

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rys balneotechniki. Skreślił Dr. M. Zieleniewski. (Ciąg dalszy).—
 Streszczenia i wyciągi. 79. O transplantacji kości. 80. Przypadek syfilitycznego zajęcia kręgow. 81.
 42 przypadki ciężkiego zapalenia płuc, leczonego wyłącznie wdychaniem chloroformu. 82. Przypadek
 ropnego zapalenia wątroby. 83. Kilka uwag o drożdżach piwnych, jako środka leczniczym. 84. O dzia-
 łaniu fizyologicznem i leczniczem ortometylacetanilidu.—Odcinek. Prof. Rydygier. Projekt statutu zjaz-
 dów chirurgów polskich.—O istocie i historycznym rozwoju dyagnostyki przez prof. O. Kehler'a. Prze-
 łożył dr. A. Fruchtman. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

RYS BALNEOTECHNIKI

Skreślił Dr. Michał Zieleniewski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 25.)

Wanny marmurowe (już w starożytności przez Rzymian i Greków używane) są bardzo ciężkie i drogie (przeszło 180 fl. aust. za sztukę); nadto mimo łatwego utrzymania w czystości i swej milej powierzchowności, mają wiele stron ujemnych. Jakoż bardzo trudno i zbyt wolno się ocieplają, sprawiają nieprzyjemne uczucie przy zetknięciu się z wanną części ciała wodą kąpielową nieosłoniętych; zaś wody mineralne w kwas węglowy zamożne, tudzież solanki wżerają materiał wanny, wskutku tego jej ściany stają się chropowate i dla ciała rażące; jeżeli zaś zrobione były nie z jednego kawałka ale (jak to teraz najczęściej bywa), jeżeli są składane z pojedynczych płyt, wówczas bardzo łatwo ciekną.

Wanny z cementu jakkolwiek są trwałe, niedrogie i dają się czysto utrzymywać, a nie podlegają erozyi od żadnej z wód mineralnych; ale mają te same ujemne strony jak i marmurowe.

Wanny porcelanowe wyglądają bardzo ozdobnie, mogą być łatwo w czystości utrzymane, ogrzewają się łatwiej aniżeli marmurowe; ale są zarówno zbyt drogie (1 sztuka przeszło 180 fl.); a nie okazują się w użyciu tak trwałe, jakby się pozornie wydawać mogło. Złożone z małych tabliczek na cencie osadzonych, łatwo ulegają stłuczeniu i odpadaniu ich emalii.

Wanny miedziane wyglądają bardzo ozdobnie i schłodnie, zatrzymują pierwotny stopień ciepłoty kąpielowej niemal przez całą godzinę, dadzą się zastosować do wszelkiego rodzaju wód mineralnych, są trwałe, stosunkowo niezbyt drogie (1-na sztuka około 90 fl. a. m.); albowiem sam ich materiał posiada wewnątrz, a wysoką wartość. Tego rodzaju wanny niepobielane a z wypolerowaniem, winny być bardzo starannie w czystości utrzymane, dla uniknięcia osadzenia się zieleni miedziowej (grynszpanu) na ich ścianie.

Cynk jest bardzo dobrym materiałem na wanny, wyglądające schłodnie,

długo utrzymujące pierwotną ciepłość wody kąpielowej, nie bardzo podlega wżeraniu się wody mineralnej w ściany wanny, a w cenie jest przystępny. Wanna cynkowa (w miarę grubości blachy na wannę użytej) kosztuje 20 do 36 zł. reńskich.

W najnowszym czasie zalecano wanny z emaliowanego lanego żelaza; jednak są one drogie (cena za jedną sztukę 100 złr.), nie mają przyjemnego wejrzenia, a ich emalia jest nietrwałą.

Nadto używają także za materyał na wanny blachy żelaznej kutej galwanizowanej i cyną pobielanej.

Kształt i rozmiary wanny winny być odpowiednie do wygodnego w niej przebywania. Bardzo jest przyjemny kształt wanny, jeżeli jej dłuższe boczne ściany od dna ku górze zwolna stożkowo się rozszerzają, tudzież jeżeli górny brzeg wanny jest na zewnątrz półokrągło wywinięty.

Najwygodniejsze rozmiary wanny są następujące:

długość dna wanny	1,30 metr.
długość wejścia do wanny	1,50 metr.
szerokość wejścia do wanny od strony głowy.	57 ctmtr.
szerokość wejścia do wanny od strony nóg	46 ctmtr.
szerokość dna wanny od strony głowy.	45 ctmtr.
szerokość dna wanny od strony nóg	34 ctmtr.
wysokość wanny od strony nóg	53 ctmtr.
wysokość wanny od strony głowy	59 ctmtr.

Tego rodzaju kształt i rozmiary wanien metalowych zastosowano w łaźniach Krynicy do kąpeli mineralnych klasy I, a 30-letnie nasze tam pełnienie obowiązków lekarza zdrojowego, ani razu nie dało nam sposobności, usłyszenia zarzutów od gości kąpielowych na rozmiary tamtejszych wanien.

O ile małe wanny są bardzo niewygodne dla kąpiącego się, o tyle zbyt wielkie są nie tylko niekorzystne dla właściciela zdrojowiska pod względem wydatku na ich sprawienie; ale zarazem są niepraktyczne z powodu marnotrawstwa wody mineralnej, jakoteż są niestosowne dla kąpiącego się, nieużywając mu możliwości zachowania wygodnej postawy i ułożenia się, tudzież do wykonania swobodnego ruchu podczas kąpeli; albowiem w nazbyt wielkiej wannie nieustannie ślizga się osoba kąpiąca się.

Umieszczenie wanien w poszczególnych gabinetach gmachu łaźniowego może być albo powyżej albo poniżej podłogi łaźniowej.

Za materyał na zbiornik do wspólnych kąpeli mineralnych nie należy używać kamienia porowatego; ale rzeczonym materyałem ma być twardy wapień, serpentyn lub marmur; cały zaś zbiornik winien być cementem murowany, a na swych ścianach zewnętrznych gładko wyprawiony.

Nadmieniony sposób wspólnego kąpania się jest najdawniejszym a niezawodnie i najpierwotniejszym; albowiem jego urządzenie wymagało bardzo małego zachodu, a nierzadko tego rodzaju zbiornik dla wspólnych kąpeli znajduje się w źródliku już od natury utworzonym.

Kąpiele tak wiele u Rzymian rozpowszechnione, prawie zawsze odbywa-

ły się w zbiornikach, a nawet w wiekach średnich było najzwyczajszą postacią kąpiele.

Liczne są powody zaprowadzenia jeszcze i w dzisiejszym czasie wspólnych kąpiele w zbiorniku.

Gdzie zływa na miejscu i funduszu na wystawienie gmachu kąpielowego gdzie względy oszczędności o zasób i o ilość wody osobliwie rodzimej ciepłej, rozporządzalnej na kąpiele, nie pozwalają urządzać gabinetów kąpielowych, przeznaczonych dla pojedynczych wanień — gdzie rodzaj składu chemicznego ciepłej bardzo prędko a obfitem osadzaniem się stałych jej składników, snadno zatyka rury i kurki wanień (co z pomiędzy dawniej polskich zdrojowisk, przedewszystkiem dotyczy Drużbaków) albo gdzie ciepłota termy niewiele przekracza właściwy stopień kąpielowy, a jej liczny rozdział na pojedyncze wanny bardzoby obniżył jej rodzimą temperaturę; tam zastosowanie sposobu kąpania się w dobrze urządzonym zbiorniku jest uzasadnionem. Nadto, wspomniane urządzenie kąpielowe połączone jest z oszczędnością miejsca i kapitału wkładowego na wystawienie gmachu, tudzież kosztów na utrzymanie usługi kąpielowej, nie wymaga opału, a zarazem umożliwia kąpiącym sposobność do pływania i do wykonywania podczas kąpiele innych ćwiczeń gimnastycznych.

Jednak wszelkie powyższe pożytki z zastosowania zbiorników do wspólnych kąpiele przeważają niekorzyści, następczące się z ich używania. Przedewszystkiem należy niezapominać, iż możność zarażenia się od dotkniętego tego rodzaju chorobą osoby nie da się tutaj wykluczyć. Wszak bardzo łatwo ropa albo inna zaraźliwa wydzielina w tak bliskim zetknięciu, jakiego następcza wspólna kąpiel, może być przeniesioną na błony śluzowe innej osoby. Wreszcie nie należy do przyjemności, kąpać się razem z osobami, o których ochędoście i czystości nie jesteśmy przekonani. Również niewszysey mogą zapomnieć, iż kąpiel sprzyja wydzielaniu moczu, a niekaždy obdarzony jest dostateczną siłą, aby zapanować nad własnym popędem do oddania moczu, tudzież iż niekaždy skorym będzie do zadania sobie przymusu i gwałtu naturalnej swej potrzebie bodaj wśród kąpiele. Wreszcie wspólne kąpanie się wielu razem osób może także spowodować moralne dla nich niekorzyści. Nakoniec względy obyczajności, których bliższego tutaj wyjawnienia zaoszczędzić sobie pragniemy, sprzeciwiają się wspólnemu kąpaniu, nadewszystko osób obojga płci. Już u dawnych Rzymian według Cicerona poczytanem było za nieobyczajność, jeżeli rodzice z dorosłemi swemi dziećmi, albo nawet teściowe ze swym zięciem razem w jednej łazience się kąpali. Nareszcie, sam gwar i hałas jednocześnie większej ilości osób razem się kąpiących, nieustanne głośne ich rozmowy, tudzież nierzadka przytem obecność widzów, należą do okoliczności, niełatwo przez każdego cierpliwie znieść się dających.

Bezwarunkowo i najwyraźniej stanowczo oświadczamy się przeciw łącznemu społem kąpaniu się mężczyzn i kobiet w zbiornikach, jakie niestety! jeszcze po dziś dzień bywa zastosowanem w niektórych zakładach dla ubogiej klasy osób. Tego rodzaju wspólne kąpiele (nawet przy użyciu niejakiej osłony ciała) są ze wszech miar naganną, ostatnią pozostałością ze zadawnionego

(z czasów Rzymskich) zwyczaju, gdy kąpiele służyły tylko jako środek podniecający nadużycie zmysłowych rozkoszy. Skoro obecnie kąpiele mineralne poczytujemy tylko za środki lecznicze, to powinniśmy stanowczo wszystko z nich uchylić, coby mogło ubliżać ich przeznaczeniu, albo przypominać czasy powszechnego a ohydneho zepsucia i niemoralnych zwyczajów, w starożytności zakorzenionych.

Jeżeliby zbiorniki do wspólnej kąpeli za dni naszych gdziekolwiek teraz zaprowadzono, powinniśmy stanowczo niedopuszczyć jednoczesnego łączenia kąpeli dla osób obojga płci; ale bezwarunkowo najściślej przeznaczyć inne godziny kąpielowe, oddzielone dla mężczyzn tudzież dla kobiet, nadto zbiorniki muszą być koniecznie zaopatrzone w stały dopływ i odpływ wody, tudzież codziennie wieczorem najstaranniej po spuszczeniu z nich wody kąpielnej, powinny być oczyszczone, a nazajutrz dodnia świeżą mineralną napełniane.

Obszerność zbiorników bywa rozmaita. Zwykle służą one do współczesnego pomieszczenia się 15–20 osób, jednak niekiedy są tak wielkie, iż nawet dla 200 osób wystarczają. W zakładzie zdrojowym Bagnières du Luchon są zbiorniki każdy dla 75, a w Monte Dore i w Bourbon każdy dla 200 osób, w Baden pod Wiedniem każdy zbiornik może pomieścić od 20 do 80 współcześnie kąpiących się. U nas w kraju tylko jeden zakład kąpielowy Jaszczurówka ma 2 zbiorniki do współczesnego używania tamtejszej cieplicy (+21,2° C.), oddzielny dla mężczyzn a osobny dla kobiet, z których każdy mając powierzchnię 84 metr. kwad., nastrocza miejsca dla 20 wspólnie kąpiących się osób.

Urządzenie przewietrzające (wentylacyjne) gabinetu łazienkowego dla szybkiego wydalenia po każdej kąpeli powietrza zanieczyszczonego przede wszystkim gazem kwasu węglowego, tudzież dla jednoczesnego doprowadzenia czystego atmosferycznego powietrza (wszakże bez narażenia osoby kąpiącej się na przeciągi), jest niezbędną potrzebą w każdym gabinecie kąpielowym.

Potrzebie przewietrzania zadosyć czyni:

- a) przyrząd do otwierania okna gabinetu łazienkowego—tudzież
- b) urządzenie przepustu (kanału) przewietrzonego, wraz z odpowiednim zastosowaniem sieci rur, służących do odprowadzania zanieczyszczonego i ku doprowadzeniu świeżego powietrza, czyli t. z. wentylacyjna kanalizacya poszczególnych gabinetów łazienkowych.

Co do a). Przyrząd do otwierania okna (właściwie jednej jego szyby przewietrzalnej) umieszcza się w najwyższym przedziale górnego skrzydła okna, oprawionej w żelazną ramkę, o jej brzegach nieco wystających nad drzewo oprawy szyby okiennej, łatwo w górę podnieść się dającej pociągnięciem łańcuszka, przeprowadzonym przez klubkę, któryto łańcuszek przechodzi przez mosiężne obramowanie zatyczką zaopatrzone. Szyba przewietrzalna przy jej otwieraniu własnym ciężarem na dół opada, mogąc być albo zupełnie otwartą lub tylko uchyloną; zaś w swem otwarciu dowolnie ustawioną przez niższe lub wyższe opuszczenie i zahaczenie na wspomnianej zatyczce.

Nadmieniony przyrząd jest bardzo prosty i pojedynczy, może być w każdym czasie zastosowany do wszelkich nawet dawno wystawionych łazienek, da się użyć o każdej porze roku, a bardzo dobrze spełnia swe zadanie. Płonąca

świeca trzymana przy otwartej szybie przewietrzalnej, łatwo może przekonać, iż tą drogą z pokoju łazienkowego nieczyste powietrze wychodzi, a wpada czyste; albowiem płomień świecy w górnej połowie otwartej szyby, najczęściej zwraca się na zewnątrz, a w dolnej części kieruje się ku wewnątrz. Prąd powietrzny przedstawia się tu dostatecznie silnym do odprowadzenia kwasu węglowego i pary wodnej z gabinetu łazienkowego. Jeżeli szybę zupełnie się otworzy, wówczas powstaje gwałtowne krążenie powietrza, osobliwie, gdy zewnętrzne powietrze nie jest zbyt gorącym, a wtedy w 2 do 3 minutach czujemy w całym gabinecie łazienkowym zupełnie oczyszczone powietrze. Wśród całkowicie otwartej szyby przewietrzalnej powstaje widoczny przeciąg, osobliwie gdy i drzwi łazienki są otwarte; ale wtedy w 3-ch minutach zupełna odnowa powietrza nastąpi, co przecież można skutecznie tuż przed wejściem do łazienki gościa kąpać się mającego. Skoro gość jest już w gabinecie łazienkowym, wówczas pociąga się szybę przewietrzalną w górę, pozostawiając ją otwartą tylko 1 do 2-ch cali, co wystarczy do utrzymania przewiewu powietrza, nie powodując doznawania albo uczuwania przeciągu; co też możemy mieć uwidoczniwionem, trzymając płonącą świecę przy uchylonej szybie; albowiem płomień świecy nie chwieje i nie rusza się. Tym sposobem nawet podczas całego trwania kąpieli można pozostawić owo małe uchYLENIE szyby, zapobiegając znacznie szerszemu zanieczyszczeniu powietrza w łazience. Pod tym względem jest istotna wyższość i różnica, zachodząca się między użyciem urządzenia szyby przewietrzalnej a otwieraniem na kilka minut całych okien, skutecznionem przed wejściem gościa do kąpieli. Wreszcie każdemu też wiadomo, iż podczas deszczu lub wichru służba łazienkowa niechętnie otwiera okna z obawy rozbicia szyb okiennych; gdy przeciwnie szybę przewietrzalną w każdej porze czasu uchylić może. Nakoniec i ta okoliczność korzystnie za nadmienionym przyrządem przewietrzania przemawia, iż zwykle służba łazienkowa dla wrzekomych trudności, czyli raczej ze swego niedbalstwa, niechętnie otwiera górne skrzydło okna, ale dolną jego kwaterę, przez którą dolne warstwy powietrza w gabinecie kąpielowym tylko bardzo nieznacznie w ruch wprawiane bywają; przedewszystkiem zaś para wodna z poprzedniej kąpieli jako mgła gabinet łazienkowy napelniająca, prawie wcale się z niego nie wydala. Jeżeliby ten najprostszy przyrząd szyby przewietrzalnej okazał się niezupełnie do swego celu wystarczającym, wówczas zespolenie go z systemem przewietrzalnym poniżej opisanym, spotęguje do najwyższego stopnia pozyskanie przewietrzenia gabinetów łazienkowych.

b) Urządzenie przepustu (kanału) przewietrzonego przez założenie sieci rur nieczyste powietrze odprowadzających.

W środku 4—6—8 gabinetów łazienkowych zakłada się szeroką rurę ponad dach gmachu łazienkowego na podobieństwo komina. Do wspomnianej rury doprowadzają się z każdego gabinetu otwarte wąskie cynkowe lub żelazne rurki, albo też robi się otwór w ścianie poszczególną łazienkę przedzielającą, umieszczony na wysokości dorosłego mężczyzny. Nadmieniony otwór zaopatrzy się ruchomemi na zawiasach drzwiczkami i kratką drucianą, któreto drzwiczki czyli klapy na przeciwnej stronie ich zawias ciężarkiem opatrzone,

za pociągnięciem na dół opuszczane czyli uchylane, lub zupełnie otwierane być mogą. Uchylenie lub zupełne otworzenie drzwiczek służy do normowania prądu powietrznego. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

79. ADAMKIEWICZ. **O transplantacji kości.** Przy badaniu ucisku mózgu wykonywał A. liczne trepanacje czaszki na zwierzętach. Z przyczyn podanych w pracach o ucisku mózgu (np. *Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression Sitzungsber. d. Kais. W. Akad. der Wissenschaft. B. 88, 1883*) wkładał A. znowu do otworów trepanacyjnych płytki kostne wytrepanowane i zaszywał okostną i skórę. Już zaraz z początku spostrzegł, że zrosły się one z czaszką. Od tego czasu nie spuścił z oka tej ważnej sprawy, a badania liczne w tym względzie dokonane dały następujące wyniki:

1) Wytrepanowane okrągłe płytki kostne 0,6 do 1 ctm. średnicy włożone do otworu trepanacyjnego zrastają się później z takowym, jeśli podczas operacji według prawideł antyseptyki postępowano.

2) Czas, który jest potrzebny do zrostu kości wynosi 4 do 6 tygodni, gdyż po upływie tego czasu mózg A. wykazał zupełne zrośnięcie się kostne kości implantowanej z dnem macierzystym.

3) Kość wytrepanowana może leżeć 5 do 10 minut na powietrzu lub w roztworze kwasu karbolowego (2 do 3%).

4) Także większe części kości, nawet przekraczające 1 ctm. długości i szerokości, których brzegi nawet nie są gładkie mogą zrosnąć się z czaszką.

5) W ten sposób można przenieść kości czaszki z jednego zwierzęcia na drugie.

6) Zrost kostny odbywa się na brzegach kości, gdyż kostnieją one i stają się z czasem coraz niewyraźniejsze, podczas gdy wolne powierzchnie kości zachowują swój kształt i swoją gładkość.

7) Połączenie organiczne między kością implantowaną a dnem macierzystym odbywa się z początku za pomocą tkanki łącznej, która przedstawia się pod mikroskopem jako włókna tworzące siatkę. W dalszym przebiegu wytwarzają się w tej tkance ossyfikacye. Wychodzą one po większej części z dna macierzystego, częściowo wytwarzają się wśród tkanki łącznej. Tam tkanka kostnina wrasta półksiężycowato do tkanki łącznej—tu pokazuje się w postaci wysepek, które za pomocą włókien tkanki łącznej łączą się z kością. W bardzo szerokich mostach łącznotkankowych bardzo powoli tylko, lub wcale nie powstaje ossyfikacya.

8) Ossyfikacye te coraz bardziej się powiększają i rosną, a usuwając powoli tkankę łączną zajmują jej miejsce tak, że jeśli mostek łączący kość implantowaną z kością macierzystą nie jest zbyt szeroki, powstaje tkanka kostna łącząca kość implantowaną z kością macierzystą.

9) Przy tej sprawie okostna żadnej nie odgrywa roli, gdyż zrost odbywa się w sposób opisany także wtedy, gdy okostna zostaje w obrębie pola operacyjnego usunięta.

10) W takim razie tworzy się na kościach pozbawionych okostnej nowa okostna.

11) Udało się także wymienić kości czaszki między zwierzętami należącymi do różnych gatunków specjalnie między królikiem a psem.

(*Sitzungsberichte der K. W. Akad. der Wissenschaft. 1888 Anzeiger Nr. XXVII 1889 Anzeiger Nr. XI*), Dr. Albert Süsskind.

80. Prof. dr. LEYDEN. **Przypadek syfilitycznego zajęcia kręgow.** Wykład w towarzystwie lekarzy szpitala Charité. Pacjent nabawił się wrzodu wenerycznego

z następczą dymienicą, która była przeciętą. Drugorzędne objawy nie wystąpiły. Obecna choroba zaczęła się przed dwoma laty uczuciem naprężenia i bólem w dolnej części kręgosłupa. Przykre te sensacje występowały pierwiastkowo tylko po wysiłkach fizycznych, następnie jednak zjawiały się już i bez żadnej przyczyny. Po upływie roku przyłączyły się silne bóle w lewej nodze, z powodu których pacjent nie mógł opuszczać pokoju. Zginanie i wyprostowywanie nogi było możliwe tylko z wielkim wysiłkiem, a chory nie mógł trzymać się prosto i chodził zgarbiony. Przytem najmniejszy wysiłek mięśniowy tak go męczył, że pot formalnie lał się z niego. Lekarze uznali cierpienie to za umiejscowione w mleczu pacierzowym i zalecali przedewszystkiem spokój w łóżku, czego jednak pacjent z powodu zajęć swych spełnić nie mógł.

Choroba doszła do tego stopnia, iż pacjent o własnej sile chodzić nie mógł i tylko absolutny spokój w łóżku zapewniał mu na chwilę spokój od bólów. Inny lekarz pytany o radę uznał cierpienie to za *lumbago* i zalecił bańki ciepłe i elektryczność, co jednak choremu żadnej ulgi nie przyniosło. Słabość kończyn dolnych i bóle wzrastały z dniem każdym, a do tego i władze umysłowe chorego, a szczególnie pamięć cierpieć zaczęły. W takim stanie zapisał się do szpitala Charité na o 'dział prof. Leyden'a. Tutaj skonstatowano stan paretyczny kończyn dolnych, oprócz tego uderzała słabość jakkolwiek w mniejszym stopniu kończyn górnych. Przy troskliwym badaniu pokazało się i cierpienie kręgosłupa; w części górnej lędźwiowej można było widzieć wypukłość, obejmującą kilka kręgów i nadzwyczajnie wrażliwą na najłżejsze dotknięcie. To zajęcie kręgów dostatecznie tłumaczyło porażenie kończyn dolnych, ale nasz chory od kilku tygodni doznawał również gwałtownych bólów i osłabienia w kończynie górnej, a przy bliższem badaniu okazało się miejsce nadzwyczajnie wrażliwe i bolesne w górnych kręgach piersiowych.

Przy kuracyi specyficznnej t. j. leczeniu wcieieraniami, pacjent doznał znakomitego polepszenia, porażenie kończyn dolnych ustąpiło, została tylko lekka sztywność i bardzo nieznaczne osłabienie. Także i władze umysłowe wróciły do pierwiastkowego stanu energii i świeżości, a pacjent doznawał uczucia zupełnego zdrowia i siły.

Dyagnoza opisanego przypadku nie była tak łatwą. Autor sądził z początku iż miał do czynienia z *Caries* kręgosłupa, nie godziła się jednak z tem przypuszczeniem wielostronność porażenia. Przy *caries* możemy obserwować zajęcie jednego lub dwóch stawów kręgów, również nadzwyczajna wrażliwość na najłżejszy ucisk nie zdarza się przy gruźliczych zajęciach kręgów.

Obok tego pacjent przedstawiał cierpienia i innych stawów, tak iż pierwiastkowo można było myśleć o reumatyzmie stawowym, tem bardziej iż występowała przez czas jakiś i gorączka do 39° C. Tymczasem terapia antireumatyczna (antipiryna) nie odniosła żadnego skutku, tak że autor przypuszczał znowu liczne mięsaki (*sarcomata*) w kościach, które również przebiegają z gorączką. Ponieważ jednak pacjent wyznał, że uległ zarażeniu przymiotem, badanie dyagnostyczne zwróciło się do rozwiązania pytania, czy proces w kręgach nie powstał na tle syfilitycznem.

Syfilityczne zajęcia kręgów są w ogóle bardzo rzadkie, ponieważ jednak pacjent przebywał w krajach gorących, a tam syfilis przybiera inne formy, występuje mianowicie bardzo często z wysoką gorączką, tem więc prawdopodobniem okazało się przypuszczeniu o przymiotowym zajęciu kręgosłupa.

Skutek terapii potwierdził w zupełności rozpoznanie. Już po ośmiu dniach leczenia specyficznego było widocznem znaczne polepszenie; bóle i stan osłabienia w kończynach górnych i dolnych znikaly, a i garb zmniejszył się znacząco. Chory może chodzić, a nawet biegać, co dla cierpiących na mlecz pacierzowy wiele znaczy. Przypadek opisany jest pod wieloma względami bardzo

interessującym; przypadki przymiotu kręgosłupa nie były dotychczas wcale opisane, a od trafnego rozpoznania zależy i terapia decydująca o życiu pacyenta.

(Berl. klin. Wochenschr. 21—1889). W. Choderki.

81. Dr. CLEMENS. 42 przypadki ciężkiego zapalenia płuc, leczonego wyłącznie wdechaniem chloroformu (*Zweiundvierzig schwere Lungenentzündungen ausschliesslich mit Chloroforminhalationen behandelt*) Zachęcony pracą STEPPA z Norymbergii „o wewnętrznym zastosowaniu chloroformu zwłaszcza przy zapaleniu płuc“, autor w ciągu swej 40-letniej praktyki zarówno szpitalnej, jak i prywatnej, próbował powyższego środka i przekonał się, że wcześniej zastosowane inhalacje chloroformu dają jaknajlepsze wyniki: z przypadków autora ani jeden nie zakończył się zejściem śmiertelnym. Do chloroformu dodaje autor zawsze wyskok (*spiritus rectificatus*), zapobiegając tym sposobem szkodliwemu wpływowi i rozkładowi chloroformu z jednej strony, z drugiej zaś unikając przy długotrwałych wdechaniach uśpienia. Nawet w przypadkach bardzo niepomysłnych obustronnego zapalenia płuc, gdzie chlorki zupełnie już znikaly z moczu, bezustannie inhalacje chloroformu z alkoholem sprowadzały szybkie polepszenie. Ponieważ, jak wiadomo, zarówno chloroform jak i alkohol pochodzą do krwiobiegu, obfite przeto i ciągłe inhalacje mogą wywołać zupełną przemianę krwi, przepływającej przez płuco, pozbawiając zaś krew włóknika, usuwają tem samym grunt dla miejscowej sprawy zapalnej. Łatwo więc pojąć, dlaczego przy powyższym sposobie leczenia zejście w zwałobienie zdarza się tak rzadko, dlaczego przebieg choroby bywa znacznie krótszym, powrót zaś całej sprawy chorobowej w płucach do stanu prawidłowego tak szybko postępuje. Wskazania co do ilości i czasu trwania inhalacji zależą od rozprzestrzenienia i natężenia zapalenia płuc. Im przypadek jest cięższym, tem częściej i dłużej należy stosować wdechania, tem więcej należy do chloroformu dodawać wyskoku.

(Allg. med. Central-Zeit. 21—23—1889). A. F.

82. Dr. August HIRSCHLER. Przypadek ropnego zapalenia wątroby (*Ein Fall von eitriger Leberentzündung*). Przypadek powyższy dotyczył 39 letniej kobiety, która 9 razy rodziła. Na 6 tygodni przed przybyciem do szpitala chora miała gwałtowne kolki w okolicy wątroby i wymioty; w dwa dni później pojawiła się żółtaczka. Kolki powtórzyły się jeszcze dwa razy. W chwili przybycia do szpitala podjęte badanie wykazało, co następuje: chora wychudnięta bardzo, język obłożony, prawe podżebrze wypukłone, wątroba znacznie powiększona, daje się z łatwością wyczuć pod łukiem żebrwym, bolesna. Ciepłota 39,5°, dreszcze wstrząsające. Rozpoznano ropne zapalenie wątroby, zależne od kamieni żółciowych. Zejście śmiertelne nastąpiło po upływie 6 tygodni. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: wątroba o 2 razy powiększona; większe przewody żółciowe rozszerzone i wypełnione zielonawo-żółtą, śluzoropną cieczą; na rozimaitych miejscach, zwłaszcza prawego płata wątroby znajdują się jamy, wielkości soczewki aż do orzecha laskowego, wypełnione ropą; pęcherz żółciowy skureczony, zrosnięty z sąsiednimi narządami za pomocą błon wrzekomych. Błona śluzowa pęcherza szarawo-biała, bliznowata, wewnątrz kilka kamieni żółciowych; ogólny przewód żółciowy grubości małego palca, zawiera kilka mniejszych i większych kamieni. Tym więc sposobem oględziny pośmiertne stwierdziły w zupełności rozpoznanie i etyologiczną zależność sprawy zapalnej w wątrobie od kamieni żółciowych. Drobnoustrojów nie znaleziono, pozostaje zatem nierozstrzygniętem pytanie, czy samo podrażnienie przez złoży może wywołać zapalenie wątroby, czy też niezbędnymi są do tego drobnoustroje. To atoli jest pewnem, że gdy zapalenie dróg żółciowych trwa długo, zastój żółci i zapalenie nie ogranicza się wyłącznie do dróg żółciowych, ale tworzą się wówczas śródzrazikowe ogniska zapalne, prowadzące albo do tworzenia się ropni, albo też przez bujanie tkanki łącznej do blizn.

(Pester med. chir. Presse 3—1889).

83. Dr. METTENHEIMER. Kilka uwag o drożdżach piwnych, jako środka leczniczym (*Einige Bemerkungen über die Bierhefe als Heilmittel*). Doświadczenia, dokonane przez HEER'A, nad działaniem leczniczym drożdży zasługują na uwagę lekarza. Jeszcze za dawnych czasów używano drożdży piwnych zewnętrznie i wewnętrznie, upatrywano w nich działanie krzepiące i przeciwnilne przy gorączkach tyfusowych; angielscy lekarze zalecali je jako środek łagodnie przeczyszczający, wreszcie stosowano je przy owrzodzeniach cuchnących, jako środek odwaniający i zapobiegający gniciu. Autor stwierdza przykładami przeczyszczające działanie drożdży, dodaje nadto, że środek powyższy posiada również własności wprost przeciwnie, a mianowicie reguluje trawienie, usuwając tym sposobem uporczywy nieżyt przewodu kiskowego. Jeden z przypadków dotyczy 30-letniej kobiety, dotkniętej zgęszczeniem lewego wierzchołka, chrypka, krwiopluciem, owrzodzeniem krtań, uporczywym rozwolnieniem. Z chwilą pojawienia się rozwolnienia, przy daleko posuniętej już wówczas sprawie chorobowej w innych narządach, zalecił autor 4 łyżki dziennie drożdży. Środek ten okazał się znakomitym, rozwolnienie ustąpiło. Stosował go autor w ciągu 2-tych tygodni z tym samym skutkiem. Łyżka stołowa dla dzieci, zwłaszcza małych stanowi w ogóle zbyt dużą dawkę i albo powoduje wstręt do drożdży, albo też działa przeczyszczająco. Co się tyczy samego działania drożdży na przewod kiskowy, to, według autora, odpowiada ono poniekąd działaniu azotanu srebra, przy dłuższem jego użyciu. Wiadomo ogólnie, że azotan srebra działa ściągająco, łatwo jednakże przekonać się, że przy niektórych postaciach zaparcia, zwłaszcza tych, które są w związku z porażeniem, azotan srebra, podany do wewnątrz, wywołuje stolec. Drożdże stanowią łagodny środek przeczyszczający, mimo to są w stanie złagodzić nieżyt kiszki, a nawet zupełnie powstrzymać rozwolnienie u wyniszczonych suchotników.

(*Deutsch. Med.-Zeit.* 34—1889). A. F.

84. DUJARDIN BEAUMETZ i BARDET. O działaniu fizyologicznem i leczniczym ortometylacetanilidu. *Sur l'action physiologique et therapeutique de l'orthomethylacetanilide*. Do ciał z grupy aromatycznej, które autorzy w ciągu ostatnich dwóch lat w pracowni terapeutycznej przy szpitalu Cochin badali, należy derywat z benzyny oznaczony mianem exalginy przez chemika, który go otrzymał Brignoneta. Exalgina jest chemicznie ortometylacetanilidem $C_9H_{11}A_2O$. Przedstawia się ona w postaci delikatnych igieł lub szerokich białych tabliczek stosownie do sposobu otrzymania. Jest ona mało rozpuszczalną w wodzie zimnej, łatwiej w wodzie gorącej, łatwo rozpuszczalną w wodzie z domieszką wysokoku. Lek ten działa silnie na przyrząd mózgodzeniowy i spowodował u królika śmierć przy objawach drżenia, a następnie porażenia mięśni oddechowych w ciągu kilku minut w dawce 46 centigramów na kilogram wagi ciała. W dawkach nie trujących, uczucie bólu znika, uczucie dotykowe pozostaje; ciepota ciała zniża się. Działanie fizyologiczne i trujące exalginy jak widzimy podobnem jest do takiego działania antypiryny, lecz zdaje się, że exalgina działa pewnie na czucie, mniej energicznie na ośrodki ciepłikowe. Pod względem leczniczym exalgina w dawce jednorazowej 25 do 40 centigramów, lub też w dwóch dawkach od 40 do 75 centigr. przyjętych w ciągu 24 godzin działa silnie kojąco, a działanie to jest wyraźniejsze od działania antypiryny we wszystkich nerwobólach nie wyłączając trzewiowych. Dotychczas autorzy nie zauważyli ani zaburzeń żołądkowo kiskowych, ani wysypki, ani zimnicy, często przy podaniu antypiryny występujących. Exalgina wydziela się przez mocz, którego własności zmienia i działa tak samo, jak leki przeciwgorączkowe tejże grupy w moczu. W sumie exalgina jest potężnym lekiem kojącym bóle, skuteczniejszym od antypiryny i dlatego działa w mniejszych dawkach. Jest ona też tak samo jak i inne leki tej grupy lekiem przeciwnilnym, przeciwgorączkowym, lecz działanie jej kojące jest dominującym.

(*Gazette de hopitaux* 36—1889). F. Arnstein.

ODCINEK.

Szanowna Redakcyo!

W sekcji chirurgicznej 5-go Zjazdu Lekarzy i przyrodników we Lwowie przyjęto wniosek mój dotyczący urządzenia Zjazdów chirurgów polskich z wielkim zapalem. Obiecałem wtenczas, że wypracuję projekt statutu takich Zjazdów, który niniejszem po porozumieniu się z kol. prof. OBALIŃSKIM przedkładam, prosząc Sz. kolegów o wyjawienie swego zdania może już teraz; w każdym razie pierwszym zadaniem przyszłego Zjazdu będzie przedyskutowanie i przyjęcie statutu.

Pozwolę sobie kilka uwag dorzucić do tego projektu. Przyszłe Zjazdy chirurgów różniłyby się zasadniczo od zwykłych zjazdów naszych lekarzy i przyrodników tem, że nie byłoby wcale żadnych przyjęć uroczystych ani wycieczek, a czas Zjazdu obrabialibyśmy cały i zupełnie na zajęcia i prace naukowe, jak to widać z proponowanego podziału godzin. Rozumię się, że wcale nie myślimy wykluczać pogawędki koleżeńskiej wieczorem w jakiejś obszerniejszej sali w restauracyi.

Proponuję tylko dwa dni Zjazdu, sądząc, że każdemu z nas łatwiej oderwać się na tak krótko od zwykłych swoich zajęć; zresztą czas ten należyście wyzyskany, wystarczy na wygłoszenie bardzo cennych prac i przedstawienie ciekawszych przypadków.

Tuszę sobie, że rozprawy Zjazdów ogłaszane drukiem dadzą może początek poważnemu polskiemu archiwum chirurgii. Dla tego też nie uważam wkładki 10 złr. za zbyt wysoką, bo niechciałbym, żeby nasze wydawnictwo było kiedykolwiek krępowane względami finansowemi, a przewidując, że dość liczne ryciny, jakie nieraz są nieodzowne, a przynajmniej korzystne, wymagać będą znacznego nakładu; dla braku środków niechciałbym zaś opuszczać rycin lub liczby ich uszczuplać.

Nie obawiam się nareszcie wcale zarzutu, że siły nasze są jeszcze za skromne, żeby tworzyć osobne zjazdy chirurgiczne. Naliczyłem około 40 kolegów poświęcających się wyłącznie lub prawie wyłącznie chirurgii, znajdzie się daleko więcej niż drugie tyle kolegów, których chirurgia bardzo żywo obchodzi, jak np. koledzy lekarze wojskowi. Liczę też na udział ginekologów, których pole działalności tak często z naszym się schodzi. A zresztą każdy lekarz, którego chirurgia zajmuje, będzie mile widzianym uczestnikiem.

Tak więc mam niepłonną nadzieję i mocne przekonanie, że Zjazdy nasze będą miały świetne powodzenie i przyczynią się nie tylko do rozszerzenia wiadomości o nowszych zdobyczach na polu chirurgii pomiędzy ogółem naszych kolegów, ale niepomierne przyniosą korzyści nauce i dowiodą, że i na tem polu umiemy pracą samodzielną przyczynić się do postępu nauk.

W końcu ośmielam się prosić kolegów, żeby jako termin pierwszego naszego Zjazdu racyli przyjąć czas otwarcia nowej kliniki chirurgicznej w Krakowie. Gmach okazały stoi gotowy i zaczynamy już pracować około urządzenia wewnętrznego, które z pewnością będzie odpowiadało wszelkim nowoczesnym wymaganiom nauki. Byłoby to prawdziwym zaszczytem dla nas, gdyby życie i praca w nowym tym zakładzie rozpoczęły się I Zjazdem chirurgów polskich.

Spodziewając się, że Koledzy na prośbę moją się zgodzą proponuję 16 i 17 Października jako czas pierwszego naszego Zjazdu. Wiem, że wyszukanie czasu dla wszystkich dogodnego jest nadzwyczaj trudnem w naszych stosunkach, ale gdzie jest zapal i dobre chęci tam nie przeszkodzi, żeby na dwa dni wybrać się do Krakowa.

Z winnym szacunkiem *Prof. Rydygier.*

Upraszam o zgłaszanie się z wykładami na ten raz wyjątkowo do mnie i to aż po koniec Września, ja zaś podam zapowiedziane temata do ogólnej wiadomości w czasopismach naszych.

Statut Zjazdów chirurgów polskich.

§ 1. Celem Zjazdów chirurgów polskich jest zespolenie wszystkich sił naszych na polu chirurgii, dalej ułatwienie wymiany zdań przez osobiste zapoznanie się, a ostatecznie wzbogacanie i rozpowszechnianie wiedzy chirurgicznej przez odpowiednie wykłady i przedstawianie przypadków i okazów patologicznych.

§ 2. Miejscem Zjazdów jest Kraków.

§ 3. Zjazdy odbywają się co rok i trwają 2 dni.

§ 4. Uczestnikiem Zjazdów może zostać każdy lekarz po wyplaceniu rocznej wkładki w kwocie 10 złr. O przyjęciu stanowi wydział Zjazdu.

§ 5. Goście na Zjazd ma prawo wprowadzić każdy uczestnik. Goście jednakże nie mogą zabierać głosu tylko za osobnem pozwoleniem przewodniczącego.

§ 6. Wybór Wydziału Zjazdu dokonywa się corocznie na ostatniem posiedzeniu na rok następny. Pierwszy Zjazd wybiera sobie na pierwszym posiedzeniu przewodniczącego i resztę Wydziału.

§ 7. Wydział składa się: z przewodniczącego, z zastępcy przewodniczącego, z sekretarza i z kasyera.

§ 8. Wydział kieruje sprawami Zjazdów, a mianowicie: a) przyjmuje nowych uczestników przedstawionych przez dwóch dawniejszych, b) zajmuje się ogłaszaniem rozpraw Zjazdów, c) zarządza majątkiem Zjazdów.

§ 9. Rozprawy Zjazdów ogłaszają się drukiem na podstawie rękopisu przez autora złożonego; wyjątkowo na podstawie zapisków stenograficznych.

§ 10. Równocześnie ze Zjazdami odbywa się wystawa narzędzi i opatrunków chirurgicznych.

Porządek obrad.

§ 1. Posiedzenia odbywają się od 10—11 godz. w południe i od 2—4 godz. po poł. Posiedzenia przedpołudniowe służą do przedstawienia chorych i preparatów, popołudniowe do wykładów teoretycznych. Chorych przeznaczonych do przedstawienia przyjmuje na czas zjazdu klinika chirurgiczna; tamże można przesłać przyrządy i preparaty. Od 8—10 godz. przed poł. odbywa się pierwszego dnia Zjazdu zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza.

§ 2. Przewodniczący układa porządek rozpraw.

§ 3. Wykłady mogą trwać zazwyczaj tylko 30 minut. Przewodniczącemu służy prawo czas ten o 10 minut przedłużyć; dalsze przedłużenie dozwolone tylko za zgodą Zjazdu. Wykładów nie wolno odczytywać. Kto ma obszerniejszą pracę zechce ją w skróceniu na posiedzeniu wyłożyć, a rękopis oddać Wydziałowi do druku *in extenso*.

§ 4. Przemówienie w dyskusji nie może trwać dłużej nad 5 minut; przewodniczący może czas ten przedłużyć o dalsze 5 minut.

§ 5. Z wykładami zgłaszać się należy do sekretarza o ile możności na cztery tygodnie przed Zjazdem.

O istocie i historycznym rozwoju dyagnostyki przez prof. O. Kahler'a. Lekcja wstępna, czytana 13 Maja 1889 r.

Przełożył Dr. A. Fruchtmann.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr 25).

W zbieraniu i opisywaniu objawów chorobowych był Koër artystą. Jemu to zawdzięczamy potrzebę należytego zbadania i spostrzegania chorych; kto zaś miał sposobność czytać prace uczniów Hippokratesa, ten zdziwi się nie mało, do jakiego stopnia była już rozwinięta wówczas symptomatologia. Mało co moglibyśmy dzisiaj dodać do oddzielnych rozdziałów, traktujących np. o znakach groźącego niebezpieczeństwa przy ostrych cierpieniach lub o czynnkach pod względem rokowania niepomyślnych. Podziwiać również trzeba opis objawów ze strony oka przy mózgowych i innych cierpieniach.

Następcy Hippokratesa stosowali przy badaniu chorych oględziny zewnętrzne i wymacywanie, atoli nie ulega wątpliwości, że początki dyagnostyki fizykałnej nie były im obce. I tak zdaje się prawdopodobnem, iż lekarze owych czasów rozpoznawali wzdęcie i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej za pomocą opukiwania. Następnie wiadomem jest, że tarcie opłucnej było im dobrze znane — „oddech trzeszezy jak skóra“ —, wstrząsanie zaś chorym czyli tak zwane „*παρὰσεισμα*“ w celu skonstatowania otoku ropnego piersiowego znajduje zastosowanie dzisiaj przy rozpoznawaniu otoku ropopowietrznego, nosząc staro-dawne miano „*succu-sio Hippocratis*“. Nadzwyczaj baczną uwagę zwracali na zachowanie się moczu: znali np. dokładnie stosunek pieniacego się moczu do omdlenia, ślepoty, drgawek, co jak łatwo zrozumieć, oznacza stosunek białko-moczu do całego zbioru przypadłości mocznicowych.

Badanie chorych ówczesne sięgało jeszcze dalej: nakazywano chorym wykonywać pewne ruchy, głęboko oddychać, biegać, by z występujących ztąd objawów wyprowadzać wskazania lecznicze. Krótko mówiąc, następcy Hippokratesa dali początek racjonalnej klinicznej empirji, zjednawszy sobie tem wielkopomną sławę, dzisiejsza bowiem medycyna praktyczna nie jest niczem innym, jak nauka doświadczalną. Pozostała ona taką nawet wówczas, gdy rzeczywista nauka Hippokratesa musiała ustąpić miejsca najrozmaitszym teoryom Galena, a nawet i wtedy, gdy nieszczęsna medycyna scholastyczna wraz ze swojemi spekulacyami, dyalektyką przebiegłością starała się zupełnie usunąć z t. z. medycyny naukowej zasady Hippokratesa.

Nadszedł wreszcie wiek „odrodzenia“, a z nim i odrodzenie się dawnej kultury; nauka lekarska przyjęła znowu dawne zasady Koër'a.

Stopniowo rozwijające się podówczas nauki przyrodnicze nie pozostały bez wpływu na ulepszenie sposobu Hippokratesa badania i spostrzegania chorych, a jeżeli historia medycyny 17 i 18 wieku uczy nas, że świetne wyniki, otrzymane na polu nauk przyrodniczych, jak np. fizyki, chemii, stały się nowem źródłem spekulacji dla lekarzy hiszpańskich, to jednakże, przypatrując się bliżej, przekonamy się, że medycyna praktyczna mimo to zyskała wiele. I tak np. znakomitemu Thomas Willis'owi zawdzięczamy początki chemii analitycznej moczu, głównie zaś odnajdywanie cukru w moczu diabetyków.

Chcąc następnie scharakteryzować poczynający się z końcem 18 stulecia dalszy rozwój sposobów klinicznego badania, dosyć będzie przytoczyć takie nazwiska, jak: Auenbrugger, Corvisart, Laennec i Skoda. Z ich imionami wiąże się cała dzisiejsza dyagnostyka chorób wewnętrznych. Gdybym chciał w dalszym ciągu śledzić rozwój sposobów badania, kierujących dyagnostyką, nie doszedłbym nigdy końca. Dosyć zwrócić uwagę na odnalezienie wziernika ocznego, na endoskopję, wspomnieć o Ludwiku Türk'u, który tyle dokonał na polu laryngoskopji i chorób nerwowych, o Graefem, który działał tyle na

polu dyagnostyki chorób wewnętrznych. Obudźmy w pamięci naszej odkrycia Galvani'ego i Volty, zastosowane przez Duchenn'a do celów dyagnostycznych, następnie badania mikroskopowe i chemiczne krwi, wydzielin, wydalin i produktów chorobowych, zwróćmy uwagę na rozpoznawcze znaczenie objawu kolanowego Westphal'a i Erb'a, na odnajdywanie laseczników gruźliczych, na nowe sposoby rozpoznawcze, stosowane przy chorobach żołądka.

Krótki ten, a niezupełny, zarys wynalazków w dziedzinie dyagnostyki niechaj będzie dowodem, jakim bogactwem sposobów badania rozporządzamy dzisiaj. Wszystkie powyższe sposoby zawdzięczają swój początek staraniom,łożonym na gromadzenie środków, ułatwiających rozpoznanie stanu patologicznego, a więc tym samym staraniom, do których tchnęli zapalem Hippokrates i jego uczniowie, z tą jednak różnicą, że nasze dzisiejsze poglądy są bystrzejsze, gmach wiedzy obszerniejszy. Tak samo jak dawniej, również i dzisiaj obiektywne zbadanie chorego jest pierwszym zadaniem lekarza, jednym z pierwszych więc zadań klinicysty jest wskazać i nauczyć swych uczniów, jak takie badanie przedsięwziąć należy.

Drugim czynnikiem, który prowadzi nas do rozpoznania istniejącego stanu chorobowego, jest łączność owego stanu ze zmianami anatomicznymi i zaburzeniami czynnościowymi. Pozwólmy sobie w krótkości rozpatrzyć, kiedy i jakim sposobem dyagnostyka anatomiczna dostała się w ręce lekarzom.

Jakśmy to już wyżej zaznaczyli, dyagnostyka powyższa była następcom Hippokrates'a obcą i nie tylko medycyna z czasów Galen'a, ale również i arabska i scholastyczna nie wykazywały najmniejszych skłonności do dyagnostyki anatomicznej.

Dopiero w wieku 13 stare, nieprawdziwe i opierające się na anatomii małp poglądy na budowę ciała ludzkiego poczynają tracić swe znaczenie, a na ich miejsce zjawia się rzeczywista anatomia, zdobywana drogą sekcji, dokonywanych na samych ludziach. Wraz z nią otrzymujemy od szkoły aleksandryjskiej początki anatomii patologicznej.

Już za czasów Mundin'a który w dziedzinie anatomii ściśle trzymał się zasad Galen'a, spotykamy niektóre uwagi, dotyczące pewnych zmian patologicznych. Atoli dopiero w wieku 16, wieku sławnych anatomów z Vesalius'em na czele, po raz pierwszy zrodziła się myśl zestawienia zmian, spostrzeganych za życia, ze zmianami, wykrytymi na trupie. Benivieni z Florencji był pierwszym, który zebrał cały szereg spostrzeżeń klinicznych i odpowiednich wyników oględzin pośmiertnych.

W wieku 17 z odkryciem krążenia krwi przez W. Harvey'a zawrzało nowe zupełnie życie w medycynie; mnożyły się z nadzwyczajną szybkością zbiory badań anatomopatologicznych, coraz ściślej wiązane z wynikami, otrzymanymi za życia. W ten sposób zbliżał się okres Morgagni'ego, rzeczywistego przedstawiciela naukowej anatomii patologicznej. Wielki ten badacz w roku 1761 ogłosił drukiem, jako rezultat swej pracy na tem polu owe 5 ksiąg „*de sedibus et causis morborum*“, które okryły imię jego wiekopomną sławą.

Przez działalność Morgagni'ego oraz jego nieśmiertelne dzieło usuniętą została rozpowszechniona dotychczas w medycynie praktycznej dyagnostyka Hippokrates'a, wystąpiła zaś na pierwszy plan dyagnostyka anatomiczna. Dosyć przytoczyć np. Lambertini'ego, który z oględzin zewnętrznych i wymacywania uderzenia wierzchołka serca rozpoznawał choroby serca, by przekonać się, jak daleko dział ten medycyny praktycznej był posunięty. Z początkiem naszego stulecia szybko poczęła kwitnąć we Francji anatomia patologiczna i dyagnostyka fizykalna, a co zatem idzie i dyagnostyka anatomiczna. Kierunek taki w Niemczech nadał o 30 lat później Schönlein z Würzburg, a za nim Skoda.

Pierwszeństwo atoli należy się Rokitansky'emu, który nie polegał na samym opisie wyników oględzin pośmiertnych, ale starał się na ich zasadzie

wnioskować o rozwoju sprawy patologicznej. Zakres dyagnostyki anatomicznej wzrósł tym sposobem do niebывалych rozmiarów, dając możność przeprowadzenia należytej anatomicznej klasyfikacji zjawisk patologicznych. To też w pracach ówczesnych i późniejszych autorów, jak: Canstatt, Wunderlich, Virchow, Bamberger i inni widzimy już podział chorób, oparty na anatomii patologicznej.

Nie należy atoli pomijać milezeniem, że przy opisywaniu chorób obok momentów anatomicznych dosyć wczesnie znalazły uwzględnienie i czynniki etyologiczne; wkrótce też rozdział o chorobach zakaźnych zjawiał się jako dział samoistny, jakkolwiek nie w tym obszarze, w jakim go dzisiaj spotykamy.

Srodki, jakimi się posługujemy przy postawieniu pewnego anatomicznego rozpoznania, są to z jednej strony dokładna znajomość anatomii patologicznej, z drugiej zaś należyte obznajmienie się z oględzinami pośmiertnymi. Niema nic więcej pouczającego, nie lepiej nie pozostaje w pamięci, jak wyniki badań, pochwycone za życia chorego i sprawdzone następnie na trupie.

Obok zakresu dyagnostyki anatomicznej istnieje jeszcze inne pole, na którym należy dopiero wypróbować naszą dzielność dyagnostyczną. Mówiąc to, mam na myśli ów obraz chorobowy i zbiór przypadłości, przy których na stole sekcyjnym żadnych zmian anatomicznych wykryć nie możemy. Za przykład takich stanów chorobowych mogą służyć cierpienia, zależne od wadliwej przemiany materii, otrucia, czynnościowe zaburzenia w układzie nerwowym. Stopniowo jednakże przedsiębrane badania anatomo-patologiczne i w tym zakresie uwieńczone zostały znakomitemi wynikami. Zwróćmy np. uwagę na porażenia, występujące po ostrych cierpieniach, po błonicy lub innych chorobach zakaźnych, dla których znaleziono już dziś podstawę anatomiczną, w postaci zapalenia nerwów (*neuritis*); nie zapominajmy o tak zagadkowym ostrem porażeniu wstępującem, które dziś rozpoznajemy jako wielorakie zapalenie nerwów. Część owego zakresu cierpień pozostaje dla badań anatomo-patologicznych na długi czas jeszcze, być może na zawsze, ciemną: wszak mogą istnieć zaburzenia czynnościowe bez widocznych dla nas zmian anatomicznych.

Dyagnostyka nasza w ramach takich powinna być skierowaną do określenia zaburzeń czynnościowych, mających za podstawę fizyologię, którą się klinicyści oddawna posługują. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. W dniu 19 b. m. odbyło się posiedzenie Komitetu zarządzającego funduszami Kassy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych, na którym przyznano półroczne wsparcia w kwocie 2370 rs., a mianowicie: 3 lekarzom 160 rs., 54 wdowom i sierotom biednym pozostałym po uczestnikach Kassy 1610 rs., 28 wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie wnosili składek do Kassy 600 rs. Nadto przyznano jednemu lekarzowi wsparcie z zapisu ś. p. d-ra JABŁONOWSKIEGO 150 rs. i 5 wdowom z zapisu ś. p. d-ra BĄCEWICZA 450 rs. Tym sposobem rozdano 2920 rs. pomiędzy 91 osób wsparcia potrzebujących, a byłoby do rozdania znacznie więcej, gdyby nie obrzyłnie zaległości w składekach od członków Kassy, które z ostatnich lat kilku, z końcem 1888 r. doszły do 1447 rs. Z samej Warszawy członkowie zalegają 207 rs. a z gub. Warszawskiej aż 569 rs., z Lubelskiej 405 rs., z Płockiej 112; z innych 5-iu gubernii zaległość jest niewielką: od 9 do 50 rs. zaledwie dochodzącą. Że zaś z gub. Kaliskiej i Siedleckiej nie ma ani grosza zaległości, z tego wnosimy że nie co innego jest tego przyczyną, a tylko mniejsza lub większa zabiegliwość w zbieraniu składek od członków Kassy w różnych guberniach Królestwa Polskiego. Jak zaś wielką jest obojętność uczestników tej instytucji na jej sprawy, wnosić można z tego, że gdy na d. 6 b. m. zwołano ogólne zebranie członków Kassy wsparcia dla uchwalenia częściowej zmiany jednego paragrafu projektu ustawy Kassy zabezpieczenia kapitału pośmiertnego, od której to zmiany zależy wyjednanie zatwierdzenia ustawy tej Kassy przez władzę, przybyło na to

zebranie zaledwie 30 członków. Tymczasem ustawa Kassy wsparcia wymaga $\frac{1}{3}$ liczby jej członków w Warszawie zamieszkałych, do prawomocności obrad zebrania ogólnego, czyli najmniej 78 osób. Tym sposobem zebranie w d. 6 b. m. do skutku nie doszło.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

I. Nowe tematy:

- 1) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych.
- 2) Zbadać bliżej zmiany anatomiczne w ścianach żołądka, przy przewlekłym nieżycie tego organu.
- 3) Zbadać bliżej zmiany anatomiczne w ścianach dróg oddechowych, przy chronicznym nieżycie.
- 4) Zbadać na nowo ze stanowiska fizyologicznego: czy istnieje *prima intentio* przy zagajaniu przeciętego nerwu.
- 5) Zbadać, o ile tak zwane guziczki limfatyczne (*falliculi lymphatici*) stanowią prawidłową część składową błon śluzowych u człowieka i zwierząt.

II. Temat już poprzednio ogłoszony:

- 6) Wykazanie, na zasadzie własnych badań, pochodzenia, morfologicznych różnic i fizyologicznej roli białych ciałek (leukocytów).

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1890 roku.

Za pracę napisaną na każdy z powyższych 6-ciu tematów, stosownie do woli testatora, wyznacza się nagroda rs. 300. Nadto, rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7)”, z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa sekretarz stały Dr. Szokalski.

— Od p. Goldsteina, Dentysty z Radomia otrzymujemy opis następujący:

Przed dwoma laty zgłosiła się do mnie pani X. wówczas w Radomiu zamieszkała u której ząb *incis. lateral. dexter maxillae inferior* psuć się zaczynał wskutek zapalenia okostnej uformowała się fistula na dziąśle ze strony wargi, leczenie fistuły okazało się bezskutecznem. Postanowiłem przeto go wyjąć i po ucięciu, znekrotyzowanego kawałka korzenia oraz po dokładnem oczyszczeniu zębodołu wstawiłem go napowrót i dla podtrzymania nałożyłem odpowiednią maszynkę. Po tej operacji pacjentka nie zgłaszała się do mnie wcale w przeciągu 2-eh lat. Dopiero w tym roku zjawiła się u mnie i niezmiernie byłem zdziwiony skonstatowawszy iż ząb, przezemnie replantowany wrósł mocno i funkcjonuje jak inne zdrowe zęby. Pani X. oświadczyła mi iż maszynkę nosiła tylko przez parę dni i że otwór fistułowy w kilka dni po operacji się zagoił. Kolegom Dentystom którzyby chcieli się naocznie przekonać o tem rzadkiem podaniu w dziedzinie dentystyki mogą wskazać adres dokładny mej pacjentki.

Zagraniczne. Sławny chemik prof. BUNSEN w Heidelbergu ustępuje z katedry, z której przemawiał 55 lat. W jego miejsce naznaczony już został prof. Wiktor MEYER z Götyngi.

Zmarli W Wiedniu zakończył życie w 47 roku życia prof. ULTMANN znany specjalista chorób przyrządów moczowych.

Od Administracji „Medycyny“.

Szanownych Kolegów zamieszkałych w Warszawie, którzy w ostatnich czasach mieszkanię zmienili, upraszamy o nadsyłanie swoich dokładnych adresów do Administracji Medycyny (Jerozolimska 80) celem pomieszczenia go w mającym się wydać Kalendarzu lekarskim na rok 1890.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 15 Іюня 1889 г.—Друк Марыі Зіемкіевіч
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

OGŁOSZENIA.

CENNIK

ZAKŁADU HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNEGO

D-rów Dobrzyckiego i Fritsche'go

W WARSZAWIE

Ulica Obożna Nr. 5.

I. Hydropatja. Za 30 biletów bez względu na rodzaj i liczbę stosowanych procedur hydropatycznych raz w ciągu dnia rs. 22 kop. 50 czyli w stosunku za bilet po kop. 75.

Za 15 takichże biletów rs. 13 kop. 50 czyli za bilet po kop. 90.

Za jeden takiż bilet rs. 1.

II. Leczenie Pneumatyczne. Za 30 wspólnych posiedzeń w kloszu pneumatycznym rs. 36, czyli za posiedzenie w stosunku po rs. 1 kop. 20.

15 posiedzeń rs. 22 kop. 50 — czyli za posiedzenie rs. 1 kop. 50.

Mniejsza liczba posiedzeń, w stosunku za posiedzenie po rs. 2.

Za 30 biletów na użycie wielkiego dwucylindrowego aparatu o dodatnim i ujemnem dowolnie zmiennem ciśnieniu rs. 18, czyli za posiedzenia po kop. 60.

Półowa powyższej liczby posiedzeń rs. 11 kop. 25 czyli za posiedzenie kop. 75.

III. Leczenie inhalacyami. Inhalacje wszelkich systemów stosownie do zalecenia lekarskiego, za posiedzenie od kop. 25 do 50.

Za wdychania tlenowe licząc po 10 litrów na posiedzenie, posiedzenie po rs. 1 kop. 20.

IV. Kąpiele lecznicze. Za kąpiel Ciechocińską przyrządzoną ściśle wedle przepisu na miejscu używanego rs. 1 kop. 20.

Za kąpiel żelazistą z wielką ilością rozpuszczalnego dwuwęglanu żelaza i stałem wywiązywaniem się kwasu węglanego rs. 1 kop. 10.

Za kąpiel igliwiową rs. 1.

Za kąpiel parową kop. 50.

V. Leczenie elektrycznością. Elektryzacya bądź jednej bądź więcej okolic ciała tak za pomocą prądu przerywanego jako też i prądu stałego — posiedzenie rs. 1 kop. 50.

Kąpiel elektryczna faradyczna lub galwaniczna rs. 2. Za 30 takichże kąpeli rs. 36.

VI. Mechanoterapia czyli Masaż (Massage). Masaż pojedynczej okolicy ciała rs. 1.

Masaż ogólny rs. 2.

Uwaga I. Wynajmujący klosz na swój wyłączny użytek, wnosi opłatę wedle osobnego cennika, przyczem się nadmienia, iż podobne, specjalne posiedzenia, mogą mieć tylko miejsce w godzinach pozaregulaminowych, to jest, nie od godziny 10-ej do 12, lecz wcześniej lub później.

Uwaga II. W razie gdy chory używa współcześnie dwóch metod leczniczych np. hydropatyi i elektryczności, hydropatyi i masażu inhalacji i leczenia pneumatycznego i t. p. opłaca o 25%⁰/c mniej od sumy, jaka za obydwaj rodzaje kuracyi w cenniku jest podana.

Uwaga III. Chorzy leczący się w Zakładzie mają prawo korzystania w każdej chwili z porady lekarzy zakładowych, za co uiszczają przy pierwszej konsultacyi Rsr. 2.