnicy i stronnicy pozostali przy swych zdaniach. Na jedno jednak wszyscy musieli się zgodzić, to jest na ogromną ilość wody jaką bruk drewniany pochłania, a która dochodzi, według Petche'go, do 10—20% objętości bruku.

Taki wysoki stopień wsiąkliwości nasuwa obawę szybkiego nasycenia się bruku uryną końską i innymi odpadkami organicznymi, a co zatem idzie, obawę przygotowania gruntu dla rozkładów chemicznych i życia drobnoustrojów.

Co się tyczy pierwszego punktu, t. j. spraw chemicznych, jakie zachodzą w bruku—to miarą ich szkodliwości byłyby odory przytem powstające. Te zdaje się, że jak dotąd, nawet na najdawniej położonych brukach nie dają się we znaki. I ta prosta reakcja, którą każdy wykonywa codziennie, nie mówi przeciw brukom, przynajmniej do dzisiaj.

Co się tyczy jednak drobnoustrojów, nie wiemy, czy kto w mieście naszym badał już tę kwestyę. Stronnicy bruków drewnianych opierają się na poszukiwaniach, czynionych przez p. Miquel'a w Paryżu w roku ubiegłym.

Badacz ten obliczał ilość pasorzytów na rozmaitej głębokości kostek wyjętych z kilkoletniego bruku i znajdował np. w 1 cent. sz. blisko powierzchni przeszło milion drobnoustrojów, na samej powierzchni ilość dochodziła do 45 milionów, 2—3 centymetry głębiej już tylko do 42,000, a na głębokości 5 centymetrów zaledwie 2—3 tysiące.

Na podstawie tych danych Miquel przypuszcza, że pasorzyty trzymają się na powierzchni kostek bruku drewnianego, a mało przenikają do głębi.

W roku bieżącym tem samym pytaniem zajęli się pp. Rodet i Nicolas. Badali oni bruk drewniany w Paryżu i w Lugdunie w sposób więcej dokładny, niż ich poprzednik, i przyszli do wyników mniej pomyślnych.

W warstwach powierzchniowych, po obmyciu powierzchni, ilość drobnoustrojów na 1 grm. drzewa dochodziła do 50—79 milionów, na głębokości 2 cent. od 80 do 400 tysięcy; na głębokości 6 cent. od 50—100 tysięcy.

Co się tyczy rodzaju znajdujących pasorzytów, to autorzy wspomnieni wyróżniali tylko rozpuszczające żelatynę (których było

dużo) i nierozpuszczające. Badania nad szkodliwością dla ustroju zwierzęcego nie dały żadnych wyników. Masa czarna o zapachu smołowym, pokrywająca podstawy kostek, zawierała mało drobnoustrojów, przeważnie różnego rodzaju drożdże.

Badania powyższe wykazują, że bruk drewniany ulega silnemu zanieczyszczeniu przez drobnoustroje, że czasem przenikają one całą grubość kostek, że warstwy powierzchniowe zawierają ich ogromne ilości, które nie mogą być wyplukane nawet przez najobfitsze zlewanie wodą.

Chociaż nie zostały dotąd wykryte pasorzyty chorobotwórcze, to jednak ogromna ich ilość powinna być na tej samej zasadzie jak np. i przy ocenie wartości wody do picia, być brana w rachubę; podczas bowiem suszy, i niedostatecznego polewania istnieje możliwość przenikania pasorzytów z kurzem do atmosfery.

Byłoby ciekawe porobić podobne poszukiwania i u nas. Niezawodnie na wynik, oprócz samej metody badania, wpłynąćby mogły b. różne względy: dawność bruku, szerokość ulicy, obfitość polewania, sposób oczyszczania ulic (zupełnie pierwotny u nas) wreszcie rodzaj i stopień nasycania kostek i sam sposób ich układania. Szczelność przylegania kostek zdaje się tu być bardzo ważnym warunkiem, ze względu na przenikanie cieczy do warstw głębszych. Również rzetelność roboty, która była u nas już wielokrotnie kwestyonowana przez pisma peryodyczne, jest tu niemałą gwarancją większej higienicznej wartości bruków drewnianych.

-- Kol. **Karwowski**, dotychczasowy starszy ordynator szpitala Dz. Jezus, mianowany został pomocnikiem naczelnego lekarza tegoż szpitala na miejsce po ś. p. Obrębskim.

— Współpracownik nasz, kol. **J. Wojciechowski**, został mianowany ordynatorem nadetatowym szpitala św. Łazarza.

— Kol. **M. Jakowski** został mianowany nadetatowym ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus.

— Dziekanem wydziału lekarskiego warszawskiego uniwersytetu ponownie zostaje prof. **M. J. Szałfiejew**.

— Rada miejska dobroczynności publicznej podniosła projekt, aby osoby leczące się w szpitalach warszawskich, a nie opłacające podatku szpitalnego, opłacały szpital po 50 kop. za dobę.

— W Petersburgu zawiązało się „Towarzystwo w celu walki z chorobami zakaźnymi” będące pod wysokim protektoratem Jej Cesarskiej Wysokości Księżny Oldenburskiej, Eugenii Maksymilianówny. Towarzystwo ma mieć oddziały w całym państwie. (I. R. M. G. 35).

— W końcu b. miesiąca przy instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu otwarty zostanie osobny oddział patologii doświadczalnej, mieszczący się w osobnym budynku. Kierownikiem będzie prof. Łukjanow, dyrektor instytutu.

— Według „Berl. kl. Woch. (37)” z okazji zjazdu międzynarodowego ma być w Moskwie poświęcony pomnik Pirogowa.

— Z powodu przyznania **d-rowi Zabłudowskiemu** tytułu profesora, redakcja „Deutsche Med. Woch.” robi kilka uwag nad niewłaściwością tego sposobu odznaczania. Profesorem jest ten, co wykłada na uniwersytecie, nie mogą przeto nazywać się tak osoby nie wykładające. Dalej, redakcja zastanawia się nad tem, jakie mogą być zasady do podobnego odznaczania rozmaitych specjalistów drugo i trzeciorzędnych (zweiter und dritter Güte), kiedy różni zasłużeni docenci (np. zmarły P. Guttmann) do końca życia nie mogli się doczekać tytułu profesora, oraz, co bywa punktem wyjścia dla nominacji.

— **Prof. Socin** w Bazylei, mówiąc o znaczeniu kastracyi przy leczeniu przerostu gruczołu krokowego, mimochodem wygłasza następujące zdanie: „Zdarzają się wykształceni weterynarze, którzy nie znają gruczołu krokowego i mieszają z nim pęcherzyki nasienne. Znam taką chemiczną fabrykę, gdzie z powodu takich pomyłek, zamiast soku prostatycznego dają wyciąg z pęcherzyków nasiennych, a znam też kolegów, którzy, posługując się tymi fałszywymi preparatami z prostaty, otrzymywali świetne rezultaty, przypisywane organoterapii. (W. P. 37).

— D-r Volbeding, homeopata, oskarżony o **nieuczciwe leczenie**, został wypuszczony za kaucyą 200,000 marek. Śledztwo wykazało, że V. za swe leczenie przy pomocy rad listownych miewał do 1/2 miliona marek dochodu rocznego; z tego 150,000 marek wydawał na ogłoszenia w pismach. Ze 600 pism pomieszczało „podziękowania” wyleczonych osób, które sam V. nadsyłał. Wydarzenie to maluje stan rozwoju dzisiejszych społeczeństw, a zarazem rolę prasy, która nie poczuwa się nawet do odpowiedzialności moralnej za te szkody różnorodne, jakie wyrządza, pomieszczając ogłoszenia, reklamy i t. p. bez wszelkiej cenzury.

— Na posiedzeniu ogólnem Związku Lekarzy Brytyjskich, podniesioną była, jak zwykle, kwestya **materyalnego bytu lekarzy**. Proponowano różnorodne środki dla poprawy coraz to większej biedy wśród lekarzy. D-r James, wychodząc z tego stanowiska, że najważniejszą przyczyną jest zbyt wielka liczba lekarzy i przybywanie ciągle nowych, dał projekt, aby państwo określało ilu osobom można rocznie wydawać dyplomy lekarskie, podobnie jak to ma miejsce ze stopniami oficerskimi w Anglii i posadami notaryuszów i adwokatów we Francyi. Fakultety lekarskie należałoby zamknąć (?!), a wprowadzić sposób praktykowany w rzemiosłach, to jest przyszły lekarz powinien uczyć się w charakterze chłopca, ucznia, a potem zostawać czeladnikiem. Dyplomy należałoby wydawać tylko tym, co przejdą cały kurs praktycznie, następnie zaś teoretycznie i napiszą dysertacyę.

— Rząd Niemiecki wydał niedawno rządowi kantonu Berneńskiego niejakiego **Ganting'a**, który zajmował się fałszowaniem dyplomów uniwersytetu Berneńskiego. Dotąd odnaleziono już 250 takich fałszywych dokumentów. (Wr. 35).

— Sąd w Rouen uznał, że prof. Lombroso popełnił plagiat. Skargę wniósł Cremieux-Jamin, autor książki o grafologii. Z tego

działa prof. Lombroso przedrukował 3 stronicie i 3 rysunki bez cytowania autora. Cała zresztą broszura L. ma cechę zleпка i plegiatu. Prof. L. będzie musiał zapłacić grube odszkodowanie.

— Przy obliczaniu śmiertelności w jakiejś miejscowości, należy uwzględniać skład ludności, co do płci i wieku i czynić odpowiednie poprawki, inaczej cyfry otrzymują się błędne. Po wsiach śmiertelność wydaje się większą, niż w miastach, a to z powodu, iż po wsiach więcej jest starców i dzieci; w miastach naodwrot, więcej jest ludzi wieku średniego.

Angielski Registrar General uwzględnia te poprawki i otrzymuje duże różnice w cyfrach. I tak w 10 okręgach, bez poprawek, otrzymano śmiertelność 19,78 — 19,90‰, po poprawkach — 16,6 — 21,88‰. Pięć okręgów było wiejskich, pięć miejskich; w pierwszych po poprawkach śmiertelność otrzymano niższą, w drugich — wyższą. (Lancet. Wr. 35).

— **Kryminalistyka profesjonalna.** Według pana Tarde na 10,000 osób przypada kryminalistów: 0,84 na rolników, 1 na handlowców, 1,32 na przemysłowców, 2,30 na profesye wolne. Ta ostatnia grupa rozkłada się znów tak: 0,71 duchowni, 1,58 nauczający, 1,86 lekarze, 3,79 aptekarze, 8,60 akuszerki 4,49 literaci, 4,02 artyści 7,45 urzędnicy poczt, wreszcie urzędnicy ministerjalni (notaryusze, adwokaci etc.)—28,13. (Lyon Méd. 37).

Nekrologia.

Zmarł w Maryenbadzie **Zygmunt Dobieszewski**, długoletni lekarz zakładowy tego kąpieliska. Dobieszewski był jednym z nielicznych lekarzy zdrojowych, którzy po za praktyką zajmowali się piśmiennictwem. Czas jakiś redagował „Klinikę,” napisał około 50 rozpraw lekarskich i wydał rzecz cenną: „Zakłady klimatyczne,” będącą dotąd jedynym w tym kierunku źródłem. Dobieszewski różne przechodził koleje: w Warszawie pełnił obowiązki ordynatora na Pradze; w roku 1865 w Krakowie znajdujemy go na stanowisku inspektora szpitali, zkąd udał się do Maryenbadu i tam czas długi prym w praktyce zdrojowej trzymał. Wśród balneologów stoi, co do zasług, obok Zieleniewskiego.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Antoszka: Hygiena ludowa. Warszawa, 1896.

Priv. Doc. L. N. Warnek: Angioma hypertrophicum m. recti
abd. Odbitka z „Lietop. Chir. Obszcz.” 1896.

Prof. d-r St. Szcz. Zaleski: E. Zweckmäss. Verfahren z. Bestimmung d. Kohlensäure in belieb. Tiefe wenig zugänglich Behälter von Säuerlingen. (Odb. z Chemiker Ztg. 1896).

D-r S. Kramsztyk i A. Fruchtman: O karmieniu i sztucznem żywieniu niemowląt, oraz o badaniu mleka i wyborze mamek. Odbitka ze „Zdrowia.”

I. Saks (Łódź): O krwawieniach z macicy. (Odb. z Med.).

D-r med. M. Brunner: O promieniach Röntgen'a i o röntgenografii w zastosowaniu do medycyny. (Odb. z Gaz. Lek.).

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Józef Jaworski. Mors sub menstruatione ex anaemia, 843.—II. D-r Kazimierz Niedzielski. Rak odbytnicy, 846.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Patologia i medycyna wewnętrzna. 356. D-r Pick. O zapaleniu kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, 853.—357. F. Crämmer. Leczenie wrzodu okrągłego żołądka dużemi dawkami bizmutu, 855. — 358. Stukowenkow. Uproszczony sposób wykrycia minimalnych ilości rtęci w moczu, 857. — 359. Prof. Buchner. Przyczynek do higieny odzieży, 858.
- I. Choroby nerwowe. 360. Gilles de la Tourette. Rozpoznawanie i leczenie nerwobólów twarzy oraz leczenie migreny, 860.
- III. Choroby wieku dziecięcego. 361. E. Meyer. O chorobie Barlow'a, 867.—362. Prof. I. Renaut (Lyon). O leczeniu rozlanych nieżytów oskrzeli u dzieci kąpielami gorącymi, 868.
- IV. 363 — 366. Wiadomości pomniejszych, 869.
- Bibliografia, 870.—Odcinek, 872.—Kronika bieżąca, 878.—Nekrologia, 881.

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

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

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen=
und
Guber Quelle
eisenhaltiges
Mineralwasser
SREBRENICA IN BOSNIEN.

Według chemicznego rozbioru
uskuteczniłonego przez c. k. Pro-
fessora Chemii Lekarskiej, Radcy
Dworu Ernesta Ludwiga woda
ta w 10.000 części zawiera
na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu zel. 3,734.

Wyłączne prawo wysyłki posiada firma
Heinrich Matoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

SZCZAWNICA.

Przy Zakładzie hydropatycznym na Miedusiu
zaprowadzono

PENSYONAT

cały rok otwarty,

z komfortem urządzony (wodociągi, oświetlenia elektryczne i t. p.
na wzór szwajcarski, z opłatą od 3 zhr. 50 cnt. na dobę
od osoby za wszystko.

D-r Kołaczkowski,

właściciel i kierownik zakładu.

Mam zaszczyt donieść WW. PP. Doktorom, że będąc
w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać
WW. PP. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych
najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindeajgi le-
karskie (od rs. 4.50). Stetoskopy (od kop. 50). Młotki perkusyjne (od rs. 1).
Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specuła
(od kop. 30). Katatery brązowe (od kop. 15). Nelatona (od kop. 30), jedwab-
ne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od
rs. 2, 25), Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a
(od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne.
Narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe, do jamy ustnej i nosogardzie-
lowej, do badania krtani, do gardzieli i przelyku, moczopłciowego, ginekolo-
giczne, akuszerskie etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe.
Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę
Aparaty Soxhleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspenso-
ria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc.
etc. oraz przyjmuję reparacye. **J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia:
Marszałkowska 114, Telefonów Nr. 704.** Wysyłka pocztą za zaliczeniem.