

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r Leopold Steinsberg.* Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie—str. 377. II. *D-r Alfred Heiman.* Z praktyki otiatrycznej—str. 385.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia.* 219. *Mosetig-Moorhof.* Kostna wstawka jodoformowa—str. 388. 220. *Blake.* Wartość rozpoznawcza twardości powłok brzusznych—str. 390. 221. *Petersen.* Przyczynę do mechanizmu stopy płaskiej—str. 391. 222. *Schmidt.* Przyczynę do leczenia dyetetycznego i operacyjnego zgorzeli—str. 392. II. *Akuszeryja.* 223. *Alexandrow.* Niedrożność kiszek po laparotomii—str. 393. 224. *Zangemeister.* Rozszerz. szyi resp. ujścia macicznego w macicy ciężarnej lub rodzącej za pomocą instrumentów—str. 393. 225. *Semon.* Powikłania porodu przez torbiel jajnika—str. 395. 226. *Ahlefelder.* Przyczynę kliniczną i anatomiczną do gruźlicy narządów płciowych kobiecych—str. 396. 227. *Untilow.* Pielęgnowanie pępka noworodka—str. 396. 228. *Kraus.* Wykazanie obecności gonokoków w głębokich warstwach ściany jajowodu—str. 397. 229. *Müllerheim.* Przyczynę do infantyliizmu—str. 397. III. *Choroby nosa, uszu i gardła.* 230. *Réthy.* O operacji doszczętej od strony nosa ciężkich ropień w zatoce szczękowej—str. 399. 231. *Alt.* Cierpienia nerwu słuchowego po nadmiernem użyciu wysokości i nikotyny—str. 399. 232. *Gluck.* Wyniki chirurgii tegoczesnej w cierpieniach gardzieli, krtani i tchawicy—str. 400. IV. *Z Tow. Lek. Angielskich*—str. 401. V. *Z Tow. Lek. Lubelskiego (dokończ.)*—str. 402. VI. *Płockie Tow. Lekarsk.*—str. 411. VII. *Z Tow. Hygienicznego*—str. 413. VIII. *Odcinek: Wrażenia z praktyki wiejskiej (dokończ.)*—str. 419. *Kronika bieżąca*—str. 423. *Zmarli*—str. 425. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 10. I. *D-r L. Steinsberg.* Du traitement des maladies du coeur à Francensbad—p. 377. II. *D-r A. Heiman.* Deux cas du pratique otiatrique—p. 385.

I. DALSZE UWAGI

O LECZENIU CHORÓB SERCA W FRANCENSBADZIE.

Podał

D-r Leopold Steinsberg

lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

W numerze 1-szym „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1901 omówiłem zasób środków leczniczych, a w szczególności kąpiele gazowe, sto-

sowane w Francensbadzie w leczeniu chorób narządów krążenia. Jako pierwszy zapoznałem wówczas Kolegów z techniką tego leczenia zdrojowo-kąpielowego i wykazałem, że wobec takich samych warunków leczniczych Francensbad — przy wyborze zdrojowiska zakrajowego — w niczem Nauheimowi nie ustępuje i że może nawet wobec bliższego położenia, a mniejszego przepelnienia kuracuszami zasługuje na pierwszeństwo przy wysyłaniu chorego do leczenia kąpielowego. Ówczesne wskazówki wydały plon obfity. Przyływ sercowych chorych, w szczególności z różnych stron Polski zwiększa się do Francensbadu z roku na rok, a zważywszy, iż niejednokrotnie i to bardzo dosadne dodatnie wyniki lecznicze u chorych tych osiągnąć się dały, żywią niepłonną nadzieję, iż nowe to wskazanie stanie na jeszcze trwalszych, niż dotychczas podwalinach, wpływając bezsprzecznie na dalsze zwiększenie się frekwencji do tego zdrojowiska.

Mając to na oku, uważam za obowiązek podać do wiadomości dalsze wskazówki i myśli przewodnie, któremi się kierujemy przy przyrządzaniu i zastosowaniu kąpeli gazowych, równocześnie omówić ich wpływ na ustrój i na narząd krążenia oraz poczynić ściślejsze wnioski co do wskazań leczniczych dla pojedynczych grup chorobowych. Nie omieszkam przy sposobności tej wskazać i na dalsze czynniki leczenia fizykalnego chorób serca, które w kombinacji z leczeniem kąpielowem częstokroć stosować nam wypada.

Wiadomo, iż główną rolę w leczeniu chorych z cierpieniami sercowymi w Francensbadzie odgrywają, jak i w Nauheimie, kąpiele, zawierające kwas węglowy. Pełna jego zawartość w wodach mineralnych francensbadzkich wynosi przeszło 1500 cm³ na litr. Wychodząc z założenia, zresztą ogólnie uznanego, iż główna wartość tych kąpeli zależy tylko od ścisłego regulowania i ścisłego dozowania podniety na skórę w myśl osobniczych potrzeb chorego, utworzono pewne typy tych kąpeli z uwzględnieniem zawartości kw. węglowego. Droga różnego sposobu ogrzewania i rozcieńczania otrzymać można silniej lub słabiej działającą kąpiel. Także dodatek solanki w większej lub mniejszej ilości modyfikuje wartość kąpeli, nie tyle w celu obniżenia wpływu kwasu węglowego, ile że solanka siłą jego do pewnego stopnia łagodzi. O typach tych wszystkich referowałem już we wspomnianym moim artykule; dzisiaj chciałbym tylko dodać, iż analizy chemiczne prof. Gintla z Pragi, przeprowadzone w roku ubiegłym, potwierdziły w całej osnowie wartość poszczególnych rodzajów kąpeli, oznaczonych, jak dotychczas, drogą empiryi. Wyniki tych analiz są następujące:

| K A P I E L | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | termalna № 3 | termalna № 2 | termalna № 1 | termalna B | wirowa |
| o temper. 26° R. zawiera na 10000 gr. wody: | | | | | |
| ogółem kw. węglowego | 3.9094 gr. | 6.7196 gr. | 8.2751 gr. | 10.9757 gr. | 11.3455 gr. |
| z tego związanego . . | 0.9499 „ | 1.2409 „ | 1.4703 „ | 1.8662 „ | 1.8931 „ |
| na pół związanego . . . | 0.9499 „ | 1.2409 „ | 1.4703 „ | 1.8662 „ | 1.8931 „ |
| a więc wolnego CO ₂ . | {2.0096 „ (=1143.6 cm ³) | {4.2378 „ (=2411.7 cm ³) | {5.3345 „ (=3035.9 cm ³) | {7.2433 „ (=4122.2 cm ³) | {7.5593 „ (=4267.2 cm ³) |
| czyli na 1 m ³ wody wolnego kw. węglow. | 114.36 l. | 241.17 l. | 303.59 l. | 412.22 l. | 426.72 l. |

Z zestawienia tego widzimy, iż różnica między poszczególnymi rodzajami kąpieli gazowych waha się co do zawartości kw. węglowego w przecięciu od 60 do 100 litr. (6000—10,000 dm³) na 1 m³ wody. Różnice te uwydatniają dosadnie, z jaką ścisłością matematyczną są przyrządzane i stopniowane kąpiele francuskie, stosowane w terapii schorzeń serca. Chciałbym i na to zwrócić jeszcze uwagę, iż przygotowanie, wzgl. preparowanie kąpieli odbywa się automatycznie w osobnych szczelnie zamkniętych przyrządach, tak, że woda źródłana aż do chwili, w której jako gotowa kąpiel do wanny splywa, nigdzie z powietrzem się nie styka; sposób ten daje rękojmię, że każdorazowa kąpiel tego samego typu jednakowo wypadnie, t. j. tę samą, a już z góry unormowaną, ilość kw. węglowego zawierać będzie. Wobec tego łatwo stosować kąpiele takiej siły, jaka odpowiada każdorazowemu stanowi narządu krążenia, a więc wedle potrzeby, w celu oszczędzania, uspokojenia serca i ulżenia mu pracy, lub innym razem w celu ćwiczenia i wzmocnienia serca przez podniesienie ciśnienia krwi i t. d. Kiedy tak lub owak postąpić trzeba, da się tylko w przybliżeniu określić; zależy to od oceny ogólnego stanu chorego, od postaci cierpienia, od ciągłej kontroli tętna co do jego ilości i jakości, od czynności oddychania, od analizy ilościowej i jakościowej moczu, a, co najważniejsza, od ścisłego spostrzegania ciśnienia krwi. Jest ono dla nas każdorazowym drogowskazem, jak dalek działać wypada, czego użyć, a czego się strzedz należy. Przy leczeniu chorób narządu krążenia kąpielami gazowymi główną uwagę na to zwrócić należy, by praca, którą serce ma wykonać, stała we właściwym stosunku do jego uzdolnienia. Że więc osłabionego serca przepracować, to jest granicy tego uzdolnienia ani na chwilę przekroczyć nie wolno i że podniety nie bezładnie, lecz równomiernie stosować należy. W uwzględnieniu tych okoliczności

uda się prawie zawsze z korzyścią podzielać na stan chorego, pobudzić cały ustroj jego do żywszej czynności, pokrzepić serce, przysporzyć mu nowych sił zapasowych i spotęgować jego czynność.

To działanie kąpeli gazowych objawia się przedewszystkiem pod wpływem kwasu węglowego i solanki jako swoistych bodźców chemicznych na skórne zakończenia nerwów czuciowych przez wywołanie na drodze oddechowej wzmoczenia funkcji organizmu jako reakcji na poprzedzające obniżenie tęczy w czasie trwania kąpeli. Najwybitniejszym dowodem tej fazy, rzekłbym „czynnościowego minimum“, jest opadnięcie temperatury w odbyticy, która każdorazowo w kąpeli gazowej o temperaturach zwykle stosowanych po wystąpieniu rozszerzenia naczyń skórnych skonstatować można. Łącznie z tem uledek musi przemiana materii obniżeniu, co znów znaczy, że i praca serca, która zależną jest od niej, się obniża. To „oszczędzanie“ organizmu uwidacznia się, zresztą, także i w kąpielach zwykłych o temperaturach t. zw. obojętnych (około 34°C), jeśli, jak to Winternitz wykazał, energicznie nacierać skórę, przez co następuje rozszerzenie naczyń włosowatych. Temperatura wewnętrzna (w odbyticy) obniża się, wykazać można, iż równomiernie z tem zmniejsza się przyjmowanie tlenu i wydzielanie CO₂, a więc obniża się przemiana materii. To jednak, co w kąpeli zwykłej jest dopiero skutkiem masażu, to uskutecznia kąpiel gazowa jako taka przez chemiczno-mechaniczny masaż kw. węglowego i solanki w formie dla chorego najprzyjemniejszej i najrównomierniejszej. Szczególne znaczenie kąpeli gazowych polega na szybkości wystąpienia odczynu w skórze w postaci równomiernego rozszerzenia naczyń włosowatych (zaczerwienienie skóry), przez co samo już krew z łatwością przedostaje się ku obwodowi ciała, a tem samem praca serca się obniża. Łącznie z tą reakcją wywiera jednakże odruchowe podrażnienie nerwu błędnego na zmianę funkcji serca bodaj czy nie najważniejszy wpływ. Spostrzegane zwolnienie ruchów serca, zwiększenie energii mięśnia sercowego i podniesienie ciśnienia krwi tłomaczyć należy tym wpływem, a objawy te uwydatniają się tem silniej, im chłodniejsza jest kąpiel, im więcej zawiera kwasu węglowego, t. j. im większe są wspomniane podniety zewnętrzne. Łącznie z przyspieszeniem przemiany materii, zaczem idzie ogólnie mówiąc, wytwórczość i uruchomienie sił wewnętrznych w organizmie, należy rzekoma poprawa funkcji serca do najważniejszych wyników leczenia kąpielami gazowymi. Poprawa ta jest stała, dłużej trwająca, niż przy stosowaniu kąpeli zwykłych, omijając już i tę właściwość, iż w kąpeli gazowej występuje reakcja o wiele prędzej

i wybitniej, a ze względu na działanie kwasu węglowego, jako momentu masażu chemicznego, najogólniej i najprzyjemniej dla chorego.

Biorąc pod uwagę działanie poszczególnych typów kąpeli gazowych francensbadzkich, zauważamy, iż kąpiele o małej zawartości kw. węglowego (k. termalna № 3, 2 i 1) i o temperaturach 27° — 25° R. (33.7° — 31.2° C.) zmieniają głównie bezpośrednio pracę serca przez czynne rozszerzenie naczyń obwodowych. Jest to już bardzo ważny moment leczniczy, gdyż krew z powodu zmniejszonego oporu na obwodzie ciała łatwiej się tamże przedostaje, a, co niemniej, ważne ochłodzona nazad do wnętrza spływa. Warunki takie przyczyniają się, oczywiście, bardzo do ulżenia pracy sercu osłabionemu z powodu długotrwałych nadmiernych wysiłków i do uspokojenia go. Mimo, iż kąpiele te nie okazują jeszcze znaczniejszego wpływu odruchowego na czynność serca (przez podrażnienie n. błędnego), można u chorych już w tem stadium zadziałania zauważyć polepszenie sprawności serca, które szczególnie uwidocznia się w zmniejszeniu się istniejących zastoin, w polepszeniu tętna, ciśnienia krwi i t. p. Rozejrzawszy się w zdjęciach sfigmograficznych, zauważymy obok zmian w częstotści tętna zmiany w jego jakości. Przy zwiększeniu się wysokości fali tętna występują na ramieniu zstępującem wybitniejsze wyniosłości, odpowiadające falom drugorzędnym, co dowodzi, że rozkurreze serca są dłuższe, a więc umożliwiona jest dla niego dłuższa faza wypoczynku, a praca jego jest energiczniejsza i produktywniejsza. Zmiany te występują coraz wybitniej, w miarę stosowania kąpeli o średniej zawartości kw. węglowego (200—300 l. na 1 m^3 wody), a tem samem w miarę silniejszego działania podnieć na ośrodki nerwowe. Już poprzednio wskazałem na to, że i w tej grupie kąpeli, jak w każdej innej przez stosowanie temperatur niższych i przez stopniowe obniżanie zawartości solanki, wzgl. przez wylimitowanie tejże, energiczniej na serce działać możemy. Skorośmy wykryli, iż na tej drodze postępowego zwiększania podnieć nastąpiła tak podmiotowa, jak przedmiotowa poprawa chorego, przejść możemy do kąpeli o pełnej zawartości kw. węglowego (do 400 l. na metr sześć. wody), obniżając i tu powoli i w miarę potrzeby coraz to więcej jej temperaturę. Przy przejściu do tej grupy, chcąc zachować wszelką ostrożność, posługiwać się należy jeszcze dodatkiem solanki, jako łagodzącej, jak wspomniałem, siłę kąpeli, a usuniemy ją natychmiast, gdy serce bez szwanku zniesie to silniejsze działanie. Ta druga faza leczenia ma dla mięśnia sercowego znaczenie ćwiczenia, gimnastyki i spotęgowania jego czynności, stwarzając w przedłużonych rozkurrezach warunki do lepszego odżywiania przez tętnice wieńcowe względnie do wzrostu jego

miąszu. Nie bez znaczenia jest również zachowanie się czynności oddychania pod wpływem tych podniet. Oddechy stają się bowiem wolniejsze i głębsze, a tem samem poprawia się utlenianie krwi. Przy końcu leczenia, skoro przywrócono już równowagę narządowi krążenia i przysporzono sercu nowych sił zapasowych, stosować można także w miarę potrzeby kąpiele wirowe o niższych stopniach (nawet do 23° R.) i o sumie już bardzo znacznych podniet chemicznych i termicznych. Jeszcze wspomnieć wypada, iż także stopniować należy czas trwania poszczególnych kąpielei (zwykle od 5—20 minut) oraz zwrócić uwagę na odpowiednią ilość dni wolnych. Całe leczenie obejmuje okres 4—6-tygodniowy, poczem chory wypocząć powinien w pięknym i zacisznym uzdrowisku. Jeszcze w tym samym sezonie, lub najpóźniej w przyszłym należy leczenie powtórzyć.

To byłby w krótkości schemat leczenia chorób serca kąpielami gazowemi. By nie narażać serca na zbytne wysiłki, należy tylko stopniowo stosować podniety, gdyż każde radykalniejsze postępowanie mogłoby, wobec zmniejszonej już z góry sprawności mięśnia sercowego i wywołanych ze znacznem nasileniem zmian w krążeniu, być tylko zgubnem dla chorego. „Festina lente“ jest tu dewizą właściwą, a jak już wspomniałem, powinna ścisła kontrola wszystkich warunków, a w szczególności tętna i parcia krwi być zawsze drogowskazem, jak postępować należy. Za daleko by prowadziło i trudnem by nawet było zestawić dokładny program leczniczy dla poszczególnych grup chorobowych. Leczenie przeprowadzić należy z wszelką ostrożnością i w myśl osobniczych potrzeb chorego, a więc prawie u każdego inaczej. Mimo to daje się dla pewnych grup ściślejsze postępowanie unormować.

Wyż omówiony stopniowy sposób leczenia, począwszy od najłagodniejszych kąpielei, stosować można we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi *niedomoga mięśnia sercowego* po przebytych chorobach zakaźnych lub *rozstrzeń serca* na tle niedokrewności i blednicy. W równym stopniu stosować należy to leczenie w *zmianach w narządzie zastawkowym serca*, w pierwszym rzędzie przy utrzymanem jeszcze wyrównaniu, jednakowoż i przy braku wyrównania, lecz nieco ostrożniej. Osiągnąć tu można zawsze znaczną poprawę, jak ustąpienie obrzęków, nierównego tętna i duszności, zmniejszenie się rozmiarów serca, podniesienia się napięcia naczyń i lepszej sprawności wszystkich narządów. Pod tym względem pozwala z grupy wad zastawkowych serca względnie najkorzystniej rokować *niedomykalność zastawki dwudzielnej* i *zastawki tętnicy głównej*. Przy wadach dobrze wyrównanych można nawet często zaraz z początku zastosować kąpiele

silniejsze o zawartości średniej ilości kw. węglowego i odpowiednio chłodniejsze. Wskazane jest dalej stosowanie zabiegów „ćwiczących“ w nadmiernej ogólnej otyłości, przy niedomodze serca powstałej z niestosunku między niem a krążeniem obwodowym. Z ostrożnością działać wypada przy zmianach degeneracyjnych mięśnia sercowego z miażdżycy tętnie wieńcowych; forsowniej leczyć należy niedomogi serca z przewlekłego zatrucia alkoholem i nikotyną. We wszystkich powyższych przypadkach można osiągnąć bardzo dobre i trwałe, a częstokroć nawet zadziwiające skutki. Gorzej ma się rzecz z wadami i schorzeniami serca skombinowanemi, przy których w regule ograniczyć się musimy do postępowania ostrożnego i łagodnego kąpiei najniższej i średniej wartości; jednakowoż i tu uzyskać można poprawę znaczną, choć nie tak dosadną i trwałą, jak w innych razach. Ogólna miażdżycza tętnic pozwala jedynie w pierwszych jej początkach korzystnie rokować. Należy jednakowoż przy leczeniu kąpielowem zwrócić baczną uwagę na towarzyszące jej wysokie ciśnienie krwi i dlatego stosować tak długo kąpiele gazowe o słabej i średniej zawartości CO₂, jak długo napięcie naczyń się nie zmniejszyło. Dopóki ta reakcja nie wystąpiła, dopóty nie wolno stosować silniejszych podniet na skórę. Zmniejszenie się parcia krwi wskazuje, że udało się jeszcze znaczną część naczyń obwodowych chorobowo małą, lub jeszcze niezmiennych bezpośrednio rozszerzyć, przez co zmniejszyły się opory na obwodzie i obniżyła się praca serca. Wtedy dopiero stosować można silniejsze kąpiele gazowe. Przy daleko posuniętej ogólnej miażdżycy nie uda się wcale, lub tylko bardzo powoli obniżyć pracę serca i to tylko kąpielami łagodnie działającymi; to też rokowanie tutaj niekorzystne względnie, będzie niekiedy nawet przeciwwskazane stosowanie wymienionych zabiegów. W przebiegu marskości (zapalenia śródmiąższowego) nerek rzadko osiągnąć można, a to z tych samych przyczyn wybitniejszą poprawę.

Niewolno zapomnieć i o innych czynnikach leczniczych, które, właściwie użyte, w kombinacji z leczeniem kąpielowem niepospolite usługi oddają chorym na cierpienia sercowe. Zaliczamy tutaj przede wszystkim *gimnastykę czynną*. Rozumiemy przez to wykonywanie ruchów prostych, jak podnoszenie i opuszczanie kończyn górnych, zginanie, wyprostowywanie kończyn dolnych, ruchy tułowia i t. d., przyczem chory zważać musi na spokojny i wydatny wdech i wydech. Przy t. zw. *gimnastyce odpornej* zaś zwalcza chory opór wykonawczy bądź to ręką lekarza, bądź też przyrządami. Zadanie gimnastyki polega na polepszeniu krążenia, szczególnie żylnego, sprowadzając tem samem dla serca ulgę w jego pracy; stopniowe ćwiczenia skrzepiają

także mięsień sercowy, zwiększają jego energię i uzdalniają go do niezbędnego przerostu. Przy stosowaniu gimnastyki wogóle zważać trzeba na okoliczność, iż odbywać się ona powinna tylko w granicach sprawności siły oddechowej i rozciągliwości serca, gdyż w razie przeciwnym spowodować można przepracowanie mięśnia sercowego ze zglubnymi dla niego następstwami. W przebiegu wyrównanych wad serca, stłuszczenia i otłuszczenia mięśnia sercowego i t. p. gimnastyka, ściśle dozowana, oddaje znakomite usługi; przeciwwskazaną zaś jest w przypadkach znacznego osłabienia serca, np. u ozdowieńców, dalej w przebiegu świeżych nawrotów zapalnych na zastawkach i osierdziu, przy znacznej miażdżycy tętnic i t. d.

Do zabiegów mechanicznych zalicza się także *mięsienie*, stosowane bądź to na całym ciele, bądź też stopniowo na coraz to innych częściach ciała. Jako czynnik pomocniczy oddaje, lekki i ostrożnie przeprowadzony, masaż często świetne usługi przy schorzeniach serca, np. przy miażdżycy tętnic. Oertel zaleca t. z. *masaż serca*, polegający na tem, iż przez zwiększenie ucisku przy wydechu na powierzchnię mięśnia sercowego wzrasta bezpośrednio jego energia. O wiele dogodniej uzyskać to można opukiwaniem okolicy serca lub grzbietu, a widziałem niekiedy po takiej 2 minutowej procedurze bardzo znaczne zwolnienie ruchów serca. Także lecznicze *ćwiczenia na terenie wznoszącym się* stosować można z dobrym skutkiem w przypadkach, w których serce posiada jeszcze dostateczne siły zapasowe. Przy otłuszczeniu i nerwowych zaburzeniach serca osiągnąć można znakomite wyniki. Dla celów mechanoterapeutycznych wystawiono w Francensbadzie w roku ubiegłym zakład zaopatrzony w znakomite przyrządy systemu Herza.

Wypada nam jeszcze wspomnieć, iż przy leczeniu schorzeń narządu krążenia w Francensbadzie, chętnie posługujemy się podawaniem wód mineralnych, gdy się rozchodzi o równoczesne działanie na towarzyszące komplikacje, szcaw alkaliczno-słono-żelazistych. W przypadkach utrudnionego krążenia powinno się na to zwrócić uwagę, by ilość dziennie podanych płynów nie przekroczyła 2 litrów; ta też ilość wody mineralnej tylko w tych granicach się wahać może. Także *dyetę* chorego uwzględnić należy; przystosowana ona być powinna do swoistych jego potrzeb.

Należy mi jeszcze nadmienić, że i stosunki *terenowe* i *klimatyczne* Francensbadu odpowiadają wszelkim wymaganiom i potrzebom chorych na serce. Zdrojowisko to zaciszne położone jest wśród olbrzymiego parku na terenie, lekko ku południowi pochyłym, zresztą całkiem równym, 450 mtr. nad p. m. Pograniczne lasy chronią miej-

scowość od zimnych wiatrów i burz; klimat jest umiarkowany, a powietrze czyste i łagodne. Średnia temperatura wynosi w miesiącach kąpielowych od maja do września 15.2 C., średni stan barometryczny 723.1 mm.

To byłyby pokrótce zarys najglówniejszych czynników leczniczych, stosowanych z korzyścią w Francensbadzie w przebiegu leczenia chorób narządu krążenia. Ścisłem dozowaniem i ogólnem stosowaniem każdego z nich z osobna oraz—gdzie tego potrzeba—umiejętnem i systematycznym ich kombinowaniem daje się prawie zawsze uzyskać poprawę u chorych, a ułatwia to okoliczność, iż wszelkie warunki po temu dane są w Francensbadzie w jego urządzeniach, mogących śmiało konkurować z urządzeniami w najwięcej uznanych zdrojowiskach dla chorych sercowych. Mam tu szczególnie na myśli Nauheim. Dawne mniemanie, jakoby tylko tamtejsze kąpiele gazowe i solankowe wywierać potrafiły swoisty wpływ na narząd krążenia, jest już ogólnie porzucone. Dzisiaj chyba każdy osądzi, iż sławę Nauheimu ugruntowali raczej tamtejsi lekarze, którzy zbiegiem lat stali się specjalistami chorób sercowych. Nie uszczuplając zresztą, w niezem znaczenia, jakie sobie zdobyło to zdrojowisko w leczeniu tych chorób, nieodzowną jest rzeczą zaznaczyć, iż *wszędzie, gdziekolwiek tylko wydoskonalono technikę kąpeli gazowych, leczyć można choroby narządu krążenia równie umiejętnie i z równie dobrymi wynikami*. Przełom ten uwidocznia się też coraz więcej w świecie lekarskim.



II. Z praktyki otiatrycznej.

I. Wszystkie prawie materyały, z których są wyrabiane błony bębenkowe sztuczne, posiadają te jednakowe wady, że drażniąc błonę śluzową wywołują ropienie. Najwięcej jeszcze nadaje się do tego użytku zwyczajna wata, co już w roku 1852 było zastosowane przez *Jearsley'a*, a później i przez *Miot'a*. Niejednokrotnie się przekonałem, że o ile wata była przedtem zwilgocona (jak tego chcą pierwsi wykonawcy), o tyle w bardzo krótkim przeciągu czasu powstawało w uchu ropienie, gdy tymczasem sucha wata przez długi czas nie wywoływała żadnej reakcyi. Z drugiej znowu strony, *ropienie występowało zawsze, skoro tylko podobne błony bębenkowe sztuczne*

były zakładane do obu uszu. Objaw ten spotykałem we wszystkich przypadkach obustronnych przedziurawień lub braków błony bębenkowej. Aby się przekonać o stałości tego objawu, zwróciłem nań baczniejszą uwagę. W dwu przypadkach w kilkanaście dni po ustaniu ropienia z uszu, założyłem do jednego ucha cieniutki kawałek waty, składający się prawie z oddzielnych włókien. Ucho znosiło tę błonę doskonale w jednym przypadku 2 miesiące, w drugim przeszło 3, przyczem ropienia nie było ani śladu i słuch poprawiał się znakomicie. Chcąc uzyskać poprawę słuchu i w drugim uchu, a także *experiendi gratia*, założyłem podobny kawałek waty i do ucha drugiego. Po 2—3 dniach wystąpiło nagle ropienie najpierw w jednym, a później w drugim uchu. To samo widziałem we wszystkich podobnych przypadkach, zazwyczaj w kilka dni po założeniu błony i do drugiego ucha, gdy tymczasem w jednym uchu nie wywoływała ona żadnego odczynu.

Czemu przypisać podobne zjawisko, pozostaje dotychczas dla mnie niewytłomaczonym, być może, że wchodzi tutaj w rachubę kwestya wentylacyi ucha, fakt ten jednakowoż pozostaje niezbitym, i dzisiaj, korzystając z doświadczenia, nie stosuję błon sztucznych do *obu* uszu jednocześnie. Wzmianki o tym objawie nie udało mi się nigdzie odnaleźć.

II. Chora, lat 32, skarży się na silne bóle w prawem uchu i prawej połowie głowy, które wystąpiły nagle przed dwoma dniami po kąpielu. Od dzieciństwa po szkarlatynie ma wyciek ropny z ucha, który od czasu do czasu to ustaje zupełnie, to znów występuje nagle bardzo obficie. Bólów ucha chora wogóle nie miewała, przed paru laty tylko dostała odrazu gwałtownego strzykania w uchu, które po kilku dniach przeszło. Z wystąpieniem obecnie bólów ropienie z ucha ustało, gdy tymczasem od paru tygodni przed zaostreniem stanu choroby, ropa z ucha wydzielająca się. Chora zauważyła, że razem z ropą od 1½ roku wydzielają się z ucha jakieś białe skórki.

Badanie ucha wykazuje silne obrzmienie tylnogórnej części przewodu zewnętrznego, silną bolesność wyrostka sutkowego i *squamae temporalis*. Założenie wziernika sprawia chorej ból. Przy odchyleniu tylnogórnej części przewodu zewnętrznego słuchowego, daje się zauważyć powierzchnię białą, składającą się z błyszczących łusek.

Badanie słuchu ucha chorego wykazuje zniesienie przewodnictwa powietrznego dla zegarka i kamertonu, przewodnictwo zaś kostne zachowane.

Chora robi wrażenie ciężko chorej: język obłożony, *factor ex*

ore, brak zupełny apetytu, mdłości, obstipatio alvi, dreszcze; t° 39°, 2. Tętno 120.

Widząc, że mam do czynienia z ciężkiem powikłaniem sprawy ropnej ucha środkowego, zaproponowałem chorej poddanie się operacyi, lecz chora na nią pod żadnym warunkiem zgodzić się nie chciała. Natenczas, aby przynieść jej jakąkolwiek ulgę, starałem się za pomocą przeszprycowania ucha, co sprawiało chorej ból nie do wytrzymania, wydostać łuski nazewnątrz i część tych mas wymyłem. Były one koloru biało-żółtego. Przy badaniu ucha w dolnym tylko odcinku po za opadniętą ścianą ukazał się wązki pasek obrzmiałej śluzówki jamy bębnekowej. Oprócz tego przemyłem jamę bębnekową przez trąbkę Eustachiusza, sprawiło to chorej pewną ulgę i zaleciłem do ucha karbol z gliceryną, pijawki i lód na wyrostek sutkowy, a do wewnątrz salicylan sodu po 0,4 gr. co 2 godziny.

Dnia następnego chora czuła się nieco lepiej. Bolesność wyrostka i kości w jednakim stopniu. P. 110, T° 38°, 9. Po przemyciu ucha wydostały się znowu nazewnątrz łuski błyszczące. Terapia pozostała bez zmiany przez 2 dni następne, przyczem bóle w uchu i głowy zmniejszyły się.

Piątego dnia stan chorej był znośny. Nocy poprzedniej trochę spała. Ból głowy zmniejszył się, jako też bolesność wyrostka sutkowego. Przeszprycowano ucho parę razy dość silnym strumieniem, wtem wyskoczył z ucha kłębek wielkości orzecha laskowego, składający się z łusek, ułożonych warstwami na kształt cebulki koloru białego. Chora odrazu czuła ulgę¹⁾.

Badanie ncha potem wykazało brak całej dolnej i tylnogórnej połowy błony bębnekowej i bardzo obrzmiałą błonę śluzową. Jama bębnekowa znowu została przemyta od strony trąbki, do ucha zalecono roztwór Natrii tetraborici, salicyl i lód w dalszym ciągu. Od tego czasu stan chorej z dnia na dzień się polepszał i po 10 dniach wszelkie objawy znikły, pozostało jedynie nieznaczne ropienie z ucha.

Przypadek ten spostrzegalem 2 lata temu i od tego czasu co jakie 3—4 miesiące mam sposobność kontrolowania chorej. Ani razu przez ten czas nie zjawiały się podobne groźne objawy, ani razu nie zauważyłem wydzielania się mas perlistych. Chora czuje się doskonale; ropienie z ucha ustało zupełnie, słuch się poprawił.

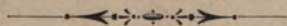
1) Badanie mikroskopowe ciała, które się wydostało nazewnątrz, wykazało budowę guza perlistego.

Identyczny przypadek spostrzegalem kilka tygodni temu u młodego człowieka, lat 22, u którego objawy wystąpiły z jednakową siłą, jak u opisanej chorej, także po kąpieli. Guz w ten sam sposób po 4 dniach usunięty został, i w przeciągu 2 tygodni stan zdrowia chorego zupełnie się poprawił. Zarówno w jednym, jak w drugim przypadku mieliśmy do czynienia z cholesteatomatem ucha środkowego, umiejscowionym w uchyłku, jako następstwem zapalenia ropnego przewlekłego. Prawdopodobnie przedostanie się wody do ucha spowodowało napęcznienie guza, a stąd zastój ropy. Tem samym objaśnić się dadzą gwałtowne objawy, szczególnie ból w odpowiedniej połowie głowy.

Co się tyczy pierwszego przypadku to twierdzić można napewno, że guz wydzielił się zupełnie, co zaś do drugiego, dziś jeszcze rozumiem się, jest trudno coś podobnego zawyrokać.

Oba te przypadki zasługują na uwagę, ponieważ pomimo groźnych objawów, pomimo bezwarunkowego wskazania do operacji doszczętniej, miały zakończenie pomyślne bez zabiegu chirurgicznego.

Alfred Heiman (syn).



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

219. Mosetig-Moorhof (Wiedeń). **Kostna wstawka jodoformowa.** („Die Jodoformknochenplombe“. Zentralbl. für Chirurgie № 16. 1903).

Użyteczność wstawki kostnej, zastosowanej w niektórych zabiegach chirurgicznych, jest aż nadto oczywistą, wiadomo bowiem, jak marnie idzie sprawa gojenia w wytworzonych sztucznie, na pół obumarłych jamach, dających zazwyczaj długotrwałe ropienie i obrzydliwą bliznę głęboką. Z drugiej znów strony, wynalezione dla usunięcia braków tych, plomby kostne nie sprawdziły, wogóle, pokładanych w nich nadziei; sprawa zapalna wyrzuca nieraz z powrotem takie plomby, o co winić należy bądź niedokładności techniczne, bądź gatunek obieranego dla wstawki materiału. Tu pamiętać musimy, że najpierwszym na niwie tej warunkiem powodzenia jest, było i będzie jak najściślejsze wyjałowienie przeznaczonych do plombowania jam kostnych. Zatoka gnilna, po zoperowaniu np. zgorzeli lub ropnia, nie da się wyjałowić ani przez działanie środków przeciwnilnych, ani za

pomocą łyżki ostrej, płukania lub zlewań wrzątkiem; zatoka stanie się aseptyczną wtedy tylko, gdy ściany jej okrwawimy na świeżo, t. j. gdy wytniemy te ostatnie wraz z okalającą kostniną aż do zdrowej zupełnie istoty kostnej. Arcyzdumny rękoczyn taki, wymagający drobnozłazowości naler wielkiej, uskutecznia się za pomocą ostrych, różnego kształtu i wielkości dłut, pił obrotowych, poruszanych elektrycznością i t. p., przyczem dostęp do chorej kości musi tu być dogodny, cięcie części miękkich—rozległe i w postaci nie pozbawionych związku z okostną płatów; nie szkodzi usunąć kości nawet zbyt wiele i pozostawić tylko utrzymującą jej ciągłość klamrę z mocnej warstwy korowej. Gdy już w ten sposób opracowano, pod uciskadłem Esmarch'a, jamę kości, wypadnie ją splukać jeszcze jednym z antyseptyków: 1% formaliną lub 20% wodą utlenioną i wysuszyć starannie, używając ku temu gorącego powietrza. Wtedy też tylko, gdy jama kostna straci wszelki połysk wilgotnawy, można uważać ją za nadającą się do przyjęcia wstawki; wcześniej nie, bo jest niezbędnem, by ta ostatnia przystosowała się do kości jaknajdokładniej, wypełniając i zamykając hermetycznie szczelinę najmniejszą.

Omawianą tu wstawkę stosujemy w stanie ciekłym, lepkim i w jamie kostnej, dopiero ta ostatnia zastyga stopniowo w bryłę twardą. Plomba zawiera, w stosunku odsetkowym, 60 części jodoformu oraz 40 obrotu i oleju sezamowego. Wszystkie te czynniki składowe, umieszczone razem w wyjałowionej kolbie, ogrzewamy na kąpeli wodnej stopniowo do 80° (w ciągu 15 min.), poczem ciekła ta masa, zdjęta z kąpeli, zastyga po należytem skłóceniu. Wobec ciepłoty pokojowej wstawka ma wygląd twardej bryłki żółtej, którą przed użyciem rozcieńcza się znowu na kąpeli wodnej, do 60° C., skłóca znów dokładnie, celem otrzymania dobrej mleczanki i—nalewa powoli do jamy kostnej aż po brzegi, unikając powstawania pęcherzyków powietrza. Należy zaczekać teraz minut kilka, aby zastygła lepka ta masa, poczem zeszywa się ponad zatoką części miękkie, po uprzednim podwiązaniu, bardzo starannem, wszystkich widocznych naczyń przeciętych. Istniejące już kanały przetok zużytkowuje się, po odpowiednim tychże okrwawieniu, jako drogi, odprowadzające na zewnątrz skąpą z części miękkich ilość wydzieliny; w braku przetok szwy nakładamy zrzadka i zdejmujemy rurę Esmarch'a po dokonaniu opatrunku dopiero. Wreszcie, tam, gdzie potrzeba, stosujemy unieruchomienie.

Zamplombowana jama kostna nie powinna krwawić, ani też dawać wydzieliny. Opracowana w ten sposób przyczynia się niezmiernie do uratowania sprawności kończyny i jest nader skutecznym czynnikiem zachowawczym przy tego rodzaju operacjach, jak osteomyelitis chronica, necrosis, abscessus, cystis ostealis, jak również w przypadkach próchnienia kości i stawów. W obec gruźlicy tychże autor u dzieci usuwa jedynie chrząstkę stawową wraz z najcięższą tafelką kości, a za to wycina jaknajdokładniej torebkę i zwyrodniałe okalające ją części miękkie. Jeżeli na powierzchniach rozpiłowanych znajdują się jeszcze karyetyczne, drążące w głąb ogniska, wyosabnia się je w zdrowej tkance ostrą łyżką in toto, zazwyczaj w postaci stożka,

usuwa następnie precz i braki plombuje. I u dorosłych starać się należy szczerzyć kość, ile możności. Tam, gdzie rezekuje się staw, zatamowanie krwi wykonane być musi jeszcze staranniej, gdyż krwawi wiele naczyń małych po wycięciu torebki. W tym razie po wyplombowaniu jamy lub jam kostnych do wysokości miejsca przepiłowania, zastygłe wstawki pokrywa się kawałkiem złożonego we dwoje papieru gumowego i uciska tamponem z gazy, poczem zdjąć należy uciskać gumowe i ponakładać podwiązki niezbędne. Z kolei usuwa się tampony i papier gumowy obnaża plomby, oczyszcza je z resztek skrzepów, poczem pozostaje tylko przystosować powierzchnie kostne i ranę zeszyć z pozostawieniem krótkich drenów. Powyżej—unieruchomienie zwykłe; gipsu autor nie używa.

Ilość wydzielin, zawsze tylko surowiczej, bywa bardzo niewielką, opatrunek zatem może leżeć bez zmiany aż do zdjęcia szwów skórnych (10—14 dni). Dalsze opatrunki uskutecznią się w takich samych odstępach czasu. Części miękie goją się zazwyczaj per primam i tam tylko, gdzie istnieją braki ich większe, rzecz dochodzi do wytworzenia ziarniny. Niekiedy zleci tu coś niecoś z wolnej górnej powierzchni wstawki. Zabliźnienie zupełne otrzymywano najczęściej po upływie trzech lub czterech tygodni.

Co do losu pozostającej w głębi kości plomby, autor przekonał się, że ta ostatnia zostaje pochłoniętą przez obrastającą ją ziarninę kostną, że zanika bez śladu, a na jej miejscu powstaje kość nowa. Wstawka zatem kostno-jodoformowa jest czasową tylko, radzi naturze w jej horror vacui, siedzi w kości jako „zatkanie dziury“ do czasu wytworzenia się znowu istoty kostnej. Sprawę tę badać można, krok za krokiem, drogą rentgenizacji. Wessanie plomby następuje, rzecz prosta, nader powoli i odpowiednio do powolności rozrostu tkanki kostnej. Po roku np. z dość dużej wstawki w udzie nie pozostało śladu i kość ta odzyskała znów swoje zarysy prawidłowe. Tak powolne wysysanie wyklucza wszelakie obawy co do zatrucia jodoformem; to też wlewano nieraz bezkarnie po 100—150,0 tego środka do jam większych. Metodę tę wypróbował d-r Mosetig na 120 chorych i nie zauważył nigdy wypełnienia lub złego tolerowania wstawki. Wszystkie przypadki zagoiły się bez przetok. *K. Niedzielski.*

220. J. Blake. **Wartość rozpoznawcza twardości powłok brzusznych.** (New. Jork med. journ. № 3. 1903).

D-r B. omawia wartość wyszczególnionego w nagłówku objawu i uważa tenże za objaw najwcześniejszy, przemawiający stanowczo za ciężkim uszkodzeniem otrzewny. Pogląd ten znajduje poparcie w szeregu nader pouczających spostrzeżeń. U 3-ch osobników objaw ten wywołało krwawienie wewnątrzbrzuszne. W jednym z tych przypadków wykonano laparotomię niemal bezzwłocznie; operowany umarł skutkiem ciężkiego uszkodzenia wątroby. W innym znów — w następstwie upadku, wytworzyła się przepuklina pachwinowa, odprowa-

dzona, zresztą, natychmiast; ze względu jednak na nieustające tu bóle mocne, chorego przywieziono do szpitala, w którym jedynie na mocy rigiditatis brzucha rozpoznano uraz wewnątrztrzewnowy i wykonano zaraz operację. Jakoż wykryto krwotok z punktem wyjścia w krezce. Operowany wyzdrowiał. Również wyzdrowiało dwóch chorych, u których doszło do wylewu w głąb jamy brzusznej zawartości kiszek i gdzie napięcie powłok zewnętrznych było wskazówką nader cenną. Ta ostatnia istniała też i w jednym przypadku pęknięcia pęcherza (zakończonym pomyślnie); tu jednak dopiero stwierdzenie braku moczu, po wprowadzeniu cewnika, zniewoliło do wykonania operacji. W przypadkach przewlekłego zapalenia otrzewny zeszywnienia mięśni brzucha niema, znajdowano je jednak w obec rozlanej sprawy zapalnej (peritonitis diffusa). Z powstaniem otorbenia rozległość napięcia znika; to samo zauważa się również i w obec ropni wtórnych. Z drugiej znów strony znalazł autor objaw ten w jednym przypadku ropnercza. Prócz twardości, nie było w tym razie żadnych innych oznak przekonywujących. Dopiero po obnażeniu otrzewny wykryto powiększoną, obfitującą w zrosty nerke; zaszyto wówczas jamę brzuszną, a narząd usunięto drogą cięcia lędźwiowego.

Również nader jest ważny pod względem dyagnostycznym brak omawianego objawu, czego dowodzi obserwacja następująca: u chorego na dur wiele objawów, jak: nagłe powstanie bólów, zapasé, przyspieszenie tętna i. t. p. przemawiało za istnieniem przedziurawienia; lecz brakowało tu napięcia umięsienia brzuszego. W przebiegu operacji nie znaleziono też wcale przedziurawienia. Chory wyzdrowiał. Trudnemi są też do rozpoznania w ten sposób sprawy zapalne wnętrza jamy piersiowej, gdyż i w tych razach może istnieć sztywność mięśni brzucha. W pracy przytoczono dwa tego rodzaju spostrzeżenia (pleuritis diaphragmatica), gdzie objaw ten dał się zauważyć, umiejscowiony głównie w częściach brzucha górnych. W każdym bądź razie dane tego rodzaju należy mieć na względzie, tem więcej, że i zapalne obrzmienie wątroby prowadzi również do napięcia w tem miejscu.

K. Niedzielski.

221. F. Petersen. **Przyczynę do mechanizmu stopy płaskiej.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXIX. Hft. 1 i 2.)

W chwili mocnego ustawienia stopy na ziemi w stawie goleniostopowym właściwie zauważa się zgięcie, w stawie piętoskokowym ruch nawrotny (pronatio), a w zespoleniu Chopart'a—odsiebny (abductio). Stopa płaska jest, mówiąc ściśle, ustawieniem się stawu w krańcowej pozycji fizyologicznej, która graniczy już niejako z nadwichnięciem (subluxatio). Owo zgięcie w stawie golenioskokowym może być tak wybitnem, że skutkiem ucisku, który wywiera goleń tylnym swym brzegiem na blok kości skokowej, powstaje podrażnienie, mogące doprowadzić do przerostu kości. Na skutek takiego ustawienia w zgięciu kość piętowa dotyka ziemi również i swym wyrostkiem przednim, przednia zaś powierzchnia główki kości skokowej zwraca się

więcej ku dołowi, niż naprzód, tak że wytwarza się stopa zgięta, pes flexus. Kość piętowa dalej przekręca się tak mocno, iż jej strona zewnętrzna wysuwa się nieco ku górze, przyczem wierzchołek kostki zewnętrznej przybliża się do calcaneus nader wyraźnie; ostatecznie pomiędzy temi dwiema kośćmi powstaje staw prawdziwy — pes pronatus. Skoro tylny odcinek sklepienia stopowego, zbudowany z talus i calcaneus, ulegnie zepchnięciu na dół, a przednia część podszwy ku tyłowi, łuk w stawie Chopart'a rozciąga się i wówczas mamy pes reflexus. Główna pierwszej kości śródstopia oddala się teraz od guzowatości pięty (tuberitas os calcanei) i brzeg stopy wewnętrzny wydłuża się. Pomieważ jednocześnie na zewnątrz jej brzegu sprawa tego rodzaju nie ma miejsca, lub, jeśli i ma, to w zakresie niewielkim, musi zatem powstać zбочenie przedniego odcinka stopy na zewnątrz, pes abductus. Zбочenie odsiebne wytwarzać się może również tylko w stawie Chopart'a, tu bowiem tylko istnieje zespolenie ruchome, gdy tymczasem kość czółenkowa, kości klinowe i śródstopie wraz z kością sześcienną stanowią jedno, nieruchomą zupełnie całość.

Z szeregiem wyszczególnionych tu zmieszceń stawowych wiązą się również zmiany w kościach i więzadłach; tam, gdzie kości poddają się uciskowi wprost, następuje zanik tych ostatnich. Tam znów, gdzie odbywa się pociąganie, znajdziemy rozciągnięcie więzów. W tkankach, okalających bezpośrednio teren ucisku, powstają, jak rzekło się, rozrosty kostne; w miejscach stykania się kości — świeże nawarstwienia chrząstek. Stopa płaska urabia się tam zawsze, gdzie, wśród warunków prawidłowych, ciężar bywa zbyt wielkim, lnb też, gdy kości, więzadła oraz mięśnie nie mogą podolać postawionym im zapotrzebowaniom. Stan taki występuje najczęściej w przypadkach krzywicy, u dzieci i nawet u osobników dorosłych, w razie nadmiernej pracy mięśniowej. Ponieważ mięśnie w tych razach ulegają znużeniu łatwo, następuje też wyzysk energii więzów.

Objawy kliniczne odpowiadają, rzecz prosta, stosunkom w dziedzinie anatomii. Mamy więc bóle w okolicy kostki zewnętrznej i pod jej szczytem; w miejscu tem, zależnie od zbyt ścisłego zetknięcia się kości następuje nieraz uwięźnięcie ścięgien mięśni strzałkowych (mm. peronei), a nawet przykurczenie tychże odruchowe.

K. Niedzielski.

222. H. Schmidt. **Przyczynek do leczenia dyetetycznego i operacyjnego zgorzeli.** (Centralbl. für Chir. № 14. 1903).

Autor omawia trzy rodzaje zgorzeli. Wobec nekrozy cukrzycowej zabieg chirurgiczny nie zawsze prowadzi do celu. Statystyka kliniki Wrocławskiej wskazuje w tych razach znaczną odsetkę śmiertelności (60%). Powodzenie kuracji antydiabetycznej bywa weale różnem i wtedy tylko, gdy zawartość cukru obniża się, można rokować operacji wyniki pomyślne, wówczas też występuje zrzadka wklajające gangrenę zapalenie, które uważać należy prawie jako objaw swoisty w przypad-

kach zgorzeli cukrzycowej. Na pytanie, w którym miejscu wskazana jest amputacja, odpowiedź brzmi: jeżeli pod wpływem diety ilość cukru spada do 0,5%, można podejmować amputację niską; jeżeli zniżka nie sięga tak daleko—tylko wysoką.

W przypadkach zgorzeli starej i samoistnej (gangraena senilis et spontanea) czeka się przedewszystkiem na wystąpienie linii demarkacyjnej i potem dopiero — wykonywa zabieg odpowiedni, t. j. najeźsciej amputację niską. Pracę powyższą zamyka opis 23 przypadków i powołanie się na piśmiennictwo odnośne. *K. Niedzielski.*

II. Akuszerya.

223. *Alexandrow.* Niedrożność kiszki po laparotomii. (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 4, p. 120).

Po większej części spostrzegano niedrożność kiszki po laparotomii jako skutek przyrośnięcia kiszki samej lub też razem z siecią do szypuły guza. Obserwacje Dębowskiego, Waltharda, Gratera i innych, jako też dawniejsze spostrzeżenia (Olshausen, Kaltenbach, Küstner) wykazały, że przyczyną tych zrostów są ligatury. Tego samego zdania są: Zweifel i Schauta, tylko Schiffer i Seuger sądzą, że sucha sterylizacja powoduje niedrożność. Przypadek autora, który pomimo dwukrotnej laparotomii skończył się wyzdrowieniem, przemawia na korzyść dawniejszych poglądów na przyczynę niedrożności.

Drugi przypadek, w którym stosowano zmiżdżenie naczyń (angiotripsis) więzów szerokich i potem nałożono ligatury, również doświadczenia, na zwierzętach dokonane, ujawniły jeszcze drugą przyczynę niedrożności, a mianowicie zgorzel tkanek, przyczem kiszki i sieć przyrastają do tego miejsca. Przypadek ten popiera również pogląd Adenot'a, że po usunięciu guzów dużych kiszka gruba, w razie zaniku lub słabego rozwoju ligamenti phrenico-colici, opuszcza się ku dołowi i zmniejsza kąt jej części zstępującej, przez co powstaje niedrożność. Laparotomia powtórna, wprawdzie, chorej nie ocaliła, lecz wyświeiliła przyczynę choroby. Na mocy powyższych spostrzeżeń autor przyszedł do następujących wniosków: 1) nie należy stosować w chirurgii brzusznej ucisku naczyń, 2) jedyne najskuteczniejsze traktowanie niedrożności kiszki polega na dokonaniu pośpiesznem laparotomii powtórnej, przy której należy stosować sterylizację wilgotną wobec suchości kiszek. *M. Warszawski.*

224. *D-r W. Zangemeister.* Rozszerzenie szyi *resp.* ujścia macicznego w macicy ciężarnej lub rodzącej za pomocą instrumentów. (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 4, p. 94).

Wyliczywszy wszystkie dotychczas proponowane modyfikacje przyrządu Bossi'ego, autor cytuje poglądy wszystkich autorów, którzy

w kwestyi stosowania tego przyrządu głos zabierali, a następnie podaje swoje własne wyniki i ocenę ich krytyczną.

Wyniki autora zgadzają się zupełnie z poglądami autorów; odmienne są za to jego wnioski w kwestyi stosowania rozszerzadła.

Autor stosuje zarówno rozszerzadło Bossi'ego, jak i Frommer'a. Ostatnie ma tę zaletę, że składa się z 8 ramion, a pierwsze ma ich tylko 4; lecz ujemną jego stroną stanowi to, że jednocześnie rozszerza pochwę i nawet więcej, niż samo ujście maciczne, co pociąga za sobą naderwania pochwy, jak to miało miejsce w jednym przypadku.

Następnie, autor osobiście przekonał się, że pomimo powolnego rozszerzania i zachowania wszelkiej ostrożności, w każdym przypadku powstają liczne naddarcia szyi. Krwawienie z nich bywa wprawdzie nieznaczne (w jednym tylko przypadku było dość silne). Jeżeli nie badać natychmiast, naddarcia te mogą być przeoczone. Autor tylko raz jeden rozszerzał mały odcinek pozostającej szyi; zwykle przystępował do tego rękochnym przy zupełnie wygładzonej szyi. Przypadek ciężki eklampsji skończył się śmiertelnie; na wyciętej podczas autopsji macicy można było się naocznie przekonać o sposobie działania rozszerzadła. Dwa podłużne naddarcia szyi sięgały aż do otrzewny; oprócz tego zauważono jeszcze kilka mniejszych uszkodzeń. Pęknięcie wzdłuż pochwy (rozszerzadło Frommer'a).

Rozszerzając zawsze powolnie, autor był nieraz zdumiony, jak łatwo można było szrubą kręcić nawet wtedy, kiedy ujście było już mocno napięte. W tem właśnie tkwi, według autora, nie zaleta przyrządu, lecz jego niebezpieczeństwo! Czas trwania rozszerzania nie chroni od naddarcia; zależy to od samego ujścia. Jedno rwie się natychmiastowo, gdy rozszerzanie trwa nawet dwie godziny, a drugie nie rwie się, gdy się je prędko rozszerza. Zresztą, wszyscy autorzy spostrzegali naddarcia. Jeżeli nawet, zgodnie z zapewnieniem Bossi'ego i Leopold'a, przy pewnej wprawie naddarcia rzadziej przytrafiać się będą, autor sądzi na mocy częstości ich powstawania, że, wprawdy nabytej wiele obiecywać sobie nie należy. W każdym razie, przyrząd ten nie nadaje się dla mniej wprawnego akuszerza. Nie tylko w krwawieniu tkwi niebezpieczeństwo naddarcia, jakkolwiek ostatnie w praktyce prywatnej może być wcale nie pożądanem, lecz w możliwości zakażenia septycznego, o czem łatwo się przekonać, przypatrując się, jak tkanki szyi bywają zmiażdżone i zgniecione.

Autor przeczy zdaniu K n a p p'a, „że po nacięciach szyi „musi“ wystąpić krwawienie, a po stosowaniu przyrządu Bossi'ego „może“ ono wystąpić“ i sądzi, że po incyzji niebezpieczeństwo zakażenia jest słabsze, niż przy ranie pękniętej i zmiażdżonej.

Następnie, robiąc incyzję, świadomi jesteśmy tego, co przecinamy, lecz naddarcia powstałe wskutek gwałtownego rozszerzania nie dadzą się z góry przewidzieć.

Następnie autor się dziwi, że pomimo wielu spostrzeganych naddarć większość autorów nadal poleca ten rękochnym. Tylko R o s s m a n n i B i s c h o f f zalecają ostrożność i wstrzemięźliwość w użyciu tego przyrządu.

Sam Zangenmeister ostrzega przed użyciem rozszerzadła, działającego pod wpływem mechanizmu szrubowego.

Rozszerzenie za pomocą metreuryzy z pociąganiem jest o wiele bezpieczniejsze i dość prędko prowadzi do celu. Gdy czas nagli i nie można wprowadzić balonu wskutek niskiego stanu główki, należy robić nacięcia dokoła szyi macicznej lub cięcie przez ścianę przednią szyi (cięcie cesarskie pochwowe Dührssen'a); jest to zabieg o wiele pewniejszy i bezpieczniejszy. Rozszerzanie przy placenta praevia autor uważa za niewłaściwe.

Z innych przyrządów autor najwięcej zaleca instrument Tarnier'a (trzyramienny), który to przyrząd działa pod uciskiem ręki. Tutaj nie działa ślepa siła na tkanki maczyne.

M. Warszawski.

225. A. Semon. **Powikłania porodu przez torbiel jajnika. Owaryotomia brzuszna intra partum, rozwiązanie drogą naturalną.** (Centralbl. für Gynäk. 1903, № 4, str. 124).

23-letnia pierwiastka. Położenie nóżkowe płodu. Część pochwowa znacznie do góry odepchnięta przez guz, wielkości główki noworodka, który zajmował całą miednicę małą i mocno wypukła tylną ścianę pochwy. Pęcherz pękł poprzedniego dnia wieczorem, podczas badania silne skurcze macicy. Tętno płodu 120 na minutę. Przypuszczalne rozpoznanie: mięśniak lub torbiel skórzasta. Próby repozyeyi pozostały bez skutku.

Laparotomia: wyłonienie macicy nazewnątrz przez cięcie w ścianie brzusznej zrobione, udostępnienie guza (Endothelioma ovarii dextri) wklिनowanego w miednicę. Podwiązanie jedwabiem szpuly mocno unaczynionej. Lewy jajnik niezmienny pozostał. Odprowadzenie macicy do jamy brzusznej. Podczas zaszywania ściany brzusznej 3 piętrowym szwem wystąpiły bóle dęte i w tej chwili urodził się płód żywy i donoszony, prawie bez pomocy lekarskiej. Połóg prawidłowy. Ściany brzuszne zarosły per primam, bez następczej przepukliny. Chora wkrótce znowu zaszła. Macica była przyrośnięta do blizny, powstałej w ścianie brzusznej. Przebieg drugiej ciąży prawidłowy, poród samoistny. Autor zaleca w podobnych przypadkach owaryotomię intra partum bez dokonania współczesnego cięcia cesarskiego. W odpowiednich przypadkach można tego dokonać przez pochwę (w przypadkach guzów torbielowatych, nie zrośniętych, szpulo-watych), w przeciwnym razie przez cięcie brzuszne. Forsowne usiłowania repozyeyi są niebezpieczne, gdyż może nastąpić skręcenie szpuly lub pęknięcie. Próby rozwiązania przed usunięciem przeszkody mechanicznej w poro-dzie są w każdym razie wielkim błędem. Nakłucie guza może odnieść skutek tylko w przypadkach guzów torbielowatych. Przy torbielach skórzakowych należy dokonać szerokiego cięcia przez pochwę. Cięcia cesarskiego należy wtedy dokonać, kiedy owaryotomia brzuszna okaże

się niedostateczną: w przypadkach, nie nadających się do operacji, guzów, znacznych zrostów, rozwoju guza śródwieżadłowego.

M. Warszawski.

226. C. Ahlefelder. **Przyczynę kliniczną i anatomiczną do gruźlicy narządów płciowych kobiecych.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 4, str. 125).

Na mocy kazuistyki, obejmującej 15 przypadków, szczegółowo opisanych, autor przyszedł do następujących wyników: gruźlica narządów płciowych zdarza się przeważnie u kobiet, będących w okresie płoeności i sprowadza nieplodność wskutek niedrożności jajowodów. Dziedziczność nie ma wielkiego znaczenia w rozpoznawaniu tego cierpienia. Ścisłe rozpoznanie bywa trudnem w tych razach, gdzie nie ma puchliny brzusznej natury tuberkulicznej. W okresach początkowych zmiany wyczuwalne w jajowodach są mało wyrażone. Leczenie polegało na dokonaniu laparotomii (5 przypadków), kolpotomii z rezekcją jajowodu i bez niej (5 przypadków) i całkowitego wyluszczenia (3 przypadki). 3 przypadki śmierci od zapalenia opon mózgowych wskutek daleko posuniętej tuberkulozy płuc, która dawała przeciwskazanie do wszelkich rękoczynów chirurgicznych. W innych przypadkach rekonwalescencya przebiegała prawidłowo i, o ile autorowi wiadomo, stan chorych znacznie się polepszył.

M. Warszawski.

227. D-r Untilow. **Pielęgnowanie pępka noworodka.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 4, str. 122).

W pielęgnowaniu pępka należy zachować jaknajściślejszą aseptykę. Według statystyki, Miller'a 53% noworodków umiera wskutek zapalenia pępka po stosowaniu opatrunku z oliwą. Po wprowadzeniu mieszaniny Runge'go odsetek śmiertelności spadł do 33%. Fagoński zbadał rozmaite metody, stosowane w celu usunięcia resztek pępownicy i przyszedł do przekonania, że najlepszym środkiem okazuje się gips. To samo uczynił Godlewski i przyszedł do tego samego wniosku.

W klinice położniczej moskiewskiej pępek opatrują w następujący sposób: pozostałą pępownicę podwiązują nitką jedwabną odkażoną i resztę odcinają nożycami odkażonemi. Po pierwszej kąpieli wysuszają pozostałą część pępownicy za pomocą waty hygroskopijnej i zasypują gipsem. Następnie po każdej kąpieli, aż do zupełnego odpadnięcia pępownicy, zmieniają opatrunek. Po 48 godzinach pozostała część pępownicy zupełnie wysycha, ulegając zgorzeli suchej. W 80% (6500 przypadków) przypadków pępownina odpada przed 6 dniami, w 42% na 6 dzień, w 28% na 5 i w 10% na 4 dzień; w 20% po 6 dniu. Na późniejsze odpadnięcie pępownicy wpływa jej szerokość.

Konkluzye autora: 1) w pielęgnowaniu pępka należy zachować najściślejszą aseptykę. 2) Suchy opatrunek aseptyczny nie wystarcza,

należy dodać jakiś środek antyseptyczny. Najlepiej się nadaje do tego gips. Sposób opatrywania musi być prosty i tani, co jest rzeczą ważną w praktyce biedniejszej. Kalabin od 16 lat przysypuje gipsem pępownię u noworodków i nie widział ani jednego przypadku zapalenia pępka. W klinikach berlińskich i paryskich nie stosują gipsu, gdyż nie może on być odkażony (?). *M. Warszawski.*

228. E. Kraus. **Wykazanie obecności gonokoków w głębokich warstwach ściany jajowodu.** (Monatschrift für Geb. u. Gynäk. Bd. XVI, Hft. 2).

Po dokonaniu wyluszczenia całkowitego jajowodu przez pochwę w przypadku salpingitidis gonorrhoeicae można było wykazać w bańkowej i przedbańkowej części jajowodu obecność gonokoków; gnieździły się one w nabłonku śluzówki, w utkaniu śluzówki, w warstwie mięśniowej, w obwodowych częściach ściany jajowodu i w tkance podskórnej. Jajowody były grubości małego palca; ich otwory strzępiaste były rozwarłe. W jajowodach znajdowała się ropa z małą zawartością gonokoków. Zgrubienie końca macicznego zależy od warstwy mięśniowej, w końcu brzusznej i śluzówka była mocno nacieczona. Barwiono: borax-methylenblau'em; barwienie sposobem Gram'a dało ujemne wyniki. Infekcja przeszła przez koniec strzępiasty na otrzewną, a stąd przez powłokę surowiczą w ścianę jajowodu. Chora umarła na zapalenie otrzewny. *M. Warszawski.*

229. Müllerheim. **Przyczynę do infantylnizmu.** (Ze zjazdu lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie we wrześniu 1902).

Wrodzone zniekształcenia dają często powód do rozmaitych chorób. W. A. Freund wskazał na znaczenie praktyczne zabytków, pozostałych z okresu życia płodowego i niemowlęctwa, i stworzył naukę o infantylnizmie.

Autor obserwował 4 przypadki zбочenia wrodzonego w położeniu nerki. Ostatnia leżała w małej miednicy, t. j. w miejscu, w którym nerka leży zazwyczaj w pierwszym okresie życia wewnątrzmacicznego. Przebieg naczyń, żył i moczowodów bywa stale w tem miejscu nietypowym. Miedniczka nerkowa nie leży na brzegu wewnętrznym, lecz na przedniej powierzchni. Powierzchnia górna jest zrazikowata, i ta właśnie embryonalna zrazikowatość daje, według doświadczenia chirurgów, bardzo często usposobienie do gruźlicy. Wskutek złania się nerek otrzymujemy nerkę w postaci podkowy lub łożyska. Jeżeli jedna nerka przewędruje na stronę przeciwną, to powstaje nerka podwójna jednostronna; tem się niekiedy tłumaczy brak nerki po jednej stronie. Nieprawidłowe położenie miedniczki nerkowej powoduje rozwój hydronefrozy i pyonefrozy. Gdy nerka wpadnie w stan patologiczny, to i organy sąsiednie podlegają zabu-

rzeniuom. Wpływ nerki chorej na organy sąsiednie bywa większym w chwili, kiedy ostatnie jeszcze nie osiągnęły rozwoju normalnego. Tem się objaśnia duża ilość zniekształceń w systemie urogenitalnym u jednej i u drugiej płci. W każdym przypadku niedorozwoju organów płciowych należy przedewszystkiem pamiętać o anomalii w położeniu, liczbie i kształcie nerek. Nerka leżąca w miednicy ma również pewien wpływ na powstawanie miednicy nierozwiniętej (infantilis) i na wykrzywienie ku tyłowi (kyphosis) kręgosłupa. Dyzlokację nerki wielokrotnie spostrzegano jednocześnie z zarośnięciem odbytnicy (atresia ani); utrudniając dostęp do kiszki, uniemożliwiła dokonanie operacji właściwej.

Zaburzenia w kiszkaach stanowią najczęstszy objaw kliniczny.

Niejednokrotnie chciano już usunąć zagadkowy guz, który przyjmowano za przyczynę zaburzeń, lecz nie rozpoznano w nim nerki.

Ilość wypadków nieszczęśliwych jest już duża, kiedy dopiero po operacji lub podczas autopsji rozpoznano nerkę wyciętą. Ginekologowie mają najwięcej sposobności do pomyłek dyagnostycznych, gdyż łatwo mogą przyjąć nerkę za guz organów płciowych. Niebezpieczeństwo się zdwoiło z chwilą, kiedy wprowadzono sposób operowania przez pochwę. W położnictwie nerka miednicowa ma również ważne znaczenie. Wskutek ucisku przez macicę ciężarną może wystąpić nephritis, eclampsia, zator żylny. Zwężenie pojemności miednicy utrudniło ekstrakcję barków, spowodowało rupturę śmiertelną macicy, dało wskazanie do sztucznego porodu przedwczesnego i t. d. M. obserwował w jednym przypadku dwa razy położenie pośladowe. Jako cechy charakterystyczne dla takiej nerki autor podaje: kształt płaski, przyczep mocny, jednakowo wielka objętość i miejsce ulubione, zbitość mocna i niewrażliwość na ucisk. Rozpoznanie autor sprawdził, mierząc długość obu moczowodów za pomocą katetyrzacyi; ujawniło się, że jeden moczowód był raz jeden o 10 ctm., a drugi raz o 12 ctm. krótszy, niż drugi.

Niewątpliwie, kończy autor, zatrzymanie nerki w miednicy należy za przyczynę główną infantylizmu i pod względem usposobienia do chorób.

v. Rosthorn opracował przypadek zwężenia kiszki, gdzie podejrzewano ciążę zamaciczną, wskutek obecności guza w kieszeni Douglas'a, po za macicą. Dopiero podczas obdukcji przekonano się, że to była nerka zrazikowata. W drugim przypadku nerka, położona pomiędzy listkami więzu szerokiego i torbielowato-zwyrodniała, imitowała torbiel. W tym przypadku ujawniła się zaleta ciężcia brzuszego dla tych przypadków, gdzie dyagnoza nie była z góry postawioną. Wreszcie, tenże autor widział na trupie nerkę, leżącą po jednej stronie głęboko pod promontorium po za macicą poporodową.

Falk musiał dokonać operacji w przypadku hydronefrozy, spowodowanej przez przemieszczenie moczowodu przy nerce miednicowej. W. A. Freund był w stanie rozpoznać nerkę przemieszczoną na mocy zmian w kręgosłupie i na mocy obecności guza w miednicy.

M. Warszawski.

III. Choroby nosa, uszu i gardła.

230. Doc. L. Réthi. **O operacji doszczętniej od strony nosa ciężkich ropień w zatoce szczękowej.** (Wien. med. Wochenschr. № 12. 1903).

Autor leczył doniedawna ropienia w zatoce szczękowej przez normalny otwór, przez dolny przewód nosowy, przy spróchniałych zaś zębach operował przez wyrostek zębodołowy i tylko przy polipach lub ziarninie otwierał fossam caninam. Obecnie zaś we wszystkich przypadkach usuwa wewnętrzną ścianę zatoki szczękowej wraz z częścią muszli dolnej dłuikiem i szypcami kostnymi tak, że szeroko otwiera zatokę, która się teraz komunikuje z dolnym i średnim przewodem nosowym i zaraz ją dokładnie wyskrobuje. Do znieczulenia używa kokainy, a w ostatnich czasach przedtem pędzluje adrenaliną. Większych krwotoków nigdy nie miał, jeżeli była usunięta niecała muszla. Claoué radzi robić mniejszy otwór i tylko w dolnym przewodzie nosowym, gdyż trzeba oszczędzać śluzówkę, która jest potrzebna do ogrzewania, zwilżania i oczyszczania powietrza. Autor nie zgadza się z tym poglądem, gdyż błona śluzowa w takich przypadkach i tak jest nienormalna, oprócz tego kawałek tak niewielki nie może mieć wielkiego znaczenia, gdyż prąd powietrza przechodzi tu w nosie więcej około przegrody. Co się tyczy zalet operacji autora, są one następujące: oszczędzamy ścianę zewnętrzną, a tem ochramiamy się od przykrych ropień; operacja sama nie przedstawia trudności i we wszystkich przypadkach jest dostateczną, trwa około 15 minut, nie wymaga uspieniu chloroformowego, a oprócz tego chorzy wolą mieć ranę w nosie, niż na policzku. Autor stosował swą metodę operacyjną w kilku przypadkach z zupełnie dobrymi wynikami.

Kazimierz Dudrewicz.

331. Doc. F. Alt. **Cierpienia nerwu słuchowego po nadmiernem użyciu wysokoku i nikotyny.** (Wiener med. Wochenschr. № 5. 1903).

Wiadomo, że bywają zaburzenia słuchowe po użyciu salicylu i chininy, znikające po zaprzestaniu używania środka, czasami zaś zaburzenia te zostają na zawsze. O zaburzeniach po użyciu wysokoku i nikotyny wspominało niejednokrotnie ale pobieżnie. Autor opisuje kilka takich spostrzeżeń. W przypadkach bardzo posuniętych znajdowano i przewlekłe zapalenie nerwów wzrokowych ex abusu alcoholis. Rozpoznanie cierpienia nerwu słuchowego można postawić weześnie, gdy u pijaka lub palacza słuch się co raz więcej pogarsza, a innych zmian w uchu nie widać. Jest to zapalenie nerwu słuchowego, *neuritis acustica*, podobnie temu, jak mamy zapalenie nerwów wzrokowych tegoż pochodzenia, tylko że cierpienia te jednocześnie spotykają się bardzo rzadko. Co się tyczy leczenia zapalenia nerwów

słuchowych, to poprawa lub wyleczenie może nastąpić jedynie wtenczas, gdy chory wyrzeknie się zupełnie użycia wysokoku lub palenia i to w ciągu 6—8 tygodni. Zmniejszenie używania wysokoku lub tytoniu nie ma racji bytu, ponieważ najmniejsze dawki ich są w stanie podtrzymywać cierpienie. Słuch powoli powraca przy wyrzeczeniu się wysokoku lub tytoniu. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie żadne leczenie ani zupełna wstrzeźliwość nie pomaga—słuch nie poprawia się, zupełnie jak i przy neuritis optica alcoholica.

Kazimierz Dudrewicz.

232. Gluck. **Wyniki chirurgii tęgoczesnej w cierpieniach gardzieli, krtani i tchawicy.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXIX. Hft. 1 i 2).

Śmiertelność po wielkich operacjach nad krtanią nie przewyższa $4\frac{1}{2}$ —11%, gdy w ósmym jeszcze lat dziesiątku ubiegłego stulecia (1881 r.) odsetka ta była znacznie większą (50%). Wynik tak znakomity zawdzięczać należy głównie przestrzeganej dziś pilnie przez chirurgów zasadzie, która polega na oddzieleniu w przebiegu operacji dróg oddechowych od jamy ustnej i od rany; w ten sposób unika się głównej, warunkującej nachłystowe zapalenie płuc (Schluckpneumonie) przyczyny. W tym też celu na początku ręko-czynu wykonywa się przedwstępną rezekcyę tchawicy i wszycie kikuta tejże do otworu w skórze. W razie wykonywania operacji bardzo rozległych, gdzie jednocześnie usunąć należy część gardzieli i przełyku, koniec tego ostatniego przymocowywa się do skóry szyi i zakłada doń rurkę gumową z kranikiem. Po upływie 3—4 tygodni wykonywa się nieraz jeszcze pharyngo- lub oesophagoplastykę o płacie podwójnym, z których jeden z powierzchnią naskórkową zwróconym być musi ku wewnątrz w stronę jamy ustnej. Częstośćmi są też przetoki tchawicowe, wymagające również nowego, drogą operacji wytwórczej, zamknięcia. U chorych z brakiem gardzieli, górnego przełyku odcinka i kości gnykowej, plastyka musi być wykluczona; w tych jednak razach d-r G. stosuje z powodzeniem protezę, która czyni możliwem połykanie i głos gardzielowy. W przypadkach takich, gdzie wykonaną już była tracheotomia lub gdzie, w obec braku objawów duszności, tracheotomia przedwstępna nie jest zbyt konieczną, autor wyciąga przedewszystkiem krtani i tchawicę z rany i zespała, na wysokości dolnego tejże odcinka, ze skórą szwem materacowym, kolisto, nieotwarte drogi te oddechowe. W końcowym dopiero okresie operacji odcina się guz i tchawicę ku przodowi od umocowanych w sposób powyższy narządów, przyczem ani kropla krwi lub wydzieliny nie wpada do oskrzeli. Nader jest ważnem żywienie odpowiednie. Co się tycze rozległości operacji, usuwano już nieraz z wynikiem pomyślnym żyłę jarzmową, wspólną tętnicę szyjową, nerw błędny, mięśnie: zginacz głowy, łopatkognykowy, nerwy: podprzeponowy i współczulny z jednej strony. Wielu operowanych posiłkowało się skutecz-

nie głosem gardzielowym, inni—protezą fonacyjną konstrukcyi różnorodnej, używanej głównie ku wzmocnieniu szeptu. Wynik, zresztą, ogólny zależy tu w mniejszym stopniu od wymiarów sprawy chorobowej, a głównie uwzględni się zapas sił chorego. D-r G. wywody swe opiera na 100 spostrzeżeniach, a były między niemi i takie, w których uznane powagi lekarskie określiły przyszłość pacyenta jako beznadziejną.

K. Niedzielski.

IV. Z Towarzystw Lekarskich Angielskich.

West London Medico-chirurgical Society, posiedzenie d. 2/I 1903 r.

Grünbaum pokazywał różne rodzaje białych ciałek krwi, i opisał tworzenie się ropienia. Dużo ustrojów lubo nie wszystkie, które wywołują ropienie, wywołują leukocytozę. W zapaleniu ślepej kiszki pomnożenie leukocytów z 8000 na 30000 daje pierwszy pewny znak, że się tworzy ropienie. Gdy po rozcięciu ropnia ilość leukocytów się nie zmniejsza, znaczy się, że odpływ ropy niedostateczny. Dużo chorób złośliwych i gorączką wywołują mnożenie się leukocytów. Przy ropieniu oprócz tego liczba krążków Bizzozero i ilość włókniaka są powiększone. Wedle badań Justusa stan krwi może dać pewne wskazówki przy podejrzeniu na przymiot. Gdy już gruczoły opuchnięte, to wstrzyknięcie rtęci w żyłę lub między mięśnie wywołuje rozpad czerwonych ciałek krwi, o czym można się przekonać przez ilościowe badanie krwi na hemoglobinę. Gdy mamy do czynienia z przymiotem, to w przeciągu 48 godzin nastąpi zmniejszenie o 10—20%, lecz po kilku dniach wraca znowu do normy i po powtórzeniu kilkakrotnem wstrzykiwań zmniejszenie ilości hemoglobiny wcale nie nastąpi, przeciwnie może nastąpić powiększenie. Przy przyjmowaniu rtęci do wewnątrz nigdy nie następuje ten odczyn. Rozpoznanie różniczkowe między histeryą i sclerosis multiplex ułatwia się badaniem ilości choliny we krwi. Halliburton i Matt znaleźli, że przy zwyrodnieniu tkanki nerwowej ilość choliny we krwi na tyle się powiększa, że można ją z 10 cm.³ wydstać; w takim przypadku mamy do czynienia z sclerosis multiplex. W chorobach nerek czem więcej ilość soli mocznika zwiększona, tem niżej leży punkt zamarzania. Krew normalna zamarza przy 0,56° C.; gdy liczba ta spada na 0,60 lub jeszcze niżej, to nerki są zaatakowane. Dalej Grüneaum daje wskazówki jak trzeba wykonywać odczyn Widala w tyfusie, gdyż wedle jego mniemania wykonywują go zupełnie nieprawidłowo.

Longridge w 50 przypadkach zapalenia wyrostka znajdował zawsze leukocytozę; wszystkie te przypadki wymagały operacyi. Najwięcej leukocytów było przy zgorzeli i obszernym zapaleniu otrzewny. Tylko w jednym przypadku wbrew wszelkim oczekiwaniom nie było powiększenia liczby leukocytów, mianowicie przy przedziurawieniu wyrostka i ogólnego zapalenia otrzewnej. Longridge uważa leukocytozę jako objaw zatrucia krwi.

Harveian Society of London, posiedzenie 5/II 1903 r.

Noble Smith opisuje *niekrwawy sposób leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego* podług sposobu odprowadzającego Lorenza. Dobry wynik zależy od stanu kości, który w dzieciennym wieku wogóle dobrze się do tego nadaje; lecz za pomocą promieni Roentgena udało się skonstatować, że i w 30 roku stan kości może być podatny do tej operacji. Lorenz leczył chorego 28-letniego z dobrym wynikiem. Smith pokazuje przypadek, który po 6 latach nie się nie zmienił i dowodzi, że wynik to długotrwały i dobry. W początku leczenia okazało się, że chora kończyna o 2,5 cala jest krótszą. W przeciągu trzech tygodni za pomocą wyciągania i szyny Listona (szeroka szyna od jamy pachowej idąca aż za nogę) skrócenie nogi dało się zupełnie wyrównać. Chory przez 7 miesięcy leżał na plecach, potem próbował chodzić z szyną, tak, aby się nie opierał na chorej nodze. Po trzech latach chory chodził normalnie i ma tylko o $\frac{1}{4}$ cala krótszą nogę. Przy leczeniu sposobem Lorenza naciągają się adductores uda i uderza się po nich brzegiem ręki tak długo, póki nie popękają, a następnie tak postępuje się z tylnymi mięśniami. Potem kładzie się chorego na bok i naciąga się przednie mięśnie, zginając udo w tył przy zgiętym kolanie. Następnie w położeniu chorego na plecach powoli wprawia się główkę kości biodrowej do panewki, przy czem kolano powinno być zgięte. Gdy się to udało, rozciągamy torebkę na przedniej powierzchni przez liczne ruchy udem póki nie czujemy od strony pachwiny, że główka kości biodrowej znajduje się w panewce. Wtedy silnie odprowadza się nogę i nakłada się gips. Po krótkim czasie chorzy mogą niewiele chodzić, używając przytem aparatu do chodzenia. Przy obustronnych zwichnięciach najlepszy czas do tego sposobu leczenia do 6 roku życia. Starsi chorzy powinni być przygotowywani do tej manipulacji przez pewien czas. Operacja to nie szkodliwa, gdyż nawet i złamanie szyjki kości biodrowej niema żadnego znaczenia dla ostatecznego wyniku. *W. Bieh.*

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

(Dokończenie).

Protokół zwyczajnego posiedz. Lub. Tow. Lekarsk. z d. 18/X 1902.

1. Kol. Stefan Rudzki przedstawił przypadek rzekomego nowotworu opłucny z przedstawieniem preparatów makroskopowych i drobnowidzowych.

Włościanka, 27 lat, chora od dwóch miesięcy: w tydzień po połogu (4-ym) zjawily się kółki w prawym boku, potem kaszel z plwociną, z początku białą, w końcu krwawą; od dwóch tygodni wzrastające obrzęki nóg, twarzy i tułowia; znaczne osłabienie.

Referent przypuszczał nowotwór prawej opłucny na mocy następujących objawów: bóle w prawym boku, duszność, kaszel; wypuklenie prawej dolnej połowy klatki piersiowej (różnica z lewą stroną o 6 cent.), stłumienie dźwięku wypukowego z cokolwiek nierówną górną granicą, osłabienie oddechu i drżenia głosowego; znaczny miejscowy obrzęk tkanki podskórnej; ograniczony obrzęk średniego zrazu prawego płuca; brak odsunięcia serca na lewo przy obecności płynu surowiczokrwawego w prawej jamie opłucnowej; nagle wystąpienie wielkiej ilości naczynek skórných w okolicy stłumienia na kilka dni przed śmiercią; niepodniesiona ciepłota, wreszcie obecność strzępków tkanki w płynie, otrzymanym po nakłuciu prawej opłucny. Przy badaniu drobnowidzowym tkanka składała się z mnóstwa komórek okrągłych drobnych, przeważnie jednakowej wielkości, z jądrami; między komórkami widać było substancję drobnoziarnistą; włókien nie było.

Po sześciu dniach pobytu w szpitalu chora zmarła. Nadzwyczaj szybki przebieg choroby, nie mogący się objaśnić stwierdzonym jednocześnie mięszszowem ostrawem zapaleniem nerek, przemawiał za złośliwością rozpozanego nowotworu opłucny. Obraz drobnowidzowy pozwalał przypuszczać mięsak kulistokomórkowy (sarcoma globocellulare).

Sekcyja wykazała błędność tych przypuszczeń: w jamie prawej opłucny był tylko znaczny wysięk i ślady złogów włóknikowych na ścianach. Zasadniczem cierpieniem natomiast było włóknikowe zapalenie osierdzia (cor villosum), niczem nie objawiające się za życia, prócz słabości serca. W obec istnienia w górnym zrazie prawego płuca stwardniałej jamy z treścią zserowaciałą, należy przypuszczać podstawę zapalenia błon surowiczych w gruźlicy, a szybki przebieg choroby objaśnić istnieniem pericarditis fibrinosa i nephritis parenchymatosa. Tkanka, oglądana pod mikroskopem, pochodziła widocznie ze świeżych złogów młodego włóknika na opłucny.

(Autoreferat).

2. Kol. St. R u d z k i—przypadek diabetes mellitus u 3-letniego dziecka (w całości będzie podany do druku). Po dłuższej dyskusyi nad tym przypadkiem zebrani przeszli do porządku dziennego.

3. Na wniosek kol. Ch o d ź k o uchwalono utworzyć komisję do popierania krajowego przemysłu lekarskiego i zwrócić się do redakcyi „Medycyny“ z prośbą o przysłanie tablicy wód krajowych, układu d-ra D o b r z y c k i e g o.

4. Kol. R u d z k i proponuje, aby koledzy podali bibliotekarzowi wykaz prenumerowanych czasopism lekarskich, co obecni zaraz uskuteczniłi; co się zaś tyczy drugiej części projektu kol. R u d z k i e g o—prenumerowania pism krajowych i zagranicznych po wzajemnem porozumieniu się—to debaty nad tem, dla braku czasu, postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

Sekretarz C. Czerwiński.

Protokół zwyczaj. posiedz. Lub. Tow. Lekarsk. z d. 4/XI 1902.

1. Kol. Chodźko przedstawił chorego z rozpoznaniem następującem: Alkoholizm przewlekły. Hysteria z napadami w postaci drżenia wstrząsającego (Schüttelkrampf). Nikotynizm. Przewlekły niezbyt oskrzeli. Rozedma płuc.

Chory, J. C., mieszczanin, lat 64, przybył na oddział mój w szpitalu Św. Wincentego w d. 14-ym października 1902 roku.

Rodzice chorego i dziesięcioro jego rodzeństwa zmarli z niewiadomych mu chorób. Sam chory w dzieciństwie podobno przechodził tyfus, następnie 3 razy chorował na zapalenie płuc: 26 lat temu dwukrotnie w ciągu jednego roku poniósł, jakoby, ciężkie obrażenie głowy; w obu tych wypadkach przytomności nie stracił, ale po drugim przez 8 tygodni cierpiał na bezsenność. Kilkakrotnie leczył się w szpitalach. Jest żonatym, ma 5-ro dzieci żyjących, troje zmarło; żona nie poroniła ani razu. Lues neguje: wódki pił i pije jeszcze dużo i często; pali bardzo dużo. Zajmował się stolarstwem. Choroba obecna, którą nazywa nerwowością, zaczęła się przed 5 laty i objawiła się napadami drżenia wstrząsającego; napady te z początku występowały bardzo rzadko, teraz są bardzo częste—do kilku razy w ciągu doby. Początek napadów tych chory przypisuje przestraszowi, któremu uległ podczas pożaru nocnego w miasteczku; od tego też czasu wpadał często w stan silnego rozdrażnienia, połączonego z uczuciem bezsilności. Chory wzrostu wysokiego, budowy dobrej, odżywienia umiarkowanego. Błony śluzowe blade. Klatka piersiowa beczkowata. Tony serca czyste, głucho; tętno 52, prawidłowe, twarde. Płuca — wypukowy „Schachtelton“; przy wysłuchiwanu rżenia suche rozsiane. Górny brzeg wątroby na 7-em żebrze, dolny brzeg wyczuwa się i jest bolesny. Żrenice równe, oddziałują na światło (prawa oddziałują słabiej, niż lewa). Nystagmus przy patrzeniu wpravo. Ograniczenie pola widzenia oka lewego bardzo wyraźne. Odruch rogówkowy prawidłowy. Punkty odruchowe nerwu trojdzelnego bolesne. Obustronny clonus palpebrarum przy ruchach powiek. Paresis facialis inferioris dextri. Język drży włókienkowato, silnie obłożony. Odruch gardzielowy wzmóżony. Odruchy z kończyn górnych wybitne. Drżenie rąk nie rytmiczne. Odruchy kolanowe: prawy znacznie silniejszy, niż lewy. Achillesowe: prawy znacznie silniejszy, niż lewy—ten ostatni chwilami ginie. Drganie padaczkowate stopy nie występuje. Odruchy skórne: brzuszne i z cremaster z prawej strony silniejsze, niż z lewej; odruchy podeszwowe: prawy—w postaci zgięcia 4 palców zewnętrznych przy nieruchomości palucha, lewy—w postaci zgięcia wszystkich palców stopy. Siła mięśniowa kończyn górnych bez zmian wybitnych, w kończynach dolnych znacznie obniżona; zaników mięśniowych niema. Czucie dotykowe na całym ciele zachowane, czucie bólowe wszędzie jednakowo wyraźnie osłabione. Przy nakłuwaniu skóry albo nakreślaniu na niej linii jakimkolwiek ostro zakończonem narzędziem występuje bardzo wyraźna „dermographia“ w postaci linii i punktów wystających nad powierzchnią skóry. Chory uskarża się na swędzenie skóry i ustawicznie się drapie—skóra jego odznacza się bardzo

silną potliwością. Wszystkie punkty hysterorodne występują wyraźnie.

Przy staniu z zamkniętymi oczyma silne chwianie—występuje ono jednak nie odrazu—jeżeli chorego w tym czasie popchnąć w tył, pomimo chwiania się jest w stanie utrzymać równowagę i otrzymuje się jednocześnie wrażenie, że chory stoi mocno i pewnie na nogach (Romberg?). Chwianie się przy zamknięciu oczu nie zawsze występuje w jednakowej sile. Chód chorego chwiejny i przypomina chód pijacki—chwiejność ta jednak występuje najczęściej wtedy, kiedy się na chorego zwraca uwagę, pozatem może chodzić prawie zupełnie prawidłowo. Napad drżenia wystąpił u chorego zaraz pierwszego dnia jego pobytu w szpitalu, podczas kiedy siedział na ławce:—chory uchwycił się nagle za poręcz ławki, utkwił wzrok nieruchomo w jeden punkt; zauważyliśmy, że obie nogi jego zaczęły drżeć bardzo silnie, jednakże nie jednocześnie i nie rytmicznie; drżenie to wstrząsało kończynami chorego tak mocno, że stopy jego uderzały z chałasem o podłogę; w drżeniu przyjmowała udział cała postać chorego, ale, jak się zdawało, ubocznie tylko wskutek drżenia nóg. Cały napad trwał około 2 minut; źrenice oddziaływały na światło. Po napadzie wystąpił na czole chorego pot obfity i przez kilka minut chory ciężko oddychał. Chory opowiada, że podobno napady spotykały go niejednokrotnie na ulicy—wówczas starał się oprzeć o ścianę i tak przetrzymywał napad—jeżeli nie zdążył dojść do tego punktu oparcia, padał na ziemię, nigdy sobie jednak nie zrobił nic złego. O zbliżaniu się napadu ostrzega go lekkie drżenie w nogach; o przejściu napadu doskonale pamięta. Ruchy, występujące podczas napadu, mogą być dowolnie naśladowane. Przy naciskaniu punktów hysterorodnych nadpiersiowych chory uskarża się na silny ból, rysy twarzy wykrzywiają się, ciało zaczyna wyginać się i wykręcać na wszystkie strony z widoczną tendencją wyprężania się w łuk, z gardła chorego wydobywają się chrapliwe jęki; przy dalszem silnem naciskaniu wymienionych punktów nadpiersiowych następuje powyżej opisane drżenie wstrząsające kończyn dolnych, jak przy napadzie, występującym samoistnie, w końcu pojawia się obfity pot na czole i oddech przyspieszony. Napad taki udawało się otrzymać przy każdorazowym naciskaniu punktów nadpiersiowych i w tej chwili go Panom zademonstruję (przy naciskaniu punktów nadpiersiowych chory zaczyna się wyginać i przechodzi następnie przez wszystkie powyżej opisane okresy napadu, sztucznie wywołanego). Pod względem psychicznym chory odznacza się skłonnością do szerokiego i zabarwionego wyobraźnią opowiadania o swoich cierpieniach i przejściach, niepozabawionego pewnego humoru („confabuliren“).

Leczenie: jod, kąpiele słone; po upływie 2 tygodni pewna poprawa w stanie podmiotowym chorego.

2. Kol. Ch o d ź k o przedstawia przypadek atetozы połowicznej lewostronnej u dziewczynki 4-o letniej (Hemiathetosis sinistra) przy porażeniu mózgowem dziecęcym (Hemiplegia cerebialis infantilis sinistra).

Chora X. X., lat 4, córka nieślubna szewca z Lublina, zgłosiła się do Ch. 20 października 1902 r. po raz pierwszy.

Wywiady: Chora jest dzieckiem nieślubnem, pierworodnem, przyszła na świat po 14 godzinnym porodzie, bez interwencji, z oddechem. Rozwijała się zupełnie prawidłowo. Przed rokiem przebyła, jakoby, zapalenie płuc — w 2 tygodnie potem dostała nagle napadu drgawek, ograniczonych lewą połową ciała, z utratą przytomności; drgawki te trwały 9 godzin, poczem wystąpiło porażenie zupełne lewej rączki i lewej nóżki; wkrótce potem pojawiły się ruchy mimowolne w palcach ręki i nogi, które trwają dotychczas. W ostatnich dniach października r. b. wystąpiły znowu niespodzianie napady drgawek, które dotychczas powtórzyły się 3 razy; napad rozpoczyna się, jakoby, od skręcenia twarzy w lewą stronę, poczem następują drgawki w lewej ręce i lewej nodze. Dziecko podczas napadu jest nieprzytomne, na ustach występuje piana. Rodzice dziecka zauważyli że po tych napadach dziecko lepiej włada lewą ręką.

Dziewczynka wzrostu odpowiadającego wiekowi, budowy i odżywienia niezłego. Tony serca czyste. Płuca bez zmian widocznych. Zrenicie równe, oddziałują na światło prawidłowo. Odruchy kolanowe żywe. Drgania padaczkowatego stopy niema. Zaników mięśniowych niema. Wyraźne obniżenie czucia bólowego po stronie lewej (*Hypalgnesia sinistra*). Napięcie mięśni lewej ręki wzmożone. Chód paretyczno—spastyczny w lewej nodze. Stan psychiczny zmian żadnych nie wykazuje. W palcach lewej ręki można zauważyć cały szereg ruchów; ruchy te są nieustające, rytmiczne, bardzo wolne, od woli chorej niezeleżne, w formie swej jednostajne, przypominające ruchy chwytne mięczaka, jednym słowem właściwe t. zw. atetozie; od czasu do czasu chora chwytła swoją lewą rękę w prawą dłoń i silnie ją ścisła, jednocześnie przyciskając do ciała. W palcach lewej nogi ruchy mimowolne są bardzo nieznaczne. (*Autoreferat*).

3. Kol. Dobrucki przedstawił przypadek mięsaka jądra u 40 letniego mężczyzny.

Nowotwór obejmujący całe jądro, nie przerastający jego granic, powyżej wodniak sznurka nasiennego, ilość płynu bardzo duża, rozciągająca cały kanał pachwinowy. Wytrzebienie wysokie, zeszcycie piętrowe kanału. Rychłozrost. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na ścisły związek urazu z pozostaniem nowotworu. Przed 2 laty, wyskakując z wozu, chory upadł na brzuch i mocno stłukł lewe jądro o kamień, leżący na szosie. Jądro mocno obrzmiało, doznawał silnych bólów, tak że kilka tygodni przeleżał w łóżku, w ciągu dwóch lat jądro się powiększało, bóle nie były zbyt mocne. Od 2 miesięcy bóle zaczęły się gwałtownie zwiększać, guz zaczął się powiększać, zwłaszcza w stronę kanału pachwinowego. Ostatnie 6 tygodni chory spędził w łóżku z powodu bardzo silnych bólów. Najprawdopodobniej nowotwór zaczął się w ostatnich czasach gwałtownie rozwijać, czego dowodzą silne bóle i zwiększający się wodniak sznurka nasiennego. (*Autoreferat*).

4. Kol. Dobrucki przedstawił wgłobienie kiszki ślepej (Invaginatio ileocecalis), trwające 6 tygodni, laparotomia odpochwienie. Wyzdrowienie.

L. Aj., 6 lat liczący, z Biłgoraja, pochodzi z rodziny zdrowej sam nigdy nie chorował.

Przed 6 tygodniami, wstał zupełnie zdrow i poszedł do szkoły. Na śniadanie zjadł kawałek placka, poczem w kilka godzin poczuł mocny ból w brzuchu. Ból ten w ciągu dnia powtórzył się kilka razy. Z wieczora dziecko zasnęło, lecz obudziło się w nocy z gwałtownym bólem w brzuchu i wymiotami. Nad ranem przyszło mocne przeczyszczenie. Zrazu chory dostał olejek rycynowy, poczem wymioty nie uspokoiły się, przeczyszczenie zaś zwiększyło się. Taki sam skutek odniosły zapisane nazajutrz przez jednego z lekarzy proszki i powtórnie podany olejek. Od tego czasu stan chorego zaczął się pogarszać, bóle zjawiały się coraz częściej, rozwolnienie i wymioty ciągle. Te ostatnie w połowie pierwszego tygodnia choroby przybrały charakter żółciowy, co trwało do końca drugiego tygodnia choroby, poczem żółć przestała się pokazywać, lecz wymioty trwały całe następne dwa tygodnie. Dopiero wymioty ustały w piątym tygodniu choroby i już więcej się nie powtarzały.

Rozwolnienie trwało od samego początku choroby, aż do operacyi. Przez pierwsze 4 tygodnie wydzieliny były wodnisto-śluzowe, bez żadnego zapachu. W początku piątego tygodnia pokazały się żyłki krwi, ilość takowej zaczęła się stale zwiększać, tak że w szóstym tygodniu stolce zawierały czystą krew. Dnia 2 listopada r. b. dziecko zostało przywiezione do D. do Lublina i w tej chwili skierowane do szpitala Św. Wincentego. (Chory został łaskawie skierowany przez kol. Sawickiego z Biłgoraja, który to kolega po raz pierwszy zobaczywszy dziecko, w tej chwili odesłał je do szpitala dla zrobienia operacyi).

Przy badaniu widzimy dziecko dość dobrej budowy, blade, z oczami wpadniętymi, z wyrazem ciężkiej choroby na twarzy. Język suchy, tętno 100, dość miękie, ciepłota normalna. Dziecko uskarża się na mocny ból w brzuchu, zjawiający się napadami. Ból jest właściwie ciągle, lecz podczas napadów natężenie bólów zwiększa się o tyle, że dziecko krzyczy na cały głos. Ani w płucach, ani też w sercu żadnych zmian nie wykrywa się. Brzuch niewzduty, bolesny przy dotykaniu, aczkolwiek bóle nie są zbyt gwałtowne. Największy ból przy dotykaniu dziecko odczuwa w lewym podbrzuszu, gdzie też wyczuwa się guz podłużny, w kształcie kielbasy, grubości 8—10 cm., idący z góry ku dołowi; wklęsły ku linii środkowej ciała, wypukły na zewnątrz. Początek guza ginie w lewym podżebrzu, koniec zaś w miednicy. Badanie przez kiszkę stolicową daje wynik ujemny.

Na zasadzie wyżej przytoczonych danych rozpoznano wgłobienie i następnego dnia przystąpiono przy pomocy kolegów szpitalnych do operacyi.

W uśpieniu chloroformowem cięcie w linii środkowej, rozpoczynając na trzy palce nad pępkiem (z wycięciem takowego w skórze podług Mikulicza), kończąc na trzy palce nad spojeniem łonowem.

Po otwarciu jamy otrzewny udało się łatwo wyciągnąć na zewnątrz guz cały, składający się z masy wgłobionych jelit. Wpochwiającami (intussusciptions) były: zstępnicą (colon descendens) i zgięcie esowate (flexura sigmoidea). W dolnej części udało się łatwo wyczuć wierzchołek jelita wgłobionego, wtedy stopniowo uciskając w kierunku odwrotnym do mechanizmu wgłobienia, posuwano się coraz dalej, odpochwiając całą poprzecznicę i wstępnicę, dalej pokazało się nam jelito cienkie i na samym końcu kiszki ślepe z wyrostkiem robaczkowym. Cała ta ogromna masa kiszek była w doskonałym stanie, w jednym tylko miejscu musiał D. nałożyć kilka szwów na pękniętą otrzewną na poprzecznicy, na przestrzeni czterech ctm. Kiszki ślepe, wyrostek robaczkowy i dolny koniec wstępnicy przedstawiły się mocno obrzękłe, lecz nigdzie nie było ani wybroczyn krwawych, ani też zrostów otrzewnowych. Jelito cienkie było wgłobione na przestrzeni około 30 ctm.

Tym sposobem odpochwivszy wszystko, nałożył D. 4 szwy Lambert'a łącząc ileum z dolną częścią wstępnicy na przestrzeni 6 ctm., a to w celu zapobieżenia możliwym nawrotom.

Na ranę brzuszną nałożył 2 piętrowy szew z silkwormgut: pierwsze piętro na wszystkie warstwy oprócz skóry, drugie piętro szew skórny. Przebieg pooperacyjny bez najmniejszego odczynu. Wymioty po operacji już się nie pokazały więcej, nazajutrz nastąpiło rzadkie, lecz kałowe wypróżnienie, bóle znacznie mniejsze. Trzeciego dnia po operacji bóle zupełnie ustały, ciepłota normalna, język wilgotny, tętno 96 pełne, dziecko wesołe, doskonale się czuje. Szwy zdjął 7 dnia, rana zagoiła się przez rychłozrost, bez najmniejszego odczynu w szwach; w cztery tygodnie chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrow.

Osobliwość przypadku: pomimo gwałtownego początku, uporczywych wymiotów, krwawych stołców i t. d. brak jakiegodabż odczynu ze strony kiszek, pozwalający wykonać odpochwienie bez żadnych trudności po sześciotygodniowym trwaniu wgłobienia.

(Autoreferat).

5. Kol. A. M a j e w s k i przedstawił Franciszka Z., szwca z Izbicy, lat 33, który od lat 3-ich chorował na *wrzód drążący lewej stopy* (malum perforans pedis sin.) który powstał w parę tygodni po zranieniu chorego przez knura w tylną powierzchnię lewego uda; szereg zmian, wykazanych przez kol. C h o d z k ę przy badaniu unerwienia kończyny, dał dane do rozpoznania *przerwania nerwu kulszowego*; wobec czego M. cięciem długości 18 ctm. odsłonił dół podkolanowy aż do połowy uda; w ranie po nerwie piszczelowym tylnym, doszedłszy do blizny, znalazł wrośnięty w nią pień nerwu kulszowego, który okazał się dolnym odcinkiem nerwu, mocno ściężczonym i spłaszczonym; górny odcinek nie pozostawał w żadnym związku ani z dolnym odcinkiem, ani z blizną; leżał on znacznie wyżej w głębi na tylnej powierzchni kości; był zakończony grubą kolbą—nerwiakiem o średnicy 3 razy grubszej od nerwu; odcinki nerwu po ustawieniu goleni w położeniu mocno zgiętem—udało się z trudnością do siebie dociągnąć; zeszył je M. sposobem B r u n s'a, górny odcinek rozszczepiwszy pionowo i wklino-

wawszy w niego spieczasto zaostzony dolny Sam nerw *M. zeszył* 2-ma jedwabnymi szwami; poczem nałożył jeszcze 2 szwy na paraneurum. Miękie części zeszyło warstwowo. Rychłozrost bez odczynu miejscowego.

Obecnie—w 2 $\frac{1}{2}$ tygodnia po operacyi owrzodzenie na stopie się zgoiło, a i w unerwieniu kończyny są pewne zmiany na lepsze. Przypadek w szczegółowym opracowaniu będzie podany do prasy lekarskiej. (*Autoreferat*).

6. Kol. A. M a j e w s k i przedstawił okaz anatomo-patologiczny-makroskopowy—rozstrzeni żołądka, spowodowanej zwężeniem odźwiernika: żołądek krzywizną wielką sięgał aż do spojenia, podczas gdy krzywizna mała stała ponad pępkiem; zwężenie odźwiernika było natury mechanicznej i zależało od ucisku przez zrośniętą z żołądkiem wątrobę i wypełniony kamieniami pęcherzyk żółciowy. (*Autoreferat*).

7. Kol. Staniszewski opisuje rzadki przypadek raka sutki bez zajęcia gruczołów.

Urszula Głowacka, lat 64 obecnie licząca, była przed 11 laty oparwana w Hrubieszowie z powodu raka sutki lewej. Widoczna blizna wskazuje na to. Przed rokiem na zewnątrz od blizny zauważała guzik twardy i bolesny. Guzik ten powiększał się stopniowo, wreszcie doszedł do stanu następującego: na zewnątrz od miejsca, gdzie znajdowała się sutka, znajdujemy guz wielkości średniego jabłka, guz ten jest twardy i ruchomy, brzegi wywrócone, po części owrzodzone, dno w kształcie krateru z dnem szarem, owrzodzonem i cuchnącem. Objawy te, uwzględniając wiek chorej, wystarczają do rozpoznania raka sutki odnowionego. Wypadek ten nie przedstawiał by nie osobliwego, gdyby nie ta okoliczność, że chora nie ma wcale powiększonych gruczołów z jednej strony, z drugiej—że recydywa nastąpiła dopiero w 11 lat, dlatego też St. przedstawia ją szan. kolegom. Chora została zoperowaną przy pomocy kol. Dobruckiego i kol. Markiewicza.

Wycięty guz nie został zbadany mikroskopowo z powodu przedwczesnego usunięcia guza przez służbę szpitalną.

8. Kol. Zajdenman przedstawił 10-cioletnią dziewczynkę z bliznami na obu rogówkach po przebytej ospie.

9. Prezes zawiadamia obecnych, że J. E. p. Gubernator wyznaczył d-ra Jarnuszkiewicza na stałego członka filii Lubelskiej Warszawskiego Tow. Hygienicznego.

Sekretarz Czesław Czerwiński.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 18/XI 1902.

1. Na propozycję Zarządu Wystawy, mającej się odbyć w Łodzi w roku przyszłym, zebrani zdecydowali, że Towarzystwo, jako takie, nie może przyjąć udziału w wystawie Łódzkiej, oddzielni jednak członkowie eksponaty swoje wysyłać mogą.

2. Zdecydowano upoważnić prezesa do udzielenia lokalu naszego na posiedzenia Towarzystwa higienicznego.

3. Kol. J a c z e w s k i zdaje sprawozdanie z pobytu swojego we Lwowie, dokąd wyjeżdżał w celach naukowych.

Omówiwszy pobieżnie historię uniwersytetu zwłaszcza od r. 1892.

Prelegent uczęszczał do pracowni prof. Szymonowicza (histologia) i na wykłady prof. Łukasiewicza i Glużyńskiego, opowiada o ważniejszych przypadkach, przedstawianych przez tych profesorów na kursach ogłoszonych dla lekarzy po raz 1-szy przy uniwersytecie Lwowskim, i zachęca gorąco, aby koledzy, udający się na kliniki zagraniczne, nie zaniedbywali uczelni polskich przedewszystkiem—znajdą tam bowiem nie tylko jak najlepsze warunki do wzbogacenia swej wiedzy, ale, co ważniejsza, czerpać ją będą mieli sposobność w języku ojczystym i żyć wśród swoich: sprawa ta o tyle nabiera znaczenia w czasach teraźniejszych, że obecnie na klinikach niemieckich stosunki nie należą do najlepszych, a częstokroć są wprost niemożliwe. Analizując program kursów ogłoszonych przez grono profesorów uniwersytetu lwowskiego, podkreśla brak wykładów chorób dziecięcych.

Kol. J a c z e w s k i składa: 1) program wykładów na uniwersytecie lwowskim w semestrze zimowym 1902/3 roku Akademickiego, oraz 2) sprawozdanie z działalności Uniwersytetu ludowego za rok 1901/1902.

(Autoreferat).

4. Kol. D z i e w i s z e k mówi o leczeniu szkarlatyny surowicą Moser'a. W oddziale szkarlatynowym szpitala dziecięcego Ś-ej Anny w Wiedniu od listopada 1900 r. stosują w ciężkich przypadkach szkarlatyny nową surowicę. Moser, wychodząc z zasady, że paciorkowce nie są identyczne w różnych chorobach, wydobywał krew z serca zmarłych na szkarlatynę i z takowej w bulionie hodował paciorkowce. Kultury tych paciorkowców szczepił koniom dotąd, dopóki takowe nie przestały reagować na iniekcje tych bakterii. Z krwi tą drogą uodpornionych koni otrzymywał surowicę, którą na oddziale szkarlatynowym doktora v. Pirquet'a zastrzykiwano chorym na szkarlatynę dzieciom. W ciągu 2 lat ubiegłych z pomiedzy 699 chorych na szkarlatynę leczono surowicą 81 i 3 poza szpitalem. Przy tem leczeniu zwracano uwagę przedewszystkiem na ciężkość choroby. W stosunku do rokowania dzielono chorych na 4 kategorie: lekkie, średnio ciężkie, ciężkie i śmiertelne. Początkowo surowica była zastrzykiwana w zamalej ilości i zapóźno. Wyniki stały się pomyślniejsze, gdy zaczęto zastrzykiwać duże dozy surowicy skuteczniejszej wskutek dłuższego uodporniania krwi; zaczęto od 30 c. sz., obecnie zastrzykują na raz 180. Bardzo rzadko potrzeba było uciekać się do powtórnego zastrzykiwania u tego samego chorego. U chorych z rokowaniem III i IV kategorii, leczonych surowicą, śmiertelność zaczynała się od 3-go dnia choroby i wynosiła 14,29%, 4-go dnia—23,08%, 5-go 40%, 7-go 33%, 8-go 50%. Przyjmowano do szpitala przeważnie ciężkie i najcięższe przypadki (z rokowaniem III i IV), pogarszano przeto rozmyślnie statystykę. Jakkolwiek wskutek braku surowicy leczono tylko 11,59% chorych szpitalnych, jednakowoż śmiertelność od szkarlatyny z pomiędzy 6-ciu oddziałów szkarlatynowych

w Wiedniu w szpitalu Ś-tej Anny wynosiła w 1901 roku 9%, gdy w 5-ciu innych przeciętna śmiertelność wynosiła 13%.

W przebiegu klinicznym zastrzykiwania surowicy powodują przede wszystkim korzystną zmianę w stanie ogólnym chorych. Wysypka przy wczesnem zastosowaniu zastrzykiwań często nie dochodzi do zupełnego rozwoju i znika wcześniej, niż w nieleczonych surowicą przypadkach.

Objawy ze strony mózgowia ustępują w krótkim czasie. Ciepłota i tętno często spadają w okresie występowania wysypki. Objawy ze strony żołądka i kiszki ustępują najczęściej w przeciągu 24 godzin. Surowica wywierała pomyślny wpływ na objawy niedomogi sercowej; zarówno wcześniej znikaly objawy ze strony jamy nosogardzielowej, głębsze nekrozy wcale nie występowały, nadto tylko powierzchowne; co się tyczy zapalenia nerek i komplikacyi ze strony ucha, z dotychczasowego materiału trudno wyrokować o wpływie iniekcji na takowe, w każdym razie nie zauważono, aby duże ilości zastrzykiwanej surowicy wywoływały zapalenie nerek. Chronicznej sepsis na gruncie szkarlatyny w przypadkach leczonych surowicą nie zauważono. Skonstatowano skrócenie przebiegu szkarlatyny. Normalna surowica krwi koni, jak również surowica Marmorka żadnego wpływu na przebieg choroby nie wywierały.

5. Zdecydowano wystać podziękowanie koledze Dobrzyckiemu za przystanie odbitki z pracy: „Zestawienie wód mineralnych zagranicznych z takimiż krajowemi“.

Sekretarz *C. Czerwiński*.

VI. Płockie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 9 maja 1903 r.

Obecnych było członków 8 i jeden gość. Załatwiono przede wszystkim sprawy bieżące: mianowicie: oznajmienie, że z odczytu publicznego p. t. „Małżeństwo w świetle higieny“, wygłoszonego przez d-ra *Thermera* na, wpłynęło do kasy Tow. netto 32 rb. 50 kop. na cele higieniczne specjalnie; postanowiono do odczytów popularnych zakupić modele preparatów anatomicznych i cały szereg broszur z dziedziny higieny; zgodzono się zasadniczo na wysyłanie z Płocka prelegentów do miast powiatowych w gub. Płockiej (pierwszy odczyt o gruźlicy powtórzy prezes w Lipnie) i, nareszcie, oznaczono termin posiedzenia oddziału higienicznego Tow. na 20 maja, aby zapoznać członków protektorów z działalnością dotychczasową Towarzystwa na niwie krzewienia zasad zdrowotności.

Porządek dzienny: 1) Ogólne wrażenie z porad higienicznych w Warszawie—d-r *Chmieliński*. 2) Sprawozdanie z Wystawy higieniczno-dydaktycznej—d-r *Thermera* i powtórzenie referatów:

3) Potrzeby sanitarne Płocka—d-r Zaleski, 4) Popularyzacja wiedzy higienicznej—d-r Maciesza i 5) Organizacja obowiązkowych kąpiel w szkołach początkowych—d-r Themerson. Postanowiono następnie zaprowadzić lepszy ład w aktach Tow. i uprosić prelegentów o składanie jednego egzemplarza referatu w bibliotece Tow.

D-r Chmieliński przeczytał opisany przypadek z praktyki „*Conglutinatio orificii externi uteri in partu*“.

W pierwszych dniach stycznia r. b. prelegent był wezwany do rodzącej pierwiastki, lat 20, dobrze zbudowanej, zameężnej od roku. Bóle porodowe trwają już około 15 godzin, brzuch powiększony, formy podłużnie-jajowatej, dno macicy na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, bicie serca płodu wyraźne z lewej strony brzucha poniżej pępka, drobne części płodu wyczuwa się w prawej stronie dna macicy. Przy wewnętrznem badaniu okazuje się, że błona śluzowa pochwy bardzo sucha, pochwa płytka, nie głęboka; dolny odcinek macicy rozciągnięty i wypełniony dokładnie główką, dość nisko opuszczoną w próżnię macicy, ściana jego jest tak cienką, że można odróżnić szew strzałkowy; nie można było odnaleźć otworu ust macicznych, nawet trudno określić, gdzie ujście znajdować się powinno i tylko prawie w środku zauważyć się dawało zgrubienie w postaci brodawki z niewielkiem zagłębieniem. Przez wziernik Neugebauera nic nowego nie wykryto. Obawiając się rozdarcia dolnego odcinka, prelegent wraz z asystentem d-r'em Zaleskim postanowili utworzyć otwór w macicy i w tym celu cienkim zgłębnikiem przeszli do jamy macicy, potem rozszerzyli otworek grubszym i nareszcie weszli kornceangiem, przerwali pęcherz płodowy, z kąd wypłynęło z pół szklanki płynu. Pragnąc pozostawić poród siłom natury, zachowywali się biernie przez 2 godziny, lecz wobec nie powiększającego się otworu rozszerzyli go przy pomocy rozszerzacza Pozziego—przyrządu bardzo praktycznego i lepszego od Bossiego (przyrząd demonstrowano na posiedzeniu). W ciągu kilku minut nastąpiło takie otwarcie, że można było założyć kleszcze, lecz nie udało się główki wyciągnąć i dopiero po 5 godzinach po uspieniu chloroformowem założono powtórnie kleszcze i szczęśliwie zakończono poród.

Dziecko płci żeńskiej, wagi około 11 funtów, miejsce samo odeszło, krwotoku nie było.

W 6 tygodni po porodzie przy badaniu chorej prelegent znalazł zupełny brak części pochwowej macicy, bardzo płytką pochwę, a otwór prowadzący do macicy przedstawiał się w kształcie szpary poprzecznej wielkości gęsiego pióra.

Prelegent przypuszcza, że w danym przypadku jedyną przyczyną zamknięcia ujścia macicznego był brak części pochwowej i zrośnięcie osłon płodowych z błoną śluzową macicy.

W dyskusji przyjmowali udział prawie wszyscy obecni.

D-r Mieczysław Themerson.

VII. Z Tow. Hygienicznego.

Jak donosiliśmy 27, z. m. rozpoczęły się obrady w kwestyi higieny miast w tutejszem Towarzystwie higienicznym. Uczestników było z górą 200, z prowincyi przyjechało 85 osób.

Na 1-szem posiedzeniu kol. Chełchowski mówił o zadaniach Towarzystwa, a kol. O. Hewelke o nadzorze sanitarnym obywatelskim. Jako wzór tej organizacji mówca przytoczył działalność odeskich „kuratoryów zdrowia“, które współdziałają komisjom sanitarnym miejskim w usuwaniu wszelkich szkodliwych dla zdrowia czynników i w zabiegach o wykonywanie nadzoru sanitarnego we wszelkich wypadkach, w których udział osób prywatnych staje się niezbędny. Na tę drogę działania praktycznego winno wejść nasze Tow. higieniczne, dotychczas prawie wyłącznie zajęte dociekaniem teoretycznemi. Działalność praktyczna Tow. przewidziana jest w art. 2 ustawy, brak tam jednak wskazówek, w jaki sposób ma się ujawniać.

Należałoby więc poczynić odpowiednie zabiegi o rozszerzenie art. 2 ustawy; w utworzeniu zaś organizacji dozoru sanitarnego, obejmującego wszystkie miejscowości kraju, znacznem ułatwieniem byłaby działalność oddziałów prowincjonalnych Tow. higienicznego. Dla skuteczniejszego działania, należałoby zapewnić osobom, wykonującym dozór sanitarny, pewną powagę urzędową przez nadanie im praw, podobnych do tych, jakie przysługują członkom tow. opieki nad zwierzętami.

Nie możemy w Kronice streszczać wszystkich obrad, wybieramy dwie sprawy omawiane już przez nas i dla nas więcej posiadające znaczenia, mianowicie sprawę lecznictwa ludowego oraz sprawę pomocy akuszeryjnej.

Inne kwestye, należące ściśle do higieny, pomijamy w Kronice tem bardziej, że już w zeszytcie czerwcowym Zdrowia znajdują się w całości wszystkie referaty.

W sprawie lecznictwa ludu przemawiał kol. Wł. Biegański w imieniu Częstochowskiego Tow. lekarskiego, przedstawiając obecny stan pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego. Trudno jest, doprawdy, określić, kto się nie zajmuje leczeniem na wsi. Porad udzielają uczniowie felcerscy, dawni posługacze w szpitalach, a nawet w instytucjach weterynaryjnych, znachorzy, oweczarze i t. d. Wyniki takiego leczenia są znane i domyślić się ich łatwo. Wypadki śmierci i kalectwa, jako skutki „likowania“, nie należą do rzadkości. Dwory wiejskie, szczególnie zaś panie, nie szkodzą, często nawet przynoszą korzyść. Znachorzy, lecząc przeważnie ziołami, na podstawie dawnych ksiąg z wieku XVII i XVIII, nie przynoszą po większej części wielkiej szkody.

Lud, odczuwając różnicę hierarchiczną między znachorem i lekarzem, zwraca się do ostatnich, jako do instancyi wyższej, gdy pomoc

pierwszego nie poskutkowała. Często jednak zwracają się o pomoc za późno. Zład znów wypływa niechęć i niewiara do lekarza—słowem błędne koło.

Przyczynny wadliwej pomocy są — z jednej strony ciemnota i brak środków materyalnych, z drugiej zaś to, iż na prowinęę wyjeżdżają często lekarze niedostatecznie przygotowani, nie tylko praktycznie, ale nawet teoretycznie, szczególnie w chirurgii i akuszerii, że nie potrafią zyskać zaufania i miłości ludu, nie umieją się z nim obchodzić, uwzględniać jego uprzedzeń, a przeto oddają go w ręce felczerów i znachorów, a chorzy w lekarzu widzą „pana“, a w znachorze i felczerze bliższego sobie człowieka. Koszt pomocy lekarskiej na wsi należy uprzystępnąć.

Idealem byłoby, ażeby lekarze byli płatni przez społeczeństwo i udzielali pomocy ludowi bezpłatnie.

Zapoczątkowało to już Tow. lekarskie Lubelskie w opracowanym projekcie.

Zaprowadzenie urzędowych lekarzy fabrycznych, organizacya pomocy lekarskiej w gub. płockiej i instytucya lekarzy ziemskich w Rosyi są pierwszymi krokami do poprawy zła, któremu są w stanie zaradzić jedynie urządzenia państwowe i administracyjne.

Poprzedni odczyt uzupełnili kol. Fidler i Kędzierski, zaznaczając, iż gminy wiejskie i miejskie powinny zajmować się sprawą pomocy lekarskiej na podstawie ustawy gminnej z r. 1864 i ustawy o zakładach dobroczynnych z r. 1897. Gminy nie korzystają z przysługującego im prawa, z nieświadomości, i nie przynoszą mieszkańcom tych korzyści i wygod, jakie im zapewnić są w stanie.

Przykładem tego są urządzenia w gub. płockiej na podstawie projektu miejscowego gubernatora z r. 1897. Pożytecznem wielce byłoby utworzenie obreńbów sanitarnych z obwodem 4-milowym i ludnością 20,000, ażeby przecięciowo wypadalo na jednego lekarza rocznie 5,000 chorych. Prócz tego szpitaliki wiejskie, nawet małe, bodaj o 20 łózkach i miejskie, winny być zarazem stacyami ambulatoryjnych porad bezpłatnych.

Sekcyja akuszerijna zjazdu zorganizowana przez kol. J. Jaworskiego, jako gospodarza, przy współudziale jako sekretarza kol. B. Szymańskiego, przedstawiła bogaty, bo złożony z 14 referatów materyał.

Materyał ten ułożono z planem. Naprzód opracowano w kilku referatach aseptykę położniczą, powtóre, zajęto się ustaleniem poglądów, co do stopnia wykształcenia akuszerki, zamierzonej reformy jego, wreszcie, najodpowiedniejszego typu akuszerki prowincjonalnej. Osobny dział, szczegółowo opracowany, aż w 5-ciu referatach, objął organizacyę pomocy akuszerijnej po wsiach i miasteczkach.

Pierwszym był referat zbiorowy, opracowany przez kol. S. Cykowskiego, p. n. „Prawidła postępowania aseptycznego w położnictwie“. Podano tutaj przepisy odnośnie aseptyki rodzącej, akuszerki, resp. lekarza, i aseptykę przyrządów, narzędzi, opatrunków.

Przechodzimy do referatu, pod względem społecznym najdoniojszego, o „szkole babek wiejskich i najwłaściwszym typie akuszerki

dla prowincyi". Referat opracowali i odczytali kol.: K. Jasielwicz i J. Jaworski.

Kierownik szkoły akuszerki wiejskich przy instytucie położniczym, Jasielwicz, wykazał, jaki jest obecnie program i system nauczania w szkole, zaznaczając jednocześnie, że na pierwszym planie jest krzewienie pojęcia o bezgimelnem prowadzeniu porodu i okresu porodowego, że pojęcie to wyrabia się w uczennicach ciągle, nieustannie i usilnie.

Następnie mówca wyliczył szczegółowo wszelkie środki, przedsięwzięte dla osiągnięcia w tym kierunku pożądaných wyników.

Zaznaczywszy wreszcie, na które z działań programu zwraca się szczególną uwagę i dlaczego, Jasielwicz udowodnił, że akuszerki wiejskie, wychodzące ze szkoły warszawskiej, w zupełności odpowiadają pożądanemu typowi akuszerki prowincjonalnych.

Zakończył zaś swój referat temi słowy: „Uczennice nasze giną nam z oczu i nie jesteśmy w stanie sprawdzać, czy wszystkie w dalszej samodzielnej praktyce stosują się ściśle do przestrzeganych w szkole zasad. Lekarzom więc prowincjonalnym pozostaje dalszy ciąg pracy, mianowicie kontrolowanie działalności akuszerki wiejskich i niedozwalanie na żadne w kierunku tym wykroczenia.

Praca to częstokroć uciążliwa, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że babki wiejskie, jako kobiety, pochodzące z ludu, od dzieciństwa przywykły do brudu i niechlujstwa.

„Praca to jednak wdzięczna, gdyż nie ogranicza się na jednostce, lecz pośrednio obejmuje społeczeństwo. W tej więc myśli, że wszyscy dla jednego ideału pracujemy, oddaje szkoła przyszłe i obecne uczennice pod opiekę kolegów-lekarzy z prowincyi, w nadziei, że opieka ta spokój i zdrowie ubogiej naszej ludności wiejskiej zapewnić zdoła“.

W tej samej sprawie zabrał następnie głos kol. Józef Jaworski, wykazując dobitnie, że wśród ludu powinny właśnie praktykować, niosąc pomoc, kobiety z tegoż ludu pochodzące, znające obyczaje, nawet zabobony tego ludu, że pewnego rodzaju „pańskość“ akuszerki ze szkoły wyższej jest dla prostego ludu wprost krępującą.

Zebrani licznie lekarze zgodzili się z powyższymi wnioskami, że szkoła akuszerki wiejskich stwarza typ zupełnie odpowiedni i pożądaný.

Z kolei kol. J. Jaworski wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do metody odkażania rąk“ (praca doświadczalna).

Metodyka mycia rąk — zdaniem mówcy — należy do najbardziej spornych spraw w nauce i praktyce lekarskiej. Prawie każdy wybitny chirurg i akuszer posiada własne zapatrywania na tę sprawę. Literatura przedmiotu tego jest bardzo bogata.

Do mycia przed przystąpieniem do operacji używa się: woda gorąca, szcztotka, mydło, a także spirytus i środek dezynfekcyjny np. sublimat. Szcztotka łatwo się zanieczyszcza, co staje się niebezpiecznem przy następnem myciu. Ztąd usiłowania zastąpienia jej przez materiały, których niema potrzeby powtórnie używać.

Mówca przed laty widział w klinice prof. Sängera, w Lipsku, użycie w tym celu piasku i począł robić próby na sobie i innych z piaskiem, jako środkiem do mechanicznego mycia rąk. Zalety piasku, który mówca proponuje do używania przez babki położnicze, widać w tem, że się go raz jeden używa do mycia, że w sposób prosty, za pomocą gotowania lub wypalania, można piasek uczynić bezwzględnie czystym, aseptycznym, że działa on energicznie na skórę, ścierając wierzchnie warstwy naskórka i brud co stanowi istotę działania mechanicznego, że piasek jest materiałem dla każdego wszędzie dostępnym, że używany jest przez lud i uznawany, jako wypróbowany znakomity środek do usuwania brudu i nieczystości ze sprzętów, a także do mycia rąk.

Dwie ostatnie okoliczności mieć mogą wpływ na rozpowszechnienie środka tego w praktyce wśród babek wiejskich.

Praktyczne spostrzeżenie poparł Jaworski badaniami naukowymi: ręce, w które wcierano lasecznika ropy błękitnej, myto piaskiem; szczepienia na kulturach materiału zebranego z takich rąk dawały wynik ujemny. Wyniki tych badań odkażania rąk przedstawione są na kulturach na wystawie higieniczno-dydaktycznej.

Oprócz tego Jaworski badał ręce i ich właściwości indywidualne u różnych osób za pomocą metody odbarwiania stopniowego rąk, powalanych tuszem. Badania te przedstawił zebrany naocznie, na dwóch babkach położniczych. I tutaj wyniki przemawiały za używaniem piasku i unikaniem szczytki.

T. Boryssowicz przemawiał w sprawie pomocy ginekologicznej na prowincyi.

Od kilkunastu lat leczenie cierpień, właściwych, kobietom stopniowo przybierało kierunek operacyjny, tak że obecnie, bez należytej wprawy w stosowaniu odnośnych rękoczynów, niepodobna udzielać skutecznej pomocy w cierpieniach tego rodzaju.

Wobec tego, że lekarz, udając się na prowincję, przede wszystkim musi poświęcić dużo czasu na kliniczne swoje wykształcenie w dziedzinie chorób wewnętrznych, oraz nabrać wprawy w operacjach akuszeryjnych i chirurgicznych, niepodobna wymagać od niego specjalizacji ginekologicznej, — tembardziej, że choroby właściwe kobietom najczęściej mają przebieg przewlekły i tylko w wyjątkowych przypadkach wymagają niezwłocznej pomocy lub wczesnego rozpoznania.

Do ostatniej kategorii mówca zalicza: ciążę zewnątrzmaciczną, skręcenie szypuły torbieli i nowotwory złośliwe narządów płciowych, w szczególności macicy. Na wczesnem rozpoznaniu tych cierpień polega skuteczna pomoc, mogąca uratować życie chorej. To też lekarze, praktykujący na prowincyi, powinni być dobrze obeznani z objawami, właściwymi tym cierpieniom.

Kol. Franciszek Neugebauer mówił o wskazówkach rozpoznawczych w celu wczesnej dyagnozy raka macicy, o umiejętnem i nieumiejętnem stosowaniu wiąnek macicznych.

W sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do warunków praktyki prowincjonalnej odczytał swą pracę kol. S. Zaborowski.

Udzielanie śpiesznej i radykalnej pomocy położniczej operacyjnej na prowincyi jest koniecznym i pośpiech właśnie decyduje niejednokrotnie o losach chorej.

Z otoczeniem, w jakim dokonywać trzeba operacji w praktyce prowincjonalnej i wiejskiej, lekarz liczyć się ma prawo tylko do pewnego stopnia, tem więcej, że warunki dostatecznie odpowiadające dzisiejszym wymaganiom chirurgii i wystarczające zupełnie dla dokonania najcięższych nawet operacji stworzyć można wszędzie, posługując się jedynie przybarami łatwo przenośnymi i wrzącą wodą. Zdaniem najpoważniejszych chirurgów i akuszerów, w operacyjnej działalności lekarza najważniejszą rolę odgrywa sprawność jego osobista i wyszkolenie chirurgiczne. Bogate instalacje współczesnych szpitali i zakładów prywatnych są czynnikiem podrzędnym, ułatwiającym tylko zadanie lekarza, lecz bynajmniej nie zapewniającym powodzenia. Daleko mniejszymi i prostszymi środkami zastąpić je można, przy umiejętności ze strony lekarza i ciężkich rękoczynów dokonywać aseptycznie i zupełnie bezpiecznie. Dowodzą tego bardzo dobre wyniki operacji w większości szpitali, których środki nie pozwalają na współczesne udoskonalenia i w praktyce wiejskiej. Działalność lekarza w powyższych warunkach jest może trudniejszą i wymaga dużego nakładu pracy i energii osobistej, lecz tem szlachetniejsze jego zadanie, bo pomoc swą niesie między tych, którzy inaczej z postępu nie korzystaliby wcale.

Następnie kol. Fr. Neugebauer na okazach, bardzo bogatym zbiorze przedstawił szkodliwości używania w lecznictwie nieodpowiednich t. zw. wianków.

Kol. S. Kurtz przedstawił mały, praktyczny sterylizator.

Z kolei kol. B. Szymański zabrał głos w *sprawie podniesienia poziomu wykształcenia akuszeryjnego lekarzy prowincjonalnych*. Wyjaśnwszy na wstępie stosunek akuszeryi do innych gałęzi nauk lekarskich w praktyce prowincjonalnej i warunki lecznictwa akuszeryjnego na prowincyi, mówca zwrócił uwagę na przyczyny ograniczonego zakresu działania lekarza-akuszerza na prowincyi, na częstosć błędów akuszeryjnych i ich skutki, na postępowanie akuszeryi i osiąganie jego na prowincyi w zależności od przygotowania poprzedniego lekarza praktyka w akuszeryi. Potrzeba uzupełnienia wiedzy akuszeryjnej lekarzy prowincjonalnych jest niezbędna! W końcu mówca podał wniosek ostateczny, by lekarz prowincjonalny gruntownie posiadał akuszeryę i dalszemi studjami ją uzupełniał.

W rozprawach kol. Zasucha podniósł projekt urządzania kilkumiesięcznych kursów dla lekarzy prowincjonalnych w instytutach położniczych i prywatnych, jak to się praktykuje zagranicą. Wprowadzeniem w czyn tego projektu winna się zająć rada Tow. Hyg. jaknajgoręcej.

Następnie przemawiał kol. J. Idzikowski w *sprawie organizacji pomocy akuszeryjnej na prowincyi*.

Wnioski, jakie mówca podał, są następujące:

W Królestwie pożądanem jest:

1) wybudowanie tylu przynajmniej szpitali, ile projektuje się rewirów w nowej organizacji, mianowicie 168, szpitali nowych, murowanych, zasobnych, urządzonych skromnie, lecz wedle wymagań higieny, każdy conajmniej na 10 łóżek (koszt budowy około 2 milionów rb.);

2) utworzenie przy każdym szpitalu posad dla dwóch stałych lekarzy i felezerki (prócz niższego personelu);

3) podwyższenie pensyi lekarzy powiatowych i włożenie na nich obowiązku walki z epidemiami;

4) każdy szpitalik winien mieć oddział położniczy (na 3 — 4 łóżka), pozostający w zawiadywaniu młodszego lekarza, oznajmionego z akuszeryą i przeznaczony tak dla „normalnych“, jak i dla trudnych porodów;

5) nie mogące, lub nie chcące odbywać porodu w oddziale położniczym, pozostają pod opieką babki położnej, wykwalifikowanej w szpitaliku miejscowyj, mającem prawo praktyki tylko w danym rewirze i wynagradzanej za każdy dobrze przeprowadzony poród przez szpital (kontrola należy do lekarzy szpitalnych) w sumie 1 rb.;

6) po za powyższemi „położnemi“ należy pozostawić prawo praktyki po wsiach również babkom, wychodzącym ze szkoły warszawskiej, bez wynagradzania ze strony szpitala, pod kontrolą jednak ze strony ostatniego;

7) koszty urządzenia szpitali winno przyjąć na siebie państwo; źródłem funduszów na utrzymanie szpitali mają być podatki;

8) pomoc lekarska na wsi winna być bezpłatną;

9) obowiązkiem inteligencyi prowincjonalnej jest organizowanie towarzystw samopomocy na wzór istniejących zagranicą — zabezpieczających pomoc chorym, nie potrzebującym leczenia szpitalnego.

Kol. M. Zweigbaum mówił o pomocy akuszeryjnej dla ubogiej ludności miast gubernialnych i powiatowych.

Przedstawiwszy opłakany stan, w jakim się znajduje uboga ludność w miastach, dowodził, że osiadanie lekarzy i akuszek po miastach prowincjonalnych nie zaradza złemu z powodu kosztów. Tu działać może instytucya dobroczynna.

Należy więc organizować po miastach naszych gubernialnych i powiatowych towarzystwa opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi.

Rozwinięcie programu organizacji i działalności towarzystw, przedstawienie sposobów utrwalenia materyalnego bytu tych instytucyi i korzyści, wypływających z podobnej organizacji pomocy akuszeryjnej na prowincyi — oto dalsza treść referatu.

Kol. S. Kurtz mówił o organizacji pomocy przy fabrykach na prowincyi, domagając się zakładania izb położniczych, utrzymania stałej akuszerki, wymagania, aby lekarz fabryczny był uzdolniony w akuszeryi. W celu zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci tej ludności, radzi zakładanie żłobków i ochron.

Kol. G. Choda k o w s k i przemawiał w sprawie przytułków położniczych przy szpitalach na prowincyi, biorąc pod uwagę ich urządzenie, koszty i wydatki na administracyę.

Porównywał przytułki urządzone przy szpitalach i oddzielnie. Opisał rozwój istniejących przytułków przy szpitalach na prowincyi.

Wreszcie, zaznaczył społeczne i higieniczne znaczenie przytułków na prowincyi.

Kol. B. Kory b a t - D a s z k i e w i c z dwa swoje odczyty poświęcił sprawie opieki nad noworodkami, rozpatrując w jednym z nich wskazania do obchodzenia się z nieodpadniętą pępowiną i raną pępkową, w drugim zaś podał rozmaite sposoby cucenia pozornie zmarłych noworodków.

Oprócz tego zademonstrował i swój własny sposób ożywiania pozornie zmarłych, wykazując jego zalety w porównaniu z innymi, dotychczas praktykowanymi sposobami.

Kol. J. J a w o r s k i zamknął obrady podziękowaniem za liczny i żywy współdziałanie uczestników w pracy sekcyi.

Na wniosek kol. Z w e i g b a u m a zebranie wyraziło wdzięczność kol. J a w o r s k i e m u za organizacyę sekcyi.

Plon narad był bardzo obfity. Uchwalono cały szereg wniosków, których jednak nie podajemy jeszcze, gdyż wiele z nich musi uleść szczegółowemu zredagowaniu.

Zaznaczymy tylko, że narady zadowolily uczestników i że wszyscy głosowali za powtórzeniem ich w najkrótszym czasie.

Przewidywania nasze, że sprawa zyska poważnie na zetknięciu się kolegów warszawskich z prowincjonalnymi sprawdziły się, Towarzystwo higieniczne w naradach z znalazło bodziec pierwszorzędnny do pracy dalszej, a i uczestnicy zjazdu pod wieloma względami zyskali na naradach.

Mamy więc nadzieję, że są to pierwsze, ale nie ostatnie narady.

VIII. O D C I N E K.

Wrażenia z praktyki wiejskiej.

(Dokończenie).

Czego więc chłopci wymagają od lekarza?

Odpowiedź znajdujemy w uczuciach chorego. Żąda on przede wszystkim zdrowia, a już podrzędną rzeczą jest dlań, w jaki sposób medyk zechce, może, czy potrafi przywrócić owo zdrowie. A ponieważ sfera możliwości jest dlań niemal nieograniczona, więc pra-

gnie przedewszystkiem, aby lekarz miał szczęśliwą rękę w natrafieniu na właściwe lekarstwo; toć przecież on gotów nawet drogo zapłacić za taki środek i szukać go na końcu świata choćby. Poza-tem wymagają od lekarza bezwzględneho rokowania. Bo, jeżeli choro-
roba jest nieuleczalna, to poco się leczyć?

W takim razie opinia jednego lekarza często nie wystarcza, więc udają się dalej. Tak samo czasem postępują, jeżeli lekarz zapewni o pomyślnym wyniku, a tymczasem lekarstwo nie pomoże: szczęście, czy wiedza danego lekarza uważane są za wyczerpane. W przypadku beznadziejnym otoczenie uznaje czasem za słuszne uwagi lekarza o ukrywaniu prawdy przed pacjentem, zwykle jednak powściągliwość nie wytrzymuje do końca. Zresztą, chory zwykle, chętnie i ze stoicyzmem przyjmuje smutną wiadomość; pragnie nawet o tem wiedzieć, aby mózdz zawczasu załatwić rachunki ziemskie i z Bogiem. Poza-tem cały szereg drobnych okoliczności ma pewne znaczenie w stosunku ludu do lekarzy i wogóle do leczących osób.

Tak np. włościanie chętnie korzystają z bezpłatnych porad i lekarstw, udzielanych niekiedy z apteczek dworskich. Często też proszą o poradę aptekarzy i w niektórych wypadkach rzeczywiście otrzymują. Popularna nazwa leku ma też pewne (głównie nawykowe) znaczenie w wyobraźni ludu; wskażę tu t. zw. krople „macciczne, nabrowe, dziewięciorakie“, maść „nerwową, królewską, hamburską“ etc.

Zaliczę tu niektóre popularne zabiegi, jak naparzanie, smarowanie, okłady i t. d. Przywiązują często wielkie znaczenie do tych zabiegów i niechętnie przyjmują uwagi co do ich niewłaściwości. Mylił by się ten, kto chciałby zwykłym, logicznym przekonywaniem wyrugować taki pogląd: można narazić się na utratę zaufania.

Pozostaje mi rozważyć, co może i powinien dać lekarz wiejski ludowi, aby zyskać praktykę.

Co do wiedzy naszej wiemy dobrze, ile posiada ona słabych stron, pacjent zaś wymaga pewności.

Szczególnie trudne jest położenie wobec niemożności stosowania wielu sposobów leczniczych i wobec złych warunków zdrowotnych. Za półśrodek uważam wydawanie leków przez lekarzy. Byłoby wszystko w porządku, gdyby wieśniaka można było przekonać, aby postępował zgodnie z logiką i żądaniami medycyny. Nie chodzi mu jednak o najtańszy, lecz o najskuteczniejszy lek. Nie da sobie wytłomaczyć, że kreozot może dłań zastąpić thiocol, bo nie braknie mu wątpliwości, że gdyby miał zapisane droższe lekarstwo, wyzdrowiał by prędzej.

Podziwiać trzeba, ile wieśniak ponosi kosztów na znachorów, na różne smarowanie, naparzanie, ziola i t. p. bez żadnego skutku dla siebie. Widzieć warto sążniste i kosztowne „recepty“ znachorów, przynoszone przez chorych do aptek. A prawdziwe recepty felczerów, którzy często kopują lekarzy; widziałem tak dowcipne i korzystne dla aptek, że sam nie potrafię takiej napisać. A jednak nie zraża to ludu. Być może, zresztą, że wraz z urzeczywistnieniem powyższego projektu wytworzyłby się nowy rodzaj konkurencji

z aptekarzami, leczącymi już z całą możliwą energią. A wiemy dobrze, że we współzawodnictwie nie zawsze słuszność i wiedza biorą górę.

Wskażę jeden punkt oparcia, z którego korzysta wielu lekarzy wiejskich, zwykle pomimowoli. Jest on dosyć łatwy i dogodny, a nazwać go mogę oportunizmem. Polega on na omijaniu trudności, wynikających z nieudolności wiedzy i przesądów ludu i pozostawianiu ich własnemu losowi. Jest to zręczność życiowa, bardzo pożyteczna wśród niedogodnych warunków. Nie uważam tego za złe, bo sam byłem nieraz podobnym oportunistą. Dobrze to jednak na krótką metę.

Uważam za konieczne wejrzeć głębiej w stosunki wiejskie, bo choć nie zawsze skorzystamy osobiście, ułatwimy jednak los swych następców.

Punktem oparcia dla lekarza powinna być samowiedza, inaczej mówiąc, pojmowanie swych zadań nie ze stanowiska interesów osobistych, lecz ze stanowiska współdziałania społecznego. Nie przeczę, że chęć zapewnienia bytu z praktyki jest słuszna i uzasadniona; tak samo nie niema dziwnego, że lekarz wiejski uważa pacjenta (niezbyt często) za przedmiot badań naukowych i za środek zwiększenia swego doświadczenia zawodowego.

Ale rozwój społeczny pcha nas dalej.

Musimy uważać chorego za człowieka, bliźniego. Nie chodzi mi o doktrynerskie, wyrozumowane, stawianie sobie tez altruistycznych, ale o żywe uświadomienie sobie wzajemnej współzależności różnych czynników społecznych. Będzie to droga do rozwoju drugiej strony zadań lekarskich, a mianowicie strzeżenia zdrowia; tylko w podwójnym charakterze lekarza i higienisty możemy zająć właściwe stanowisko społeczne i skutecznie przyczyniać się do wzajemnej wymiany usług.

Rozwój wymaga zarówno specjalizowania się różnych czynników, jak i wzajemnej ich harmonii. W tej ostatniej widzę obecny punkt ciężkości kwestyi lekarskiej na wsi, gdyż wiedza zawodowa sama przez się wytyka nam tylko drogę specjalizacji. Bez wątpienia, umiejętność zawodowa ma wielkie znaczenie. Szczególnie pożyteczne jest trafne i stanowcze wypowiedzenie rokowania; nawet wątpliwości trzeba wypowiadać jasno i treściwie.

Włóścianin lubi dużo opowiadać o swej chorobie, trzeba więc zręcznie kierować wywiadami, aby nie marnować czasu, a zarazem nie zrażać pacjenta obojętnością na to, co jemu wydaje się ważnem.

Do badania przedmiotowego dawniej wieśniak niewiele przywiązywał wagi, a i teraz poddaje się temu biernie. Wskazówki lecznicze powinny być krótkie, treściwe, aby nie obciążać pamięci chorego i otoczenia, które potem nie może się połapać i postępuje niewłaściwie. Należy używać wyrażeń popularnych i korzystać z pożytecznych poglądów i zwyczajów ludu. Często wypada korzystać ze środków kojących, gdyż chory chłop wrażliwy jest na ból; jeżeli zaś nie poczuje rychłej ulgi po użyciu lekarstwa, łatwo może

zwątpić o właściwości wskazówek. Zanotuję tu szczegół, który nieraz spostrzegalem.

Oto żyd nieskuteczność lekarstwa przypisuje omyłce aptekarza, włościanin zaś nietrafności lekarza; żyd ufa w potęgę wiedzy i w to, że lekarz powinien ją posiadać, chłop zaś liczy więcej na traf, a wiedza niewiele go interesuje. Swoim porządkiem, wieśniak ma dużo t. zw. „chłopskiego rozumu“: potrafi on bezpośrednio i dosyć trafnie ocenić wiele rzeczy, wobec których drobnomieszczanin puszcza wodze różnym kombinacyom. Tak np. zauważyłem, że jeśli we wsi jakiej zjawiała się błonica, mieszkańcy po kilku niepomyślnych zaśląbnięciach i po pomyślnych próbach leczenia surowicą, tłumnie się zgłaszali w samym początku choroby bez względu na koszty, większe, niż w innych wypadkach. Mieszczanie stosunkowo wolniej uczyli się rozumu.

W praktyce wiejskiej dobrze jest trafić do rozumu pacyenta. Ale trafić trzeba nie ze stanowiska wyrozumowanych poglądów, lecz przez odczucie punktu widzenia ludu. Wobec względnej jego szczerości trzeba starać się o wytworzenie bezpośrednich stosunków człowieka z człowiekiem. Umiejętne, życzliwe postępowanie powinno powoli zdobywać dla lekarza zaufanie swej okolicy. Nie chodzi jednak o rutyniczną, szablonową przychylność, okazywaną czasem przez lekarzy. Należy głęboko wnikać w treść życia ludu, aby odwykił widzieć w lekarzu człowieka obcej sfery i pojęć. Nie wyklucza to stanowczości i siły w odpowiednich wypadkach: owszem—wieśniak lubi to i chętnie ufa energicznemu lekarzowi.

Do ludzi uczuciowych trzeba trafiać przez uczucie, a nie przez suche rozumowanie; dalej zaś—nie tyle przez osobiste uczucia, ile przez społeczne.

Nie przeczę, że to mozolny i trudny sposób postępowania. Czasem zniechęcenie ogarnia, że od czasu do czasu spotykają nas przykrości, zawody (o ile nie jesteśmy automatami). „A jednak się porusza“, jakkolwiek długi czas może upłynąć, zanim spostrzeżemy z zadowoleniem owoce pracy. A nikt nie ma w tym kierunku tylu potrzeb, a zarazem tylu zadatków, ile lekarz wiejski. To nie jest „pium desiderium“, to jest wprost koniecznością—poznawać, badać lud wszechstronnie. Wykształcenie przyrodnicze ułatwia nam zadania. Poznać poglądy lecznicze (nawet przesady), warunki zdrowotne, stosunki statystyczne, etnograficzne, ogólne pojęcia ludowe, zwyczajne—oto część zadań życia społecznego na wsi. Te zadania będą rozwiązane, ale warto, żeby się tem zajęli, lekarze. Stworzy to między nami a ludem cały szereg punktów stycznych i wciągnie nas w koło pracy, pożytecznej materialnie i dającej istotne zadowolenie. Należy też zacieśniać wzajemne stosunki między lekarzami. Wielu to lekarzy pozostaje poza obrębem żywej wymiany myśli! Szablonowe narady przy łóżku chorego nie zastąpią tego. Praca zawodnicjonalnych koleś lekarskich ożywia się coraz bardziej, ale obowiązkiem każdego z nas jest łączyć się z niemi. Więcej życia w pracy! Jakże obojętnie spoglądamy w przyszłość? Żyjemy krótko, a śmierć ciągle zabiera towarzyszków w pełni sił; smuci nas los pozostałych

wdów i sierot, a jednak nie dbamy o siebie. Kasy przezorności uważamy za rzecz kłopotliwą i nie mającą wielkiego znaczenia. A jednak wszystko na świecie dąży do łączności i organizacyi. To są rzeczy powszechnie znane, a ja wcale nie zamierzam robić wynalazków, ani wskazywać nowych dróg. Świat dąży swoją drogą pomimo wszelkich rozumowań, które o tyle mogą popchnąć sprawę, o ile zgadzają się z prądem rozwojowym, inaczej mówiąc, o ile są jego naturalnym wynikiem. Cały szereg faktów wskazuje nam kierunek dążności życia współczesnego w zakresie potrzeb zdrowotnych i lecznictwa na wsi, a działalność wydziału ludowego Towarzystwa Hygienicznego dąży do zogniskowania usiłowań; pragnąć należy, aby wszyscy lekarze wiejscy wzięli udział w tej pracy.

We wrażeniach swych próbowałem naszkicować tylko to, co każdy z nas z osobna może robić dla swego i wspólnego dobra. Pomijam całą publiczną stronę kwestyi (organizację pomocy lekarskiej, uzdrowotnienie wsi etc.)

Spisałem swe wrażenia, bo uważam, że czyny nasze wypływają albo z nawyknień, albo z uczuć. Nawyknięcia osiągamy przez powtarzanie, a pewny jestem, że powszechnie znana bajeczka o zadaniach lekarza wiejskiego będzie powtórzoną jeszcze setki razy, dopóki nie wsiąknie w krew naszą. Nawyknięcia nadają trwałość, ale istotną pobudką czynów są uczucia. „Co bardziej dokuczy, to bardziej nauczy“. Czy uczucie naszych nie poruszy świadomość, że warunki bytu stają się coraz trudniejsze? Spójrzmy rzeczywistości w oczy, aby uniknąć gorzkich rozczarowań. Obojętne wyczekiwanie pacjentów nie zawsze zapewni przyszłość.

„Trzeba z żywymi naprzód iść!“

St. Kochanowicz.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 maja 1903 r.

(OH) Dnia 2-go b. m. odbył się konkurs publiczny w celu obsadzenia posady nadetatowego ordynatora w oddziale chorób nerwowych w szpitalu Żydowskim. Do konkursu stanęło 7 kandydatów. Wszyscy już od szeregu lat praktykujący jako specjaliści w tej gałęzi medycyny, wszyscy też znani już w literaturze ze swych mniej lub więcej licznych prac naukowych, a mianowicie koledzy: Bernstein S., B i r o, B y c h o w s k i, F l a t a u, H i g i e r, K o p e c z y ŋ s k i H. i L a n d a u S t a n. Z tego względu konkurs ten budził nie małe zainteresowanie w kołach lekarzy. Sąd składali: prof. T r o i e k i j, inspektor szpitali, jako przewodniczący z urzędu, kol. S z w a j c e r, lekarz naczelny szpitala Żydowskiego, kol. S t a n k i e w i c z, lekarz naczelny szp. Ewangelic-

kiego, prof. uniwersytetu S z c z e r b a k, koledzy: T a c z a n o w s k i, Rosenthal A. i C h e ł c h o w s k i, ordynatorzy szpitali. Ze względu na znaczną liczbę ubiegających się zmieniono wymagania konkursu o tyle, że każdy kandydat badał tylko jednego chorego zamiast dwóch, jak zwykle (każdy kandydat miał swego chorego). I tak jednak konkurs przeciągnął się od 10 rano do 6 wieczorem.

Wszyscy kandydaci okazali się pod każdym względem godnymi zajęcia stanowiska, o jakie się ubiegali. Ale, że posada była tylko jedna, więc z dobrych trzeba było wybrać najlepszego. Jak wiadomo, każdy z sędziów określa swe zdanie o danym kandydacie za pomocą cyfry od 1 do 10; odbywa się to głosowanie tajnie, „według sumienia“, jak chce ustawa; nie ma uprzednio wspólnego rozbioru kwalifikacji kandydatów.

Zestawienie podanych cyfr dało następujący porządek kandydatów: Flatau, Higier, Bychowski, Biro, Kopczyński, Landau, Bernstein. Tym więc sposobem kolega Flatau—jako pierwszy na liście—otrzyma posadę.

Taki wynik konkursu nie był bynajmniej niespodzianką konkursową, jakie niekiedy się zdarzały, przeciwnie—zdanie ogólne przeczało kol. Flatauowi uzyskaną posadę, ztąd też i wyrok sądu znajdzie najszerze uznanie.

My ze swej strony składamy kol. Flatauowi, jako współpracownikowi naszemu, powinszowanie zwycięstwa, które mu da odpowiednie pole do dalszej owocnej pracy w dziedzinie neuropatologii.

--z-- Na prezesa rady Tow. higienicznego powołano kol. J. Polaka, na wiceprezesa kol. Palmirskiego, na sekretarza p. M. Białonrzeskiego. Mamy nadzieję, że nowy skład prezydium energicznie się zajmie sprawą higieny u nas.

—kd— W szpitalu Dzieciątka Jezus utworzono dwie nowe posady lekarzy miejscowych z płacą 570 rubli rocznie (300 rub. pensyi, 120 rb. na życie i 150 rb. na mieszkanie).

—z— Jako przyczynek do upodobania publiczności w lekturze t. zw. popularnych wydawnictw szarlatanów lekarskich w Niemczech, wystarczyć przytoczyć cyfry. Pism tego rodzaju jest w Niemczech 24, które rozchodzą się w 150000 egzemplarzy.

—z— Na 5 zjeździe dermatologów, który odbędzie się w Berlinie 13—17 września, wybrano jako tematy do dyskusji: 1) przymiot naczyń, 2) choroby skóry przy złej przemianie materii, 3) leczenie nabłoniaków.

—kd— VII-my międzynarodowy zjazd otyatrów odbędzie się w Bordeaux 1—4 sierpnia 1904 r. Za tematy ogólne obrano: rozpoznawanie i leczenie ropień błędniaka i technika otwierania ropni mózgowia pochodzenia usznego. Głównym sekretarzem zjazdu jest prof. L e r m o y e z. (Paris, 20 bis rue La Boétie).

—kd— Jeden z sądów paryskich skazał subjekta sklepu winnego za odgryzienie kawałka muszli usznej jednemu z kupujących na 3 miesiące więzi i 1000 franków odszkodowania. Wartość powo-

nienia określił tenże sąd na 1800 fr. w sprawie pewnej dziewczyny, która je straciła przy zderzeniu omnibusów i skarżyła później, o odszkodowanie Towarzystwo omnibusów. (Journ. de médec de Paris, 5. IV. 903).

—s— Jak donosi Ruskij Wracz, z 11 na 12 marca w lmanie na drodze Usuryjskiej zachorował na cholere maszynista. Kwarantanna została zaprowadzona natychmiast.

—s— W La Revue méd. znajdujemy dane, dowodzące, że wraz ze wzrostem użycia wysoko liczba zdolnych do służby wojskowej równolegle spada. Cyfry dotyczą departamentu Eure.

—s— We Francji wprowadzono szczepienie obowiązkowe ospy w 1, 11 i 21 roku życia.

—ks— Staraniem Towarzystwa Lekarskiego Płockiego wydano przepisy „Jak karmić niemowlęta? (dzieci przy piersi)“.

Jest to zbiór przepisów treściwie zebranych, w 10 prawidłach objętych, dotyczących karmienia piersią matczyną i w tyłuż prawidłach—karmienia sztucznego (mlekiem krowiem lub kozim). Całość wydana na arkuszu na pięknym welinowym papierze (dar pana Epsteina z Soczewki), drukiem czytelnym z uwydatnieniem rzeczy ważniejszych.

Sto egzemplarzy kosztuje rb. 1, a wraz z przesyłką rb. 1 kop. 50. Życzyć należy, by przepisy te znajdowały się w każdym domu i chacie, a w tym celu wydawcy oznaczyli niską cenę, bo 1 kop. za egzemplarz.

—s— Na najbliższy zjazd międzynarodowy wybrano Lizbonę.

—w— Mamy w obecnej chwili w Warszawie bardzo liczne przypadki odry o przebiegu niezbyt ciężkim. Również dosyć często występuje szkarlatyna.

Z M A R L I.

D-r Szczęsny Szypiąński, starszy lekarz wojskowy, w Kijowie, w wieku lat 63.

D-r Naftul Flinder dnia 5 b. m. w Lublinie, w wieku lat 42.

D-r Władysław Jasiński we Lwowie, w 76 roku życia.

D-r Franciszek Czaplą w Chełmnie.

D-r Władysław Sciborowski dnia 26 Kwietnia r. b. w Krakowie, w wieku lat 70. Zmarły przez długie lata praktykował w Szczawnicy. Pozostawił 78 rozpraw różnej treści z zakresu medycyny. Imię swoje chlubnie zapisał na kartach dziejów instytucji społecznych i dobroczynnych w Galicji. Nadto położył zasługi dla Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, którego był założycielem i przez 11 lat sekretarzem stałym, a następnie prezesem.

Prof. S. Wasiljew w Jurjewie (Dorpacie).

Ogłoszenie.

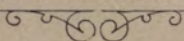
Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy, da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nietylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizką jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 30 Kwietnia 1903 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Мая 1903 г.