

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	„ 2 „ 50			i w Cesarstwie	półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25			z przesyłką:		

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce;
następne po 10 kop. za wiersz.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcja.—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 536.

ZAKŁAD LECZNICZY

HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNY

DLA CHORYCH PRZYCHODZĄCYCH,

D-rów DOBRZYCKIEGO i FRITSCHEGO

Oboźna Nr. 5.

1) Leczenie ścieśnionem powietrzem w dwóch gabinetach pneumatycznych, oraz stosowanie wielkiego dwucylindrowego przyrządu o dowolnie zmiennem dodatniem i ujemnem ciśnieniu, (wysięki pleurytyczne, rozcięcie płuc, astmy, katary dróg oddechowych).

2) Leczenie hydropatyczne. Zakład zaopatrzony jest we wszystkie przyrządy według najnowszych wymagań nauki: kąpiele parowe, kąpiele rzymskie, kąpiele ogólne w obszernym bassenie, kąpiele wannowe, nasiadowe, natryski (prysznicze) o różnych temperaturach, natryski t. zw. szkoekie, koce, oraz wszelkie procedury w zakres hydropatyi wchodzące (osłabienie ogólne, blednica, liczne cierpienia nerwowe, początkowe cierpienia rdzenia pacierzowego, przewlekłe cierpienia żołądka i kiszek, zastarzałe reumatyzmy i t. d.)

3) Masaż czyli terapia mechaniczna, oraz kombinacya hydropatyi z masażem (skrzywienia członków, oraz zgrubienia stawów, szczególnie od wysięków zależne, chroniczne zaparcie kiszek, neuralgie obwodowego pochodzenia, i t. d.)

4) Kąpiele: solankowe, żelaziste, igliwiowe, elektryczne (skrofuły, niedokrwistość, osłabienie ogólne).

5) Inhaloterapia czyli leczenie za pomocą inhalacyj. Zakład posiada przyrządy wszelkich systemów i konstrukcyj do stosowania wziewań (stany kataralne dróg oddechowych z obfitem wydzielaniem połączone, jamy oskrzelowe, cuchnąca plwocina i t. p.)

VICHY

ADMINISTRACJA W PARYŻU

8 Boulevard Montmartre.

Pastyłki do trawienia, wytworzone u źródeł z Soli Vichy. Przyjemnego smaku.

Sole Vichy do kąpieli, paczka wystarcza na kąpiel dla osób, które nie są w stanie udać się do Vichy.

Dla uniknięcia fałszerstwa, żądać należy, aby na wszystkich produktach znajdowały się znaki Kompanii Wód Vichy.

Dostać można w Warszawie w aptekach: PP. D-ra T. Heinricha, Kucharszewskiego, Lilpopa, Waligórskiego, Sołtykiewicza, Ed. Koope, L. Ziemińskiego, Barcza, Bursztyńskiego. 30—19



SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzane z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza. (214)—6—3

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferrialbuminicum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznymi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

Nb. Z powodu istnienia licznych przetworów z białkanem żelaza, należy przepisywać: „LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING.”

Skład główny na Królestwo w aptecce Wendy i Wiorogórskiego, 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

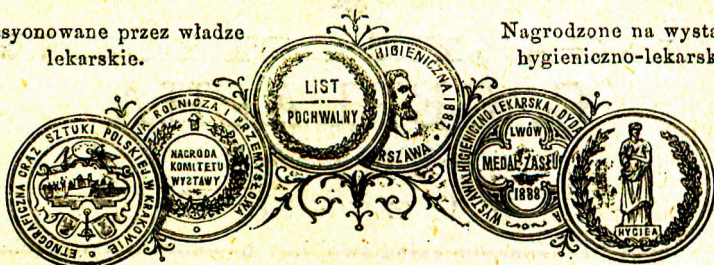
0—7

W. GRÜNING, Mag. farm. w Połudze.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH EKSTRAKT i KARMELKI

Koncesyonowane przez władze
lekarskie.

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich.



Fabryki Leliwa w Warszawie.

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewn ejsze i 50^o/_o tańsze od zagranicznych. Fłaszka Ekstraktu kop. 75. Z chiną lub żelazem i chiną rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych, w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie. (227)—0—5

ZAKŁAD

WYROBU NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH, APARATÓW ORTOPEDYCZNYCH i BANDAŻY

Egzystujący od roku 1857 w jednym miejscu lat 29

FERDYNANDA KULIŃSKIEGO

Krakowskie-Przedmieście Nr. 14.

Poleca się z zastosowaniem nóg sztucznych na rozmaite amputacje, których przeszło 300 sztuk w moim zakładzie wykończono; szcudła przeszło 1500, kule, gorsety na skrzywienia kolumny pacierzowej, paski rupturowe i aparaty do prostowania i uławiania chodzenia. (218)—3—3

APTEKA

SS-rów Soltykiewicz

Graniczna Nr. 10.

Posiada na składzie wody mineralne naturalne i sztuczne oraz specyfiki krajowe i zagraniczne. (215)—3—3

Dawniej Nowy Świat 59 obecnie ul. Podwałe 19 w Warszawie

Pierwsza Sterylizacyjna Mleczarnia, podług wskazówek D-ra Bujwida

Poleca mleko pozbawione wszelkich fermentów i bakteryi zdrowiu szkodliwych, a tym sposobem dająca się zastosować dla najmłodszych dzieci oraz osób z bardzo słabymi żołądkami. Ceny: za litr kop. 15, pół litra k. 8, ćwierć litra k. 5. (Prowadzący) Kazimierz Hann. (219)—6—3



MAGAZYN OPTYCZNY
G. GERLACHA
WARSZAWA

4 Czysła 4

Poleca PP. lekarzom skład swój instrumentów optycznych:

Okulary i pincenes ściśle podług przepisów. Mikroskopy Zeissa, Hartnacka i inne. Maszynki elektryczne Narzędzia chirurgiczne codziennego użytku znajdują się na składzie. Wszelkie inne sprowadzone być mogą w najkrótszym czasie z pierwszorzędných fabryk według wyboru stalującego. 0—1

Towarzystwo Wzajemnego Ubezpieczenia na Życie

„NEW-YORK”

podaje niniejszem do publicznej wiadomości, że
pan **LEOPOLD WERNER**,

dotychczasowy Dyrektor na Rosyą Południową, Zachodnią i Królestwo Polskie, przestał pełnić rzeczzone obowiązki z dniem 19 (31) Lipca 1889 r., wskutek cofnięcia udzielonego mu upoważnienia. Dyrektorem Głównego Oddziału na Królestwo Polskie i Kraj Zachodni mianowanym został

p. K. RADKIEWICZ,

któremu powierzono kierownictwo interesów Towarzystwa w Głównym Oddziale Warszawskim.

Biuro Towarzystwa pozostaje nadal Plac Saski 5.

1—1

Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich zyciorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ułożył **Stanisław Koźmiński**

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II, III i IV.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k.

z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnej. Podał Dr. W. Sztembarth.—Streszczenia i wyciągi. 120. Purpura haemorrhagica. 121. O elektrycznym mięsieniu. 122. Obce ciało, pozostające 2 lata w oku.—Odczyty kliniczne. H. Schmidtborn. O dusznicy nerwowej. Przełożył Dr. W. Szumlański. — Odcinek. Notatka o stanie dobroczynności publicznej w guberniach Królestwa Polskiego w 1883 r. przez prof. A. Walter'a. Przełożył Dr. Fruchtman.—Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.

CZTERY PRZYPADKI OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ
przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia.

Podał Wincenty Sztembarth.

Literatura lekarska w przedmiocie rozwoju i stopniowo wprowadzanych udoskonaleń cięższych operacji ginekologicznych, połączonych z otwarciem jamy otrzewnej, dokładnie jest już opracowaną, dosyć zajrzeć do pierwszego lepszego podręcznika ginekologii, aby się o tem przekonać. Nie tu miejsce wyliczać zalety i dobrodziejstwa owaryotomii, wspomnę więc tylko, że nawet operacje wycięcia tak całkowitego, jak i częściowego macicy, lub jej nowotworów bez względu na drogę jaką są wykonywane, przez pochwę lub też cięcie brzuszne, (uważane, za nader ciężkie i niebezpieczne, nawet przez wykonywających je operatorów, przed niedawnym jeszcze czasem) stały się dzisiaj prawdziwym dobrodziejstwem ludzkości, ocalając zdrowie i życie całym tysiącom nieszczęśliwych jednostek. A kto wie, czy w niedalekiej może przyszłości, operacje te, z rzędu ciężkich i niebezpiecznych, zupełnie wykreślone nie zostaną, tak z powodu łatwości wykonania, jako też i znakomitej liczby wyzdrowień jaką już dzisiaj otrzymujemy ¹⁾.

Pierwszym w Europie, który przedsięwziął wycięcie włókniaka macicy, za pomocą cięcia brzusznego (*myomotomia per laparotomiam*) z całą świadomością tego z czem ma do czynienia, był Koeberlé, professor ginekologii w Strasburgu w roku 1863, jakkolwiek pojedyncze w tym kierunku usiłowania, jak wiadomo, były zrobione już dużo wcześniej. Wkrótce potem pojawiły się operacje tak całkowitego jak i częściowego wycięcia macicy, przez cięcie brzusz-

¹⁾ Kolega Matlakowski na jednym z posiedzeń klinicznych Tow. War. Lekarskiego, demonstrując kilka dokonanych przez siebie całkowitych wycięć macicy przez pochwę, z powodu raka, wyraził się, że jest to operacja klasyczna, do wykonania łatwa, przeciwko czemu zaoponował wówczas kolega Jawdyński. Sądzę, że jakkolwiek zdanie kolegi Matlakowskiego jest może trochę przedwczesne, dziś już jednak w wielu przypadkach jes zupełnie usprawiedliwione wkrótce, jestem przekonany, we wszystkich uzasadnionem będzie.

ne, a pierwsze naukowe opracowanie tego przedmiotu zawdzięczamy Tean'owi, jakkolwiek zasługa pierwszeństwa w wykonaniu częściowego wycięcia macicy *per laparotomiam* przypadła by może naszemu profesorowi Korzeniowskiemu, wykonał on ją bowiem już w roku 1869. Następnie i operacje całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, po nieudatnych próbach proponowanej operacji przez Freunda, pozyskały szersze zastosowanie.

Prace nareszcie Hegara, Spencer-Wellsa, Schroedera, Martina, Brauna, Olschausena i wielu innych, wprowadzenie już poprzednio ścisłej antyseptyki i udoskonalenie techniki operacyjnej, uczyniły wszystkie te operacje tak względnie niewinnymi i zbawiennymi w swych skutkach, jak to widzimy dzisiaj.

U nas, jak zwykle, przy wprowadzeniu rzeczy nowej, wiele potrzeba było walki i sporów, zanim nareszcie operacja szersze pozyskała zastosowanie. Wprawdzie znalazły się pojedyncze usiłowania; professor Girsztowt już w roku 1867 ²⁾ wykonał wycięcie całkowite macicy przez pochwę, professor Korzeniowski, jak to już wyżej wspomniałem, w roku 1869 częściowe wycięcie macicy przez cięcie brzuszne ³⁾, krytyka jednak nazbyt ostra, a niesprawiedliwa, napisana przez tegoż ostatniego, przeciwko Girsztowtowi ⁴⁾, w której raczej niechęć współzawodnika, aniżeli bezstronność poważnego krytyka przebijała, jak również nieprzyjemności na jakie następnie i sam Korzeniowski był narażony, ze strony innych lekarzy (dzisiaj ⁵⁾ rozumiemy jak niesłusznie), zniechęciły ostatecznie wszystkich do dalszych prac w tym kierunku, tem bardziej, że obie operowane umarły, co także nie wpłynęło zbyt zachęcająco.

Zupełny brak klinik odpowiednio urządzonych i oddziałów szpitalnych specjalnie gynecologicznych dokonał reszty, tak że operacja zupełnie zaniechana została aż do ostatnich czasów. W roku 1885, pierwszy ogłosiłem drukiem moją operację nadpochwowego wycięcia macicy (*amputatio supravaginalis uteri*), zakończony wyzdrowieniem chorej.

Tylu jednak mieliśmy już wówczas wykształconych chirurgów i gynecologów, nie potrzebujących zachęty, wszystko było już tak przygotowane, że niewątpliwie i bez tego operacja weszła by nareszcie i u nas w użycie i pozyskała szersze zastosowanie. Niesłusznie bym sobie zatem wielką przypisywał zasługę. Kilka zresztą operacji wycięcia macicy robionych było w tym samym czasie, prawie jednocześnie i również z pomyslnem zejściem. Kol. Jawdyński nawet pierwszy swoją operację (*amputatio supravaginalis uteri*) zakończoną wyzdrowieniem chorej, robił wcześniej bo w roku 1884 dnia 7 Maja, jakkolwiek drukiem jej dotąd nie ogłosił, o ile mi wiadomo, prócz krótkiej wzmianki w wiadomościach bieżących Gazety lekarskiej (z dnia 31 Maja 84 r. Nr. 22). O wycięciach jajników ⁵⁾ nie wspominam tutaj, gdyż były one dużo wcześniej i u nas stosowane.

²⁾ Gazeta lekarska z roku 1867. Nr. 36.

³⁾ Pamiętnik Tow. lek. War. z roku 1869. Ser. V. Tom V.

⁴⁾ Klinika z roku 1867. Nr. 19.

⁵⁾ Nie trzeba mięszać z *cartratio* przy guzach.

Obecnie okoliczności zupełnie się zmieniły: Liczba wykonywanych w Warszawie laparatomii w celu wycięcia narządów rodzajnych kobiecych bądź częściowo, bądź też wszystkich razem, odpowiednio do stanu patologicznego wzrasta z dniem każdym. Statystykę wyzdrowień mamy wyborną, chore niezaniebane wcześniej szukające pomocy, przychodzą do zdrowia prawie bez wyjątku, o czym można się przekonać z sumiennych i poważnych prac, ogłoszonych w naszych czasopismach lekarskich. Nawet w bardzo ciężkich i zaniebanych przypadkach, operacja po większej części pomyślnie się kończy. Professor Kosiński w swojej klinice, koledzy Matlakowski ⁶⁾, Jawdyński, Staniewicz w swoich oddziałach szpitalnych znakomite otrzymali dotąd rezultaty niemniej i kol. Krajewski. Mniejszą już liczbę operacji lecz z również dobrymi rezultatami wykonali koledzy: Bukowski ⁷⁾, Neugebauer (syn), Zweigebaum, Tyrchowski (syn) (*excisio uteri per vaginam*). Na moją, acz szczupłą liczbę operacji, od roku 1885 nie przypada ani jedno zejście śmiertelne ⁸⁾.

Dodać należy, że do wyników jakie otrzymaliśmy, doszliśmy tylko naszą wytrwałością, przy bardzo ograniczonych środkach w naszych rękach. Kliniki ginekologicznej, odpowiednio urządzonej, właściwie dotąd nie mamy, oddziałów szpitalnych ginekologicznych brak zupełny, chirurgiczne zaś w swoim wewnętrznym urządzeniu, wiele jeszcze i dzisiaj pozostawiają do życzenia.

Jakkolwiek nie jestem zwolennikiem zdania, że operować można tylko w bogato urządzonych klinikach, to jednakże wymagam aby pokój, w którym operuję był widny, czysty i starannie zdezynfekowany, a od otoczenia troskliwej i inteligentnej pomocy, zwłaszcza po operacji. Wytworzenie sobie tych warunków kosztowało mnie nieraz wiele bardzo pracy i zabiegów, których lekarze szpitalni unikają. Dają się one jednak po większej części otrzymywać przy dobrych chęciach tak ze strony operatora, jak i otoczenia chorej, nawet w mniej zamożnych domach, a w takim razie, powiedziałbym, operowanie w domu prywatnym, w cieplej i serdecznej atmosferze otoczenia rodzinnego, ma pewne dogodności, których znowu szpital nie przedstawia.

W tak niekorzystnych pracując warunkach, walcząc początkowo z niedostatkami spotykanymi na każdym kroku, zdolni byliśmy jednakże, jak to wyżej powiedziałem przedstawić wyniki nie ustępujące w niczem naszym zagranicznym kolegom. Powiem nawet że chorzy poddający się operacji w kraju, korzystają z dogodności, których gdzieindziej, naszym przynajmniej chorym, dać nie mogą: 1) Unikają niepotrzebnego wydawania większych summ, których wyjazd i dłuższy pobyt zagranicą wymaga. 2) Niejednokrotnie uniknęliby operacji tacy, u których po niej już niczego, prócz cierpienia, spodziewać się nie można, lub gdzie ona nie jest niezbędną, z powodu przedstawiających się jeszcze widoków wyleczenia na innej drodze, albo też których zdrowie niczem nie zagrożone, inter-

⁶⁾ Gazeta lekarska z roku 1887. Nr. — i dalsze.

⁷⁾ Gazeta lekarska z roku 1889. Nr. 21 i dalsze.

⁸⁾ Dokładnej statystyki nie jestem w stanie podać, gdyż nie wszyscy koledzy dotąd prace swoje ogłosili.

wencji chirurgicznej wcale nie wymaga, co często bywa np. przy niewielkich podotrzewnowych włókniakach macicy. Są to okoliczności bardzo ważne, o których decydować o wiele łatwiej gynecologowi miejscowemu, aniżeli zagranicznym, do których zwykle udają się chore, już nie po radę, ale ze sformułowanym żądaniem operacji, najczęściej nawet przez nie specjalistę.

Pomimo tego wszystkiego, tak mało pozyskaliśmy zaufania u naszej publiczności, że chorzy dotąd jeszcze jak dawniej, bardzo często wolą szukać pomocy gdzieindziej, aniżeli udawać się po nią do sumiennych i wykształconych miejscowych specjalistów, albo też nie poddają się operacji zupełnie, lub też ją opóźniają do tego stopnia, że staje się trudną do wykonania i mało przedstawiającą widoków powodzenia, a nareszcie zupełnie niemożliwą i bezcelową. Nadtem nie zastanawiają się niestety i dzisiaj jeszcze znajdujący się, acz w małej liczbie lekarze, radzący chorym, potrzebującym operacji, koniecznie wyjazd za granicę, z dodatkiem niekiedy, że nasi operatorzy, takowej w kraju niewykonywają (*sic!*). Rada taka częstokroć stosowaną bywa nietylko do ludzi zamożnych, ale nawet do takich, którzy wykonać jej nie są w stanie, a przez to staje się niejednokrotnie przyczyną tak zgubnego w tych razach opóźnienia. Lekarzy takich, jak to wspomniałem na szczęście znajduje się obecnie bardzo niewiele, większa ich część nawet zdezerterowała z szeregów prawidłowego i pracowitego postępu, zaciągając się pod sztandary homeopatyi lub hypnotyzmu.

Więcej może jeszcze złego robi, tak wielki wpływ mająca na społeczeństwo w naszym kraju, prasa peryodyczna: Pojawiające się w jej szpaltach od czasu do czasu ogłoszenia, o dokonanych operacjach w formie pozwalającej dopatrywać w nich cudowności i niezwykłości, przestraszają niepotrzebnie publiczność, a przebijająca niekiedy chęć reklamowania protegowanej osobistości, zraża starszych i demoralizująco wpływa na młodszych lekarzy. Ogłoszenia tego rodzaju zamieniają się niekiedy w prawdziwe buletyny, notujące każdy niemal opatrunek, jak gdyby chodziło o zdrowie panującej osoby, tem zgubniej działają one na wyobraźnię publiki, że podawane są bez żadnego ładu ani porządku. Operacja dajmy na to wycięcia krtani z powodu raka, lub inna nader niebezpieczna manipulacja chirurgiczna, niezmiernie zaciekawia publiczność, przed którą śmierć operowanego, najczęściej w tych zdesperowanych przypadkach następująca, ukryć się nie może, a jednoczesne ogłoszenie całego szeregu, mniej lub więcej szczęśliwie dokonanych laparotomii, w tej samej nacechowanej cudownością formie, skłania niewątpliwie publiczność do zaliczenia wszystkich tak ogłaszanych operacji *en bloc* do jednej i tej samej kategorii nader niebezpiecznych i niepewnych, którym poddawać się znaczy: tonąc brzytwy się chwycić. Okrzyczana ta cudowność operacji, rozgłaszania prawie wszystkich niepomyślnych przypadków, zdarzających się może właśnie z winy samego chorego, zdarzające się niekiedy wycieczki prasy przeciwko lekarzom, na korzyść szarlatanów, nieprzychylnie usposabiają publiczność do poważnej medycyny, utrudniając przez to niestłuchanie działalności lekarza.

Co do kwestyi nareszcie, kto właściwie operacje gynecologiczne, o których mowa, wykonywać powinien, chirurg czy gynecolog, jest to rzecz zupełnie obojętna, pod warunkiem, aby biorący się do nich był w tym kierunku dokładnie wykształconym i nie przedsięwziął wykonania operacji lekkomyślnie bez poprzedniego gruntownego przygotowania. Jakkolwiek powiedziałem, że operacje te są łatwe i dają nam bardzo świetne rezultaty; to jednak miałem na myśli przypadki niezaniebane i nie przedstawiające ścisłych i obszernych zrostów z sąsiednimi organami. W przeciwnym razie można natrafić na trudności, z którymi tylko bardzo doświadczony operator poradzić sobie będzie w stanie. Trudności te zdarzają się czasami od samego początku, a zależnemi są od umiejscowienia guzów np. w więzach szerokich, lub na szyjce macicznej. Przy wycinaniu zaś macicy przez pochwę, nie wzięta pod dokładną uwagę szerokość tej ostatniej, jak również i napięcie więzów macicznych, może stać się niejednokrotnie przyczyną przykrego zawodu, z powodu natrafienia, podczas operacji, na przeszkody prawdziwie nie do pokonania.

Błędem jest wielkim, że u nas nie ma dotąd ani jednego oddziału szpitalnego specjalnie gynecologicznego, najpierw dlatego, że jakkolwiek kilku chirurgów wykonywa u nas operacje wycięcia organów płciowych kobiecych z wielkiem powodzeniem, do tego jednak właściwie obowiązani nie są, gdyż jest to specjalność czysto gynecologiczna, tak że względu na badanie chorej, od dokładności którego, jak to wspomniałem, częstokroć powodzenie operacji zależy, jak również i ze względu na właściwości samej operacji.

Z drugiej zaś strony jest daleko więcej chorób kobiecych wymagających pomniejszych operacji niechętnie przedsięwziętych przez chirurgów, a zaniebywanych zupełnie na oddziałach wewnętrznych, że więc chore wielokrotnie, tak tu, jak tam traktowane bywają prawdziwie po macoszemu. Dziwić się temu nie można, wzięwszy na uwagę, że tak chirurdzy jak i lekarze wewnętrzni zawiele mają do roboty, aby się jeszcze gynecologii mogli poświęcać.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

120. Prof. KAHLER w Wiedniu. *Purpura haemorrhagica*. W dniu 6 Czerwca przybył na klinikę autora chory, od którego dowiedziano się, że był dotąd zawsze zdrow. Przed kilku tygodniami chory zauważył współcześnie z wzrastającym osłabieniem liczne plamy krwawe na całym ciele, a obok tego wystąpiło krwawienie z nosa połączone z ogromną utratą krwi i krwawieniem dziąseł.

Badanie przedmiotu chorego wykazało: uderzającą błądźliwość skóry i błon śluzowych; oprócz tego na skórze znaleziono na całym ciele liczne plamy różnego kształtu już to niebieskie, już to czerwone, już brunatne lub brunatno-żółte zależnie od czasu ich trwania. Obok plam tych będących objawem wylewu krwi do ciała brodawkowego i do sieci Malpighiego znajdujemy i obszerne podbiegnięcia (*Sugillationes*) krwi. Większą ich część autor sztucznie wywołał za pomocą gniecenia, a to w celu przekonania się, jaki wpływ wywiera lekki uraz (*trauma*). Badanie szyi, klatki piersiowej, brzucha i narządów w jamie brzusznej zawartych daje ujemne wyniki. W tem miejscu autor zwraca uwagę na

ważność badania narządów jamy brzusznej, a to dla wykazania, czy tu nie ma jakich zmian, co ma ważne znaczenie dla należytego pojęcia choroby.

U chorego interessującego nas szczegółowo badaną była krew. Na drugi dzień po przybyciu chorego do kliniki ilość czerwonych krążków krwi wynosiła 2,950000 w milimetrze sześciennym, co stanowi prawie połowę krążków w stanie prawidłowym u mężczyzn zdrowych znajdujących (5,500000 do 6,000000). Badanie hemometru Fleischla wykazało zmniejszenie o 50% ilości hemoglobiny, co dowodzi, że własność barwienia krążków krwi pozostała prawie normalną.

Podczas pierwszych dni pobytu w klinice chory przedstawiał ciężkie objawy: ciągle krwawienie z nosa, z dziąseł, krwawe moczenie i t. p.; w tym czasie podjęte badanie krwi wykazało zmniejszenie ciałek czerwonych krwi do 1,600000 i zmniejszenie ilości hemoglobiny do 25% czyli niewiele odstupującej od normy. Było to 10 Czerwca. Podczas następných dni pobytu w klinice nastąpiła poprawa; krwawienia ustały, a ilość ciałek czerwonych podniosła się szybko do 2,700000. Ilość hemoglobiny podniosła się tylko do 35% w stosunku do prawidłowej zawartości we krwi co dowodzi, że niepodniosła się jej ilość równomiernie z podniesieniem ilości krążków. Mamy więc nietylko zmniejszenie ilości krążków krwi, lecz i hemoglobiny t. j. ilości barwnika, co zawsze daje się zauważyć po krwotokach wszelkiego pochodzenia.

W zachowaniu się zatem ciałek czerwonych krwi mamy criterium do stwierdzenia poprawy. Mamy jeszcze do zanotowania jednego momentu, który przekonywa o nastąpięcej poprawie t. j. mniejsze oddziaływanie skóry na uraz. Podczas gdy w pierwszych dniach przybycia chorego do kliniki uraz spowodował obszerne podbiegnięcie krwi po nastąpięcej poprawie w dniu 11 i 12 Czerwca ten sam uraz spowodował zaledwie drobne wylewy krwi, które się dopiero po dwóch dniach objawiły.

Na mocy powyższych objawów chorobowych spostrzeganych u chorego rozpoznanie brzmiało: *purpura haemorrhagica* czyli *morbus maculosus Werlhofii*.

Chory którego historię choroby podaliśmy dał autorowi sposobność do bliższego zastanowienia się nad sposobami powstania i warunkami sprzyjającymi powstaniu *purpurae haemorrhagicae*.

Kliniczne spostrzeżenia pokazują, że *purpura haemorrhagica* występuje przy całym szeregu chorób ostrych zakaźnych. Znane są autorowi przypadki ospy, gdzie obok objawów nerwowych występowały petecie, krwawe moczenie, krwioplucie, krwawienia nosowe, u kobiet krwotoki maciczne, a zejście śmiertelne następowało, zanim charakterystyczna wysypka ospowa się pojawiła. Innym znowu razem objawy *purpurae* wklęją już rozwinięty obraz chorobowy ospy, szkarlatyny i t. p.

Nietylko choroby zakaźne ostre, lecz i przewlekłe wykazują przy pewnych warunkach skłonność do krwawień; widzimy to w ciężkich przypadkach gruźlicy, przymiotu, szczególnie dziedzicznego u dzieci.

Wypada nam przypuścić, że przyczyną wystąpienia krwotoków przy chorobach zakaźnych są pewne złośliwe ciała w ustroju wytwarzane skutkiem zakażenia, które wywierają szkodliwe działanie na ściany naczyń. Zmiany w ścianach naczyń, jakie przy tem powstają dotąd anatomicznie nie poznane najłatwiej objaśniają nam powstanie *purpurae haemorrhagicae*.

Drugim szeregiem chorób, przy których spostrzegamy purpurę są ostre i przewlekłe otrucia, a szczególnie fosforem, rtęcią i jodem.

Trzecią grupę chorób stanowią cierpienia nerwowe czynnościowe, a przede wszystkim pewne przypadki hysterii, które wykazują wyraźną skłonność do krwotoków.

Obok tych wtórnych postaci purpury istnieje jeszcze pierwotna postać występująca u ludzi zupełnie zdrowych. Obraz chorobowy, jaki tu występuje

różni się od obrazu innych chorób charakteryzujących się też krwawieniem w skórze i narządach wewnętrznych. Zasługuje też on na bliższe rozpatrzenie. Przypadki tu się odnoszące bywają różnego natężenia zacząwszy od przypadków zwyczajnych z wysypką w postaci plamek wielkości soczewicy lub ziarna konopnego na dolnych kończynach aż do owych ciężkich przypadków kończących się w ciągu 8 dni śmiercią.

Przebieg choroby jest po większej części bezgorączkowy, tylko w ciężkich przypadkach ciepota dosięga 39 do 40°.

Główne niebezpieczeństwo przy *purpura haemorrhagica primaria* polega na skłonności do krwotoków narządów wewnętrznych. Śmiertelne zejście następuje częstokroć skutkiem krwotocznego zapalenia opłucnej lub osierdzia, skutkiem krwotoków mózgowych.

Drugim niebezpieczeństwem grożącym choremu na purpurę jest zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi. W przypadkach niepomysłnych zmniejszenie to dochodzi niekiedy do 500000 w milimetrze sześciennym czyli do dziesiątej części prawidłowej ilości. Występują wtedy ciężkie objawy niedokrwistości takie same, jakie widzimy przy białaczce, przy niedokrwistości złośliwej i przy krwotokach macicznych, a przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy zmiany wtórne w narządach, jak mięsaszowe zwyrodnienie serca, nerek, wątroby, śledziony i t. p.

Trzecim niebezpieczeństwem jest możność wtórnego gnilnego zakażenia. Skutkiem krwotoku, skutkiem obrażenia błony śluzowej powstaje *locus minoris resistentiae* dla zarodków zakaźnych, w następstwie czego rozwinąć się może gnilne zapalenie dziąseł z gnilnemi zmianami w narządach wewnętrznych, ropnie, ropne zapalenia i t. p.

W nierzadkich przypadkach objawy *purpurae haemorrhagicae* wikła rozsiane ostre zapalenie stawów (*polyarthritis acuta*). Czas trwania choroby jest różnym. Znane są autorowi przypadki z ośmiodniowym trwaniem; częstsze są jednak przypadki tygodnie i miesiące trwające.

Czy możemy za pomocą odpowiedniego postępowania leczniczego zwalczyć chorobę, a specjalnie usunąć zmiany w ścianach naczyń będących źródłem choroby? Na pytanie to nie podobna dać zadawalającej odpowiedzi, nie znamy bowiem przyczyny zmian w ścianach naczyń przy purpura. Leczenie przeto oprzeć musimy na klinicznej empiryi.

Na mocy klinicznego doświadczenia autor twierdzi, że najwięcej liczyć można na *extractum secalis cornuti* w dawce pół do 1 grama na dobę. I w przypadku autora skutek był zadawalający. W nierzadkich jednak przypadkach przez autora spostrzeganych nawet po wielkich dawkach tego środka nie zauważono żadnego skutku. Ze obok tego koniecznem jest leczenie wzmacniające za pomocą pożywnej diety, napojów wysokokowych, żelaza i t. p. samo się przez się rozumie. Inne przypadłości chorobowe jak zapalenie opłucnej, osierdzia wymagają swoistego leczenia.

Na zakończenie autor robi porównanie obrazu klinicznego cierpienia w mowie będącego z obrazem gnilca (*scorbut*) mającego pewne wspólne z purpurą cechy.

Przy gnilcu od samego początku zwracają na się uwagę osobliwe właściwości dziąseł i skłonność do krwotoków w głębszych częściach; mniej w skórze i w narządach wewnętrznych, a więcej w mięśniach i w tkance łącznej pod postacią wielkich nacieków (infiltrat), które dopiero później stają się na skórze widocznymi jako niebiesko-zielonawe plamy.

Zmian jakie, spostrzegamy na dziąsłach przy gnilcu nigdy nie spostrzegamy przy omawianem cierpieniu; dziąsła są zgangrenowane, w stanie rozpadu, cuchnące. To zachowanie się dziąseł odróżnia gnilca od purpury (plamicy).

(*Internationale klinische Rundschau* 23—1889). F. Arnstein.

121. Dr. MORDHORST w Wiesbaden¹⁾. **O elektrycznym mięsieniu** (*Ueber elektrische Massage*). Przy przewlekłych cierpieniach pochodzenia urazowego i gośćcowego, których istotą jest nagromadzenie nieprawidłowej ilości limfy chorobowo-zmienionej w rozszerzonych naczyniach chłonnych nadkostnej, worka stawowego więzów ścięgien, tkanki łącznej międzymięśniowej, nerwów i t. p. zadaniem terapii jest uwolnienie rozszerzonych naczyń chłonnych do ich wartości i zmuszenie produktów patologicznych do wessania. W tego rodzaju cierpieniach mięsienie i elektryczność zasługują na szczególne uznanie. Bardzo też skutecznymi są bierne i czynne ruchy. Następstwem mięsienia jest szybszy przyływ krwi do chorobowo-zmienionych tkanek, szybkie usunięcie z nich nagromadzonej limfy i krwi, a skutkiem mechanicznego ucisku stwarzamy warunki dla szybszego wessania produktów chorobowych. Przyływ jednak krwi w ten sposób sprowadzony nie trwa długo, a że mięsienie nie może być bez szkody zbyt długo i zbyt silnie wykonanem, przeto dla dopięcia zamierzonego celu musimy je często powtarzać.

Elektryczność—prąd stały—sprowadza dłużej trwający przyływ krwi, czego dowodzi całe godziny trwające zaczerwienienie skóry po prądzie stałym. Brak jednak przy stosowaniu prądu stałego mechanicznego momentu t. j. ucisku sprzyjającego wessaniu chorobowych produktów. Czego więc brak mięsieniu tego dostarcza prąd stały i przeciwnie z czego wynika, że przez współczesne użycie obu środków leczniczych mięsienia i elektryczność luka w działaniu jednego sposobu leczenia może być zapełnioną przez działanie drugiego.

Szło tylko o wyszukanie sposobu współczesnego stosowania obu metod leczniczych. Autorowi udało się przez urządzenie odpowiedniego elektrodu (*Massirelektrode*) podług doświadczenia autora nadającego się jeszcze lepiej, aniżeli ręka do wykonania mięsienia połączyć to ostatnie z prądem stałym.

Elektrod autora składa się z elastycznego walca rozmaitej wielkości i postaci stosownie do postaci i położenia części ciała uległych cierpieniu.

Co się tycze sposobu użycia mięsienia elektrycznego, autor w zupełności trzyma się przepisów mięsienia za pomocą rąk. Że obok mięsienia elektrycznego koniecznymi są bierne i czynne ruchy ciała na świeżem powietrzu samo się przez się rozumie.

Korzyści tej metody leczniczej w porównaniu z mięsieniem zwyczajnem i użyciem prądu stałego są następujące:

1. Przyływ krwi, jaki sprowadza mięsienie zwiększa i przedłuża współczesne użycie prądu stałego bez szkodliwego wpływu, jaki wywiera silny mechaniczny bodziec spowodowany zbyt silnem i zbyt długiem mięsieniem.

2. Przez mięsienie za pomocą powyżej opisanego elektrodu patologiczne produkty uległe wessaniu zostają strumieniem limfy szybko z ogniska chorobowego usunięte.

3. Długotrwały przyływ krwi do skóry sprzyja oswobodzeniu naczyń limfatycznych i ich otoczenia.

Korzyści te z punktu widzenia teoretycznego widocznie zostały też w praktyce stwierdzone.

Na 208 przypadków leczonych przez autora nie było ani jednego, w którymby nie osiągnięto poprawy. Średni czas trwania leczenia wynosił 4 do 5 tygodni.

I lekarze wojskowi Heinsel, Heerman czynni w szpitalach wojskowych w Wiesbaden potwierdzili wyniki przez autora otrzymane; trzy czwarte przypadków przez nich leczonych za pomocą mięsienia elektrycznego zakończyło się wyzdrowieniem, choć przedtem bezskutecznie były leczone tygodnie, miesią-

¹⁾ Wykład wygłoszony na kongresie dla Medycyny Wewnętrznej w Wiesbaden w Kwietniu 1889.

ce za pomocą mięsienia i elektryczności. Wyniki otrzymane przez autora za pomocą mięsienia elektrycznego przy poszczególnych cierpieniach przedstawiają się w następujący sposób:

Ciężkie przypadki przewlekłego gośćca stawowego z silnym obrzmieniem, stwardnieniem okolicy stawowej mało przy ucisku bolesnej wymagały dla osiągnięcia zupełnego wyleczenia dłuższego czasu 3 miesięcy i więcej. Poprawa objawiała się po 3 lub 4 tygodniach tem, że okolica stawowa stawała się miększą; w dalszym ciągu leczenia miękkość ta stopniowo na większą przestrzeń się rozszerzała a współcześnie objętość stawu się zmniejszała, czynność jego się poprawiała.

W przypadkach, w których stwardnienie obrzmiątego stawu nie było tak wielkiem, i nie zajmowało tak wielkiej przestrzeni, skutek leczenia był szybszym. Już po 4 lub 5 posiedzeniach chorzy lepiej chodzili, a po 8 dniach objętość stawowa była znacznie mniejszą; po 4—6 tygodniach wygląd stawu i jego czynność były zupełnie prawidłowym.

Leczenie gośćca mięśniowego mało się różni od leczenia gośćca stawowego, a wyniki są też analogiczne.

Leczeniu za pomocą mięsienia elektrycznego często poddane były nerwo bóle. Wyniki otrzymane były bardzo zadawalające. Nie było ani jednego przypadku, w którymby nie osiągnięto przynajmniej poprawy. Zawsze udawało się usunąć ból nawet w przypadkach, które od wielu lat trwały i bezskutecznie były leczone za pomocą mięsienia i elektryczności.

Nakoniec przy połowicznym bólu głowy autor otrzymał dobre wyniki. Z 6 przypadków w 3 zupełne wyzdrowienie po 4—6 tygodniach; w 3 pozostałych przypadkach które przez krótki czas poddane były leczeniu otrzymano poprawę.

O skutkach mięsienia elektrycznego brzucha przy zaparciu stolca i przy cierpieniach kobiecych autor nie jest w stanie dotąd wydać ostatecznego sądu, gdyż mało przypadków dotąd spostrzegał. Według jednak wszelkiego prawdopodobieństwa i przy tych cierpieniach spodziewać się można pożądanego skutku. (*Internationale klinische Rundschau 18 i 19—1889*). F. Arnstein.

122. **Obce ciało, pozostające 2 lata w oku.** W początkach Maja b. r. zgłosił się do D r a SWAN'A w Londynie, pewien człowiek uskarżający się od dwóch lat na dotkliwy ból i osłabienie w prawem oku, co jednakże nie przeszkadzało mu pracować w blacharskim zawodzie. Raz już poprzednio zasięgnął on był porady lekarskiej, lecz gdy ta pozostała bezskuteczną, nie zwracał więcej uwagi na swoje cierpienie. Dopiero gdy wzmogło się ono z czasem, przyczem ropa cuchnąca poczęła się obficie wydzielać z oka, źrenica zaś okazała się nadmiernie wrażliwą na światło, widział się zmuszonym przedsięwziąć zaradcze środki. Po zbadaniu chorego organu okazało się, że silne zapalenie rozszerzyło się na przestrzeni od wewnętrznej kąta oka ku górze i zajęło spód całej górnej powieki. Ponieważ pacjent nie przypominał sobie aby kiedykolwiek poniósł był obrażenie oka, leczono go początkowo na zwykłe chroniczne zapalenie, co jednak nie przynosiło mu żadnej ulgi. Pewnego razu jednakże lekarz podnosząc górną powiekę dostrzegł ze zdziwieniem wystający z pod niej czarny punkt, po wyjęciu którego okazał się cień długości $\frac{3}{8}$ cala. Ponieważ blacharz w chwilach wolnych od fachowych swych zajęć trudnił się wyrabianiem lasek na sprzedaż, obecność obcego ciała w oku, z ławnością dawała się wytłomaczyć. Po usunięciu ciernia, zapalenie ustało i oko powróciło do pierwotnego stanu. Rzecz zaiste szczególna aby twarde ciało mogło tak długo tkwić w tak wrażliwym organie jak oko, nie wywołując gnicia i rozkładu wewnętrznych jego, składowych części.

(*Medical Record 1889—29*). Z. H.

ODCZYTY KLINICZNE.

Hermann SCHMIDTBORN. **O dusznicy nerwowej** (*Ueber Asthma nervosum*)¹⁾.

(*Volkman's—Klinische Vorträge Nr. 328*).

Przełożył Witold Szumlański.

Szanowni Panowie! W dawniejszych i nowszych czasach wiele pisano i rozprawiano o dusznicy, poglądy jednak na istotę tego cierpienia ciągle jeszcze są różnorodne. Przeglądając bogatą literaturę tego przedmiotu, możemy się przekonać, iż wielu autorom łatwiej było wysświetlić i objaśnić słabe strony teoryj innych, aniżeli uzasadnić własne zarzuty, i przychodzimy do wniosku, że kwestya ostatecznego, stanowczego objaśnienia istoty dusznicy pozostała dotychczas nierozstrzygniętą.

Nikt już jej dziś, co prawda, nie uważa za wyłącznie nieżytowe cierpienie dróg oddechowych, gdyż żadne zapalenie nie może ani rozwinąć się, ani przejść tak szybko, jak napad dusznicy; przemawia również przeciw temu szybkie działanie niektórych leków.

Szybkie i gwałtowne występowanie napadów, jak również czynniki wywołujące je, przemawiają na korzyść poglądu, że podstawą dusznicy jest zaburzenie nerwowe; nie może bynajmniej przeczyć temu obecność w drobnych oskrzelach lepkiej wydzieliny, ciągnącej się w postaci nitki, oraz czopków zawierających kryształę Charcot-Leyden'a; wydzielina ta bowiem powstaje dopiero podczas napadu i nie może być uważaną za przyczynę cierpienia.

Właściwą istotę cierpienia stanowi usposobienie—odziedziczone lub nabyte; wystąpienie zaś napadu zależy od podrażnienia, jakie drogą odruchu pochodzi najczęściej z kanałów oddechowych, zwłaszcza z błony śluzowej nosa, lub niekiedy z innych części ciała. Wzruszenia umysłowe mogą również wywołać napad.

Stanowczo bylibyśmy w błędzie, odrzucając istnienie związku między usposobieniem i odruchem; musimy go uważać za punkt wyteczny, z którego bierze początek wszelkie objaśnienie istoty dusznicy.

Pod względem przyczynowym dusznica zbliżoną jest bardzo do padaczki (epilepsja), którą wielu słusznie dziś uważa za kurecz odruchowy.

Wprost przeciwną jest teoria, której zwolennicy uważają dusznicę również za zaburzenie nerwowe, zależne jednak wyłącznie od nerwów naczynioruchowych: przez podrażnienie nerwów czuciowych rozszerzają się naczynia błony śluzowej oskrzeli i w ten sposób może powstać jej obrzęk. Musielibyśmy jednak w takim razie przyjąć istnienie nie kureczu odruchowego, a raczej porażenia, gdyż czynność naczyń, stosownie do ich budowy anatomicznej, polega wyłącznie na zężeniu się.

Jeżeli nawet mielibyśmy wogóle prawo mówić o jakimś porażeniu odruchowym, to w żadnym razie rozszerzenie naczyń oskrzelowych nie tłumaczy występowania dusznicy, niepodobna bowiem przypuścić, aby obrzęk błony śluzowej oskrzeli tworzył się jednocześnie z wystąpieniem napadu; z drugiej strony przy innych obrzękach zapalnych błony śluzowej oskrzeli istnieje mniejsza lub większa duszność, która przecież znacznie się różni od obrazu dusznicy. Przemawia wreszcie między innymi przeciwko takiemu pogładowi skuteczne działanie azotynu amylu (amylnitrit), spostrzegane przez obecnego tu D-ra PICKA; pod wpływem zaś tego środka następuje rozszerzenie naczyń.

Jeżeli nawet nadmienimy, iż często bywają przy dusznicy obrzęki błony śluzowej oskrzeli, to jednak mimo to nie możemy tego, tak zwanego, momentu napływowego (*Auflonäres Moment*) uważać za moment przyczynowy.

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu związku lekarzy wojskowych w Moguncyi.

Powracamy do teorii kurczu odruchowego i zwracamy przedewszystkiem uwagę na mięśnie oddechowe, których działanie znacznie się wzmacnia zarówno podczas wdechu, jak i przy wydechu. Przepona znajduje się przytem w stanie stałego skurczu, pozostałe zaś mięśnie zachowują właściwą im miarowość. Ilość oddechów bywa przeważnie mniejsza, typ oddechania zmienia się o tyle, iż wydech bywa wydłużony.

Istnienie wydłużonego, uciążliwego wydechu spowodowało niektórych badaczy do robienia przypuszczeń, iż istnieje przeszkoda przy wydechu; przypuszczenia te uzasadnione zostały przez badania Brener'a, podług których utrudnienie wydechu powoduje wydłużenie jego.

Teorya skurczu mięśni oskrzelowych objaśnia przedewszystkiem ten objaw i każe kurcz tych mięśni uważać za przyczynę napadu dusznicy. BIERMER²⁾, główny zwolennik tego poglądu, przyjmuje, iż skutkiem tego skurczu istnieje przeszkoda w oddechaniu, która się daje łatwiej przewyciężyć przy wdechu, niż przy wydechu; w ten sposób więcej powietrza dostaje się do płuc, niż może z nich wyjść, co warunkuje rozdęcie płuc i opuszczenie przepony.

Niesłusznie odrzuca BIERMER istnienie stałego skurczu przepony, na który kładł główny nacisk Wintrich; jeżeli bowiem nieprawdopodobnem jest, ażeby w obec wzmnożonej czynności wszystkich pomocniczych mięśni oddechowych, jedna przepona miała być bezczynną, to opuszczenie jej można uważać jedynie za akcyę tego mięśnia, nigdy zaś nie można go, jak chce Biermer, czynić zależnem od rozdęcia płuc. Badania wreszcie RIEGEL'A i EDINGER'A³⁾ wykazały, że po przecięciu nerwu błędnego rozdęcie płuc wywołać można przez drażnienie części nerwu ośrodkowej, nie zaś obwodowej, i że rozdęcie nie występuje po przecięciu nerwów przeponowych. Ztąd wypływa, że rozdęcie płuc powstaje skutkiem skurczu przepony. Biermer natomiast zarzuca, iż doświadczenia te nie dają bynajmniej obrazu dusznicy, że niema przedewszystkiem pracowitego świszczącego wydechu; obstaje on przy teoryi skurczu mięśni oskrzelowych, który można do pewnego stopnia wywołać przez drażnieniem splotu sympatycznego płucnego, a obok tego przyznaje, że pewną rolę w dusznicy odgrywa i moment napływowy.

RIEGEL i EDINGER zgadzają się również, że dla objaśnienia objawów dusznicy nie wystarczy sam skurcz przepony, że przyjmując jeszcze należy zaburzenia naczynio-ruchowe, przekrwienie błony śluzowej i t. p.

Wyżej już nadmienilem, że ani obrzęku błony śluzowej, ani wydzieliny oskrzeli nie można uważać za przyczynę napadu dusznicy.

Z pomiędzy objawów dusznicy na pierwszym miejscu należy bezwarunkowo postawić zaburzenia w oddechaniu, gdyż te przedewszystkiem wpadają w oko i zdają się być w związku przyczynowym z podmiotowemi dolegliwościami pacyenta, pełnego obawy i usiłującego pokonać brak powietrza.

Obok tego widzimy szereg innych objawów. Barwa twarzy staje się białą i siną, czoło pokrywa się potem, serce bije silnie i niemiarowo, tętno promieniowe jest słabe i małe, ciepłota kończyn obniżona. Do rzędu objawów podmiotowych należy jeszcze uczucie, jak gdyby klatka piersiowa była ściśnięta, zesnurowana, co jednak należy odróżnić od uczucia duszności.

Mówiąc o istocie dusznicy, nie możemy pominąć objawów ze strony narządów krążenia; łatwo się przekonać, iż objawów tych nie można objaśnić ani nieprawidłowem oddechaniem, ani kurczem przepony, ani też kurczem mięśni oskrzelowych, którego w żadnym razie nie jesteśmy w stanie wykluczyć podczas napadu dusznicy.

2) Sammlung klin. Vortr, Nr. 12.—Berl. klin. Wochsch. Nr. 41.

3) Experimentelle Untersuchungen zur Lehre vom Asthma. Ztschr. f. klin. Med. T. V str. 413.

Można by sądzić, iż chory wykonywa forsowne ruchy oddechowe, ponieważ nie jest w stanie dostatecznie wentylować płuc, czy to skutkiem obrzęku błony śluzowej oskrzeli, czy też skutkiem kurczu ich mięśni. Głośne jednak świsły dające się słyszeć zdaleka podczas wdechu, a szczególnie podczas wydechu, wskazują, że znaczna ilość powietrza wchodzi do płuc, a następnie z nich wychodzi, że nie może być przeto mowy o niedostatecznej wentylacji, o braku tlenu w płucach.

A jednak dotknięty dusznicą uczuwa znaczny brak tlenu, lecz nie w płucach, a w tych tkankach ustroju, w których się tlen bezpośrednio zużywa. Tętno jest małe, skóra blada, sina, kończyny i wargi chłodne, tętnice puste, jakkolwiek serce nie wypowiada posłuszeństwa. Niedostateczny dopływ krwi do mięśni wywołuje duszność. Jeżeli przeszkoda istnieje w płucach, to nie dotyczy ich czynności wentylacyjnej, lecz należy jej szukać w małym krążeniu.

Przed kilku laty starałem się wydobyć z pyłu zapomnienia pogląd DRESTERWEG'A, który stwierdził, iż narząd oddechowy przyjmuje znaczny udział w krążeniu krwi ⁴⁾.

Teorya wciągania (*aspiratio*) przez klatkę piersiową nie objaśnia nam bynajmniej tego, w jaki sposób dochodzi krew do serca z naczyń włosowatych. Najważniejszy czynnik pod tym względem stanowi rozszerzanie się podczas wdechu naczyń, należących do systematu tętnicy płucnej, a następnie siła ssąca, jaką posiada prawy przedsionek podczas rozkurczu, jak to wykazały badania MOSSO i RIEGEL'A ⁵⁾.

Nie mniejszem jest znaczenie narządu oddechowego dla małego krążenia. Siła prawej komórki nie jest dostateczną do przepchnięcia przez naczynia włosowate płuc takiej samej ilości krwi, jaka przepływa jednocześnie z lewej komórki przez naczynia włosowate ciała dzięki sprężystości i dzięki mięśniom obrączkowym tętnic, prawa bowiem komórka wywiera zaledwie trzecią część tej siły, jaką rozporządza lewa, opór zaś w naczyniach włosowatych płuc z pewnością nie jest mniejszy, niż w innych. Rozszerzanie się naczyń włosowatych podczas wdechu posiada działanie ssące i wyrównywa tym sposobem wadliwe ustosunkowanie siły obu komórek.

Dalszy przepływ krwi przez żyły płucne do lewej połowy serca odbywa się przy współdziałaniu wydechu dzięki sile ssącej, jaką wywiera lewa połowa serca podczas rozkurczu; siła ta, o ile się zdaje, jest znacznie większą w porównaniu z ssącą siłą rozkurczową, jaką prawa komórka wywiera na pnie żyłne ciała. Badania Goltz'a i Gaule'go dowiodły, iż lewa połowa serca przyjmuje udział w małym krążeniu ⁶⁾.

Prócz tego krew w żyłach płucnych podlega jeszcze sile mięśni tętnic płucnych, które działają bez wątpienia tak samo, jak mięśnie innych tętnic ustroju. Jeśli zwrócimy jeszcze uwagę na małe napięcie naczyń płucnych, to jasnem się stanie, iż mięśnie, skoro są, działać muszą, w przeciwnym bowiem razie uległyby zanikowi.

Mięśnie te odgrywają taką samą rolę w krążeniu płucnem jak mięśnie wydechowe w wydalaniu powietrza z pęcherzyków. Prawdopodobnem jest, iż mięśnie w systemacie tętnicy płucnej poczynają działać szczególnie podczas wydechu i że istnieją połączenia nerwowe, dzięki którym czynniki oddechowe i cyrkulacyjne działają współcześnie.

⁴⁾ Die Ursachen der Atembewegungen und ihre Bedeutung für den Kreislauf. Wiesbaden—J. F. Bergmann 1886.

⁵⁾ Ueber die diagnostische Bedeutung des Venenpulses—Samml. Klin. Vortr. Nr. 227 str. 2051.

⁶⁾ Ueber die Druckverhältnisse im Innern des Herzens. Arch. f. die gesamte Physiologie XVII str. 100.

Analogiczne współdziałanie czynników oddechowych i cyrkulacyjnych spostrzegamy na falach krwi TRAUBE-HERING'A, które, zdaniem Heringa powstają dzięki unerwianiu nerwów serca i naczyń łącznie z unerwieniem poręcznych mięśni oddechowych ⁷⁾. Następnie jeszcze Sommerbrodt wykazał, że podczas forsownego wydechu zmniejsza się napięcie w tętnicach ustroju ⁸⁾

Fakt ten dowodzi również, iż oddychanie może dzięki połączeniom nerwowym wywierać wpływ na skurcz tętnic. (d. c. n.)

ODCINEK.

Notatka o stanie dobroczynności publicznej w guberniach Królestwa Polskiego w 1883 roku przez Prof. A. Walter'a.

Przełożył Dr. A. Fruchtman.

A. Wnioski lekarko-statystyczne.

Niżej podana luźna notatka statystyczna ułożoną jest na podstawie sprawozdań, dokonanych przez pp. gubernatorów i, z wyjątkiem jednej gubernii, ogłoszonych drukiem. Szczególną przytem zwrócono uwagę na opiekę nad szpitalami, wobec której opieka nad starcami, nieuleczalnymi chorem, oraz sierotami, małą stosunkowo odgrywa rolę. Sprawozdania owe zestawione są zgodnie z postanowieniem z r. 1870, nigdzie atoli nie zrobiono z nich jednolitej całości. Są to nie tylko oddzielne sprawozdania z 10 gubernii i m. Warszawy, ale raczej sprawozdania z oddzielnych powiatów. Ustawa z 1880 r., jakkolwiek obowiązuje dokonywanie sprawozdań rokrocznie, nie zatwierdziła jednakże względem nich ani formy ogólnej, ani też nie podała myśli przewodniej, którą się kierować należy przy zestawianiu owych sprawozdań; są to pozbawione treści sprawozdania o przychodzie i rozchodzie sum pieniężnych, w których, z wyjątkiem sprawozdań m. Warszawy, nie przebija żaden wpływ lekarski; trudno też dopatrzeć się w nich jakichkolwiek rozumniejszych poglądów na zadanie dobroczynności publicznej, na opiekę nad biednymi, na sposób zmniejszenia tej nędzy. Kwestyę powyższą wzięło sobie za zadanie, jakkolwiek nieumiejętnie, jedynie Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności.

Dzisiejsza t. zw. dobroczynność publiczna w kraju nadwisańskim zajmuje się przeważnie skutkami nędzy, niesie pomoc i pociechę bardzo słabą, zasoby jej materyalne są małe, korzysta bowiem wyłącznie z ofiar prywatnych dawniejszych i czynionych obecnie, bierze zaś zapłatę od ludzi najbiedniejszych... w szpitalach. Ani Rząd, ani gminy, ani też miasta nie czują się w obowiązku opiekować się biednymi, czynione zaś ofiary są stosunkowo bardzo nieznaczne. Rząd obecnie zarządza zapisami prywatnymi, bacząc na wypełnienie ich, i przyjmuje nieznaczny współdział w wydatkach, miasta zaś jeszcze mniejszy. Natomiast, powiększył się znacznie wpływ kancelaryi na dobroczynność publiczną, który się okazał szczególnie szkodliwym w powiatach, gdzie cała sprawa dokonywa się w kancelaryi naczelnika powiatu. Tem właśnie tłumaczyć należy okoliczność, że sprawozdania są oschłe, nie posiadają żadnej praktycznej doniosłości i są bez treści. Porównywać je ze sobą można z tego jedynie względu, że większość ich ułożona jest według prawideł, ongi przepisanych przez dawną Radę Opiekuńczą. Ze wniosek taki jest sprawiedliwym, dosyć jest porównać ostatnie sprawozdanie Rady Opiekuńczej z 1869 r. z 11-ma sprawozdaniami pp. gubernatorów, mia-

⁷⁾ Ueber Atembewegungen des Gefässsystems. Wien. Sitzungsbr. LX. 2. str. 829.

⁸⁾ Ueber eine bisher noch nicht gekannte wichtige Einrichtung des menschlichen Organismus.

nowicie dział dobroczynności publicznej za rok 1883. Podajemy tu ważniejsze cyfry ogólne, nadmienając, że b. Rada Opiekuńcza pomieszczała nadto w swych sprawozdaniach przegląd działalności wiejskiej dobroczynności gminnej, wyłączonej obecnie z pod zarządu dobroczynności publicznej. Działalność dzisiejszych Rad, cele, oraz sposób zapatrywania się, pozostają dla czytającej publiczności obcemi. Wreszcie sprawozdania obecnych Rad dobroczynności publicznej drukują się w małej liczbie egzemplarzy, wskutek czego ogół mało jest powiadomionym o sprawach szpitalnych o zasobach i potrzebach, ten sam ogół, na ofiarną i współczynność którego Rząd, zdaje się, wiele liczy.

Według ostatnich danych statystycznych, liczba mieszkańców w Królestwie Polskiem w r. 1886 wynosiła 6,910,347. Przeciętna liczba mieszkańców na 1 wiorstę kwadratową = 60,9, W całym Królestwie było w 1883 r. 87 szpitali 87, w tej liczbie w Warszawie 23, włącznie z zakładami dla obłąkanych, oraz z przytułkami dla rodzających. Łóżek we wszystkich tych szpitalach było ogółem 4387, w tej liczbie Warszawa posiadała 2300 łóżek, czyli, że więcej (wobec 400000 mieszkanców), niż całe Królestwo, które z ludnością 6,500,000 posiada zaledwie 2087 łóżek. Wiadomo nadto, że gminy wcale szpitali nie mają. W r. 1869 było w całym Królestwie szpitali 75, łóżek zaś 3799.

W roku 1883 w szpitalach gubernii Królestwa Polskiego, według sprawozdań urzędowych, pozostało z r. 1882 i zapisało się na nowo ogółem 49368 chorych, w tej liczbie w szpitalach warszawskich było 28611. Oprócz Warszawy, największą ilość chorych miała gubernia lubelska — 4236.

We wszystkich 87 szpitalach, zakładach dla obłąkanych i przytułkach dla rodzających, w r. 1883 przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 3717 (na 4387 łóżek), w tej liczbie w Warszawie na 2300 łóżek było przeciętnie chorych 1843. Kto byli ci chorzy, do jakiej warstwy społeczeństwa należeli, ilu z nich wskutek nędzy leczyło się darmo, ilu podarowano należność za leczenie, o tem wszystkim sprawozdanie zachowuje milczenie. Domyślać się tylko można, że chorzy ci byli to żebracy i wojskowi — na służbie i urlopowani, w wielu bowiem sprawozdaniach spotkać się można wyłącznie z wspomnianą klasą ludzi. Kwesji rzeczonyj nie rozstrzyga nawet sprawozdanie m. Warszawy, jakkolwiek w szpitalach warszawskich leczyło się wielu tobotników (fabrycznych, rzemieślników, służby i t. d.), o zasobach jednakże ich materialnych żadnej nie znajdujemy wzmianki, tak, iż trudno rozstrzygnąć, czem właściwie były szpitale, czy schronieniem dla biednych, pozbawionych dachu i dla żebraków, czy też zakładami, w których za pieniądze leczyli się tacy, którzy tak tanio w domu u siebie leczyć by się nie mogli. Rozstrzygnięcie kwesji powyższej byłoby możliwem, jest zaś rzeczą ważną dla tego, że od niego zależy unormowanie dziennej opłaty, wnoszonej przez chorych.

W roku 1883 w liczbie 260 0 chorych, leczonych w szpitalach, z wyjątkiem warszawskich, znajdowało się 4843 wojskowych, czyli prawie 20%. Skarb opłacił za nich całkowitą należność, t. j. tyle, ile kosztowało leczenie ich oraz opieka, pobyt ich zatem w szpitalu był obowiązującym. W szpitalach warszawskich tego rodzaju chorych nie było.

Drugą kategorię chorych obowiązujących stanowią syfilitycy (w znaczeniu zwykłym, t. j. dotknięci również chorobami wenerycznymi lub miejscowymi narządów płciowych). Było ich w guberniach 2927, czyli $\frac{1}{9}$ — $\frac{1}{8}$ ogólnej liczby chorych na 6,500,000 mieszkańców. Niepokazna ta liczba daje się tem wytłomaczyć, że większość rzeczonych chorych zmuszona była leczyć się własnym kosztem. W Warszawie liczba syfilityków wynosiła 3879 na 23000 chorych i 400,000 mieszkańców, przyczem $\frac{2}{3}$ chorych leczyło się kosztem skarbu. Cyfry te dowodzą niezaprzeczenie całej wadliwości opieki i leczenia syfilityków w guberniach Królestwa Polskiego. (d. n.).

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Czytamy w „*Medical Record*“: Powszechnie wiadomem jest w medycynie, że jakkolwiek żółta febra nie posiada wyłącznych patognomicznych objawów, jednak dyagnoza jej z łatwością postawić się daje. Dyagnoza ta ułatwioną została przez badania, dokonane przy rozbiórce krwi zakażonej malaryą.

Ze względu na ten fakt i na stosunkowo nieznaczną własność epidemicznego udzielania się żółtej febrze, Zarząd sanitarny w Brooklyn zasługuje na surową naganę za uwięzienie lekarza, obwinionego o niezawiadomienie władzy o przytrafienym przypadku malaryi, którą Zarząd mylnie poczytał za żółtą febrę. Fakt był następujący.

Dr. Duncan na parostatku Colon dostał powrotnego ataku gorączki, podczas której pielęgnowany był przez kolegę swego D-ra Fogerta. Zarząd sanitarny, powiadomiony o tem, usunął chorego ze statku na wyspę Swineburne, ustanowił kwarantannę dokoła domu, i uwięził w nim D-ra Bogerta, zagrożiwszy mu oddaniem go pod sąd. Pomimo niebezpieczeństwa, wynikłego z przymusewej translokacji podczas najsilniejszego rozwoju choroby, pacjent wyzdrowiał, a lekarz jego wypuszczony został na wolność, doświadczywszy jednak poprzednio wiele nieprzyjemności ze strony Zarządu. Tego rodzaju wypadki, powtarzające się od czasu do czasu, przybierają skandaliczny charakter nadużyć władzy. Należałoby obmyślić środki zapobiegawcze szerzeniu się zarazy, bez alarmowania niepotrzebnie publiczności, i narażania jednostek na niemiłe zajścia tego rodzaju. Niezależnie zresztą od tej kwestyi, nasuwa się pytanie, będące w bezpośrednim związku z zawodem lekarskim. Czy lekarz może i powinien podlegać karze więziennej za niezawiadomienie władzy o pojawieniu się powrotnej febrze? Jeżeli tak, to zaiste dożyliśmy szczególnej epoki w medycynie. Należy bowiem mieć na uwadze, że Państwo niema żadnego prawa czynić lekarza odpowiedzialnym za nieostrzeżenie miejscowej władzy o wypadkach choroby przytrafiających się w jego praktyce. Lekarz nie jest sługą publicznym i żadnych przywilejów nie otrzymał od Państwa. Prawa, które narzucają mu obowiązek zawiadomienia władzy o pojawieniu się zaraźliwych chorób, są czysto arbitralne i nie oparte na żadnej podstawie. Zwyczaj wprowadził je w użycie, co było powodem, że dotąd nikt nie zaprostetował przeciw nim. Jeżeli jednak prawa te zastosowane będą z narażeniem jednostek na osobiste przykrości, muszą ono z czasem upaść same przez się.

— Członkowie Towarzystwa Epidemicznego po raz drugi podejmowali w Londynie D-ra Tholosan, znakomitego przybocznego lekarza szacha perskiego. Dr. Thorne, prezes Towarzystwa, zabrał głos i wychyliwszy toast na cześć królowej i władcy Teheranu, wniósł następnie zdrowie dystyngowanego gościa, przyczem w krótkich a dobitnych słowach streścił zasługi, jakie tenże położył na polu epidemiologii, zwłaszcza ze względu na badania dżumy. Dr. Tholosan w odpowiedzi na wymowną przemowę prezydenta odpowiedział co następuje:

Panowie! Między licznymi dowodami życzliwości, jakich doznałem w czasie podróży mojej z Persyi, zaszczyt, jaki mnie spotyka ze strony waszej, najgłębiej mnie wzrusza. Od lat 30-tu blisko bawiąc po za granicami Eurofy, zdziwiony jestem, widząc, że imię moje dotąd nie zostało zapomnianem. Zawdzięczam to zapewne nie tyle wartości uczynionych przezemnie spostrzeżeń naukowych, co sumienności badań moich i powadze moich referatów. Erazm Dawid, dziań waszego wielkiego Darwina, twierdzi napozór paradoksalnie, że w naszej nauce tyle jest prawie fałszywie podanych faktów, ile fałszywych teoryi. Zdanie to zwłaszcza daje się zastosować do historii i przebiegu epidemii w dawnych wiekach i w odległych częściach świata. Napisałem całą prawdę w tych kwestyach, nie dając się powodować żadnem teoretycznem ani politycznem uprzedzeniem. Powtarzałem wielokroć światłemu władcy Persyi, że sanitarne reformy stoją na czele postępu, władzy i pomyślności narodu, i że wykonanie i rozwój ich wymagają ustanowienia specjalnego budżetu. Znając wadliwe strony wschodniej administracji, sprzeciwiałem się systematowi kwarantanny, a sposób mój zapatrywania się na te kwestye, zyskał uznanie uczonych moich kolegów w Europie, a zwłaszcza w Anglii, pomiędzy zebranymi tu osobami. Pozwólcie mi zatem panowie wychylić toast za zdrowie wasze i szanownego prezydenta i wierząc, iż długo zachowam w sercu wdzięczne

wspomnienie braterskiego przyjęcia, jakiego doznałem od was. Piję także za pomyślność Towarzystwa i rozwój epidemicznej nauki!

— Na uniwersytecie berlińskim było w ostatniem półroczu ogółem 4934 studentów, w tej liczbie 1450 na wydziale lekarskim. Dyplomów doktorskich wydano w roku 1888—89 ogółem 228, w tej liczbie lekarskich było 135. Dochód roczny z doktoratów wynosi przeciętnie 100—120000 marek.

— G. Gibson i R. Felkin zauważyli rzadkie poboczne działanie salicylanu sodu. U chorej, która codziennie brała co 2 godz. 1,2 gr. salicylanu sodu, wystąpiło po upływie 8 godzin od chwili wzięcia pierwszej dawki zwięzenie źrenic, osłabienie siły wzroku, nadto źrenice przestały reagować. Zwięzenie ustąpiło dopiero w 30 godzin po zaprzestaniu podawania środka rzeczonego.

OGŁOSZENIA.

Pierwsza w Kraju Fabryka ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH



PLASTRÓW LECZNICZYCH

APTEKARZY

W. TRZCIŃSKIEGO

I

J. URBANOWICZA

Krakowskie-Przedmieście Nr. 20

W WARSZAWIE.

List pochwalny na wystawie higienicznej w Warszawie 1887 r.

Medal brązowy na wystawie przemysłowej w Krakowie 1887 r.

Medal srebrny na wystawie higieniczno-lekarskiej we Lwowie 1888 r.

Dyplom uznania na wystawie higienicznej w Petersburgu 1889 r.

Poleca po możliwie niskich cenach: wszelkie środki opatrunkowe. Plastry smarowane, Gazy pokryte wszelkimi maściami podług systemu D-ra Unna, Gorczyczniki, Thapazie, etc. etc. przy większych zamówieniach odstępuje się rabat.

(213)—6—4

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

Дозволено Цензурою. Варшава 27 Іюля 1889 г.—Друк Марыи Зіемкіевіч

Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.