

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Napisał A. Wizel. — O wartości leczniczej surowicy przeciwpałkowcowej. Podał L. Koziński. Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** O krwotokach macicznych. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 6. Leczenie za pomocą światła podług N. Finsen'a. 7. O cierpieniach pseudogrypowych. — **Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego poświęconego zwalczaniu gruźlicy.** — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc grudzień r. 1899. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel — Sur le traitement des aliénés par la méthode d'alitement. 2) D-r S. Koziński — Sur la valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — R10 Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel — Die Bettbehandlung der Irren. 2) D-r S. Koziński — Ueber den therapeutischen Werth des Antistreptococcenserum.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

(NA CZYSTEM).

## Metoda „leczenia w łóżku“

(Bettbehandlung)

chorych umysłowych.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

Współczesna terapia chorób umysłowych jest jednym z największych tryumfów medycyny. Bez przesady rzecz można, iż w żadnej gałęzi terapii nie zaznaczył się w tak wysokim stopniu postęp nauki, jak w dziedzinie leczenia chorych umysłowych. Historia całego lecnictwa wogóle należy do najsmutniejszych kart historii medycyny, żadna jednak kategoria chorych nie zapisała się tak tragicznie w dziejach martyrologii, jak obłąkani.



Nie mówię o wiekach starożytnych, w Grecji bowiem już dość wcześnie, bo od czasów HIPPOKRATES'a, zaczęło świtać racjonalne pojmowanie obłądu i racjonalne traktowanie obłąkanych. Martyrologia umysłowo-chorych odnosi się do wieków średnich i nowych, do owego olbrzymiego okresu czasu, który się rozpoczął na początku ery chrześcijańskiej i przetrwał do ostatnich, do najnowszych niemal czasów.

Z tego ogromnego okresu najwięcej męczeństw przypada oczywiście na wieki średnie, wieki bezmiernej ciemnoty. W owych to czasach narodził się pogląd mistyczny, nadprzyrodzony na istotę obłądu, wedle którego obłąkany uważany był za czciciela dyabła lub za opętanego przez dyabła, i stosownie do tego poglądu chorych umysłowych leczono praktykami religijnymi, a gdy te zawodziły, oddawano ich w ręce katów. Opornych chorych palono na stosach, których tysiące płonęły we wszystkich krajach Europy. Któż zdołałby dziś obliczyć, ile niewinnych ofiar postradało życie w rękach oprawców?

Tępienie obłąkanych wy pływało z demonologicznych pojęć duchowieństwa i ciemnego tłumu, wierzone bowiem, że, tępiąc obłąkanych, tępi się tem samem nieczystą siłą, której obłąkany był wyobrazicielem, i że się w ten sposób kres kładzie panowaniu szatana.

Ale nie tylko z religijnych pobudek płynęły krwawe rozprawy z obłąkanymi. Przyłączyły się do nich i względy państwowe. Obłąkani stanowili element szkodliwy, niebezpieczny w łonie społeczeństw, i dla tego trzeba było ścigać ich z taką samą nieubłaganą surowością, z jaką ścigano zwykłych przestępców. Jak dla jednych, tak i dla drugich najwłaściwszym środkiem była kara śmierci.

Ale oto z biegiem czasu, pod wpływem rozwijającej się kultury, zaczęły budzić się idee humanitarne, wzmagają się współczucie, mięknią obyczaje. Nadprzyrodzony pogląd na istotę obłądu trwa, co prawda, w dalszym ciągu, nic z mocy swej nie tracąc, ale prześladowanie obłąkanych, tych domniemyanych czarowników i opętanych, staje się coraz mniej okrutne. Na przełomie wieków nowych kara śmierci staje się coraz rzadszą, coraz częściej natomiast bywają stosowane więzienia oraz specjalne przytułki. Nie prędko jednak te ostatnie wyrugowały doszczętnie karę śmierci, jeszcze bowiem i w XVII stuleciu płonęły stosy z ofiarami obłądu!

Przytułki, o których wspomnieliśmy, zaczęły powstawać w XV wieku. Pierwszy taki przytułek został założony w Hiszpanii przez mnichów zakonu de la Merci, którzy, miesając częste stosunki z narodami mahometańskimi, widzieli u nich schroniska dla obłąkanych. Z Hiszpanii przytułki przeszły do innych krajów Europy.

Jakież jednak było leczenie w tych przytułkach? Girard de Villethierry, historyk św. Jana Bożego, który w jednym z przytułków dla umysłowo-chorych był leczony, opowiada, co następuje: „postępowano z nim z początku w szpitalu dla obłąkanych bardzo łagodnie, pragnąc się przekonać, czy się jego obłąd nie odmieni, lecz wkrótce zmieniono system postępowania, albowiem spostrzeżono, iż chory nie tylko nie przestaje bredzić, ale bredzi coraz więcej. Włożono mu wówczas na ręce i na nogi kajdany, rozebrano do naga, chłostano go i szarpano ciało jego tęgimi powrozami, czyniąc to w tym celu, by ból zmusił go do opamiętania się i z obłądu go uleczył<sup>1)</sup>”. Z cytaty tej

<sup>1)</sup> D-r Jules ROCHARD Encyclopédie d'hygiène. Paris. 1897. T. 5. Str. 656.



widzimy, że do rzekomych przytułków wtargnęły te same pojęcia i te same zasady „leczenia“, jakie były wyznawane wówczas przez wszystkie warstwy narodu, i że los chorych, w przytułkach osadzanych, był godny najwyższej litości. Nie znano tu wprawdzie kary śmierci, dla wypędzenia jednak nieczystej siły uciekano się do najokropniejszych tortur.

Tak rzeczy się miały aż do połowy XVIII stulecia! W tym to okresie czasu po raz pierwszy zaczynają świtać racjonalne poglądy na istotę obłądu. Zrazu słabo, po tem coraz śmielej, coraz głośniej i coraz częściej odzywają się głosy lekarskie, iż obłąd nie jest niczem innym, jak chorobą, jak przejawem nieprawidłowej czynności mózgu, że obłąkanych należy leczyć również dobrze, jak wszelkich innych chorych, że leczenie winno być powierzone lekarzom, a nie duchowieństwu, albowiem praktyki religijne nic tu nie pomogą, że wreszcie dla obłąkanych należy tworzyć specjalne szpitale. Pogląd ten zaczyna powoli zwyciężać, i oto w połowie XVIII wieku powstaje w Londynie pierwszy szpital dla obłąkanych (S-t Luke's Hospital), a w 1786 r. w szpitalu paryskim Hôtel Dieu wydzielono parę łóżek dla umysłowo-chorych. Jeszcze w kilka lat później w 1792 r. stał się fakt wielce znamienity i w historii psychiatrii nader doniosły: za sprawą psychiatry PINEL'a z obłąkanych zdjęto we Francji kajdany.

Zdawałoby się, że odtąd terapia chorób umysłowych winna już szybkim krokiem naprzód postępować. Obłąkani zostali wydarci z rąk władzy świeckiej i duchownej i przeszli pod zarząd lekarzy. Takby się zdawało, rzeczywistość jednak wykazuje, że, o ile patologia umysłowa, uprawiana przez ówczesnych lekarzy, czyniła coraz większe postępy, terapia rozwijała się nader opieszale. Psychiatrizy końca XVIII i początku XIX wieku, jakkolwiek łagodniej obchodzili się z obłąkanymi, aniżeli władze i duchowieństwo w czasach ubiegłych, jednak i oni stosowali względem swych chorych system gwałtu i przemocy i oni usiłowali karą cielesną na poprawę stanu psychicznego wpłynąć. Teoretyczny punkt widzenia radykalnie się zmienił, metody jednak lecznicze, choć łagodniejsze, zasadniczo pozostały te same. Że tak było istotnie, przekonywamy się o tem dowodnie z dzieł lekarskich ówczesnych psychiatrów,

W 1824 r. w Tubindze wyszła praca d-ra Piotra Józefa SCHNEIDER'a, p. t. Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychische Krankheiten. W rozdziale p. t. „środki mechaniczne antagonistyczne“ znajdujemy tu opis najrozmaitszych narzędzi tortury, które autor zaleca, jako doskonale środki przeciw uporowi i zawziętości obłąkanych. Znajdujemy tu opis i rysunek maszyny wirującej (Drehmaschine), a właściwie wirującego łóżka (Drehbett), do którego przymocowywano chorego w ten sposób, że nogi miał zwrócone do środka, a głowę do obwodu, poczem łóżko przy pomocy bardzo skomplikowanej maszyny puszczano w szybki ruch obrotowy (40—60 obrotów na minutę). Metoda ta miała dawać nieocenione wyniki przy leczeniu furjantów, chorych upartych i nieposłusznych, chorych, wyrzekających się jedzenia i zdradzających popęd samobójczy, wreszcie chorych cichych i zupełnie biernych. Widywano wprawdzie przytem sinicę twarzy, ciężki oddech, nawet straszne napady zaduszania się, ale z tem trzeba było się pogodzić. „Gdzie nie pomaga maszyna wirująca, powiada HEINROTH, tam już nic nie pomoże“. Analogiczny wpływ wywierały: wirujące krzesło (Drehstuhle) oraz huśtawka Cox'a i HALLERAN'a. Czasami jednak i te przyrządy zawodziły, wówczas należało, zdaniem autora, dać naprzód choremu porządną dawkę środka wy-



miotnego, a działanie obopólne dwóch tych „metod“ da napewno wynik pożądaný.

Stosowano prócz tego biczowanie pokrzywami, ale środek ten, według autora, jest zbyt łagodny (!), rzadko też pomaga. Już o wiele energiczniejszym było przypalanie rozżarzonem żelazem. „Kurację“ tę wykonywano w ten sposób, że kawałem żelaza, szerokim na 2 – 3 palce, grubym zaś na pół cala, rozpalonym w ogniu do czerwoności, prowadzono kilka razy po wygolonej głowie pacyenta, przyczem dwaj pomocnicy przypalali jednocześnie pięty. Do tejże kategorii środków leczniczych należał worek muślinowy z żywemi mrówkami, którego używano celem wywołania pryszczycy. Metoda ta miała na celu „odciągnięcie chorej duszy od środka“ i zwrócenie uwagi chorego na umartwione ciało. Lekarz, który podobne metody leczenia stosował, winien był mieć bardzo silne nerwy. To też słusznie twierdzi autor, że „niezlomna wola i nieustraszona odwaga winny stanowić nieodzowne cechy charakteru lekarza, poświęcającego się psychiatrii“.

Po tym rozdziale następuje drugi, w którym SCHNEIDER opisuje „środki kojące zewnętrzne“. Do środków tych należały: worek, trumna angielska (było to pudło do rzeczywistej trumny podobne, z otworem dla twarzy), w której chory nie mógł żadną miarą się poruszyć, koło, które zmuszało chorego do ciągłego chodzenia i nieustannego zwracania na siebie uwagi, maska AUTENRIETH'a, przyrząd nader pomysłowy, nie pozwalający choremu krzyczeć, krzesło przymusowe (Zwangsstuhl), kołyska przymusowa, rzemień przymusowy, sznur do musowego stania i t. p., wreszcie kaftan przymusowy (Zwangsjacke). Rzecz szczególna: kaftan przymusowy cieszył się wówczas najniższem uznaniem, albowiem łatwo się dał i przez to nie był dość pewny<sup>2)</sup>.

Tak leczono chorych umysłowych w pierwszej połowie bieżącego stulecia. Co prawda, już i w owych czasach odzywały się głosy protestu przeciwko metodzie gwałtu. Tak np. w 1839 roku psychiatra angielski CONOLLY zażądał zaniechania wszelkich przymusowych środków i wygłosił szczytną zasadę „no restraint“. Głos jego jednak przebrzmiał na razie bez echa, i wszędzie w dalszym ciągu leczono obłąkanych przymusem.

Powoli jednak duch czasu zrobił swoje. Psychiatrizy zaczęli się z wolna przekonywać, że środki przymusowe w leczeniu chorób umysłowych są istotnie zbyt ciężkie, przynajmniej w tej ilości, w jakiej ich wówczas używano, i zaczęli stopniowo i ostrożnie te i owe narzędzia przemocy z zakładów swych rugować. Rugi te oczywiście odbywały się nierównomiernie, skutkiem czego w rozmaitych krajach i rozmaitych zakładach w jednym i tym samym czasie stosowano najrozmaitsze systemy lecznicze: gdy w jednych coraz bardziej zbliżano się do zasady „leczenia swobodnego“ (freie Behandlung), w innych w jaknajlepsze używano wszelakich narzędzi gwałtu. Niemniej jednak sprawa ciągle postępowała, zasada „no-restraint“ podbijała coraz silniej umysły lekarzy i zyskiwała coraz bardziej na rozpowszechnieniu, tak iż lat trzydzięści temu z całego arsenału środków przymusowych pozostały (przynajmniej w krajach zachodnio-europejskich) tylko dwa, a mianowicie: kaftan i separotka. Ale oto z wolna nadszedł czas, kiedy

---

<sup>2)</sup> Wiadomości powyższe zaczerpnąłem z pracy d-ra SCHOLZ'a p. t. Die nächste Aufgabe der Irrenpflege“. Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1894.



i przeciwko tym ostatnim pozostałościom dawnej terapii założono gorący protest.

Przedewszystkiem zwrócono się przeciw kaftanowi. Spór o kaftan zapłonął jeszcze w końcu 60-tych lat, areną zaś walki były Niemcy. Tam to przeciwnicy kaftana rzucili się nań z całym impetem nieubłaganej logiki, wykazując wszystkie ujemne strony tego przymusowego środka. Bój toczył się długo i namiętnie, wreszcie po kilkunastu latach przeciwnicy kaftana odnieśli kompletne zwycięstwo, i dziś kaftan jest w Niemczech oficjalnie potępiony i z zakładów psychiatrycznych wyrzucony<sup>3)</sup>. W tymże czasie i w innych krajach zaczęto powoli kaftan rugować lub zakres jego używalności znacznie ograniczać. W Anglii, np., gdzie do 1893 r. jeszcze nie zaniechano go zupełnie, używalność jego ograniczono do minimalnych rozmiarów. Tak np. sprawozdanie roczne z pięciu zakładów psychiatrycznych w Londynie, przy ogólnym ruchu chorych 11,000, wykazuje, iż w roku 1892 - 1893 kaftan był użyty zaledwie 65 razy<sup>4)</sup>.

Ze wszystkich więc środków przymusowych nietykalną pozostała do najnowszych czasów jedna tylko separatka, ale i przeciwko niej w najswieższej dobie rozpoczęto energiczną kampanię. Kampania ta zbiegła się w czasie z wynalezieniem i popularyzowaniem pewnej nowej metody leczenia, a mianowicie metody leczenia w łóżku (Bettbehandlung). Metoda ta, którą śmiało nazwać można epokowym odkryciem w psychiatryi, coraz bardziej i coraz energiczniej separatkę wycieśnia. Gdziekolwiek została wprowadzona, tam separatka dawne swe znaczenie straciła, i dziś istnieje już wiele zakładów, gdzie skasowano ją zupełnie<sup>5)</sup>.

I znowu musimy w tem miejscu hołd psychiatrom niemieckim złożyć, oni to bowiem metodę „leczenia w łóżku“ do terapii wprowadzili. Francya chlubi się PINEL'em, Angia CONOLLY'm, Niemcy zaś śmiało chlubić się mogą tymi psychiatrami, którzy metodę „Bettbehandlung“ wynaleźli i spopularyzowali.

Ze wszystkiego, cośmy powyżej rzekli, wypada, że dzieje psychiatryi są równoznaczne z historią powolnego emancypowania się umysłowo-chorych. Pierwotnie przez cały szereg wieków średnich pastwiono się nad nimi z całym okrucieństwem ciemnoty i fanatyzmu, najskuteczniejszy środek przeciwko nim upatrując w karze śmierci. W wieku XVI kara śmierci zaczyna być stosowana coraz rzadziej, natomiast występują na porządek dzienny więzienia i przytulki ze systemem kar cielesnych. Jeszcze później, bo w połowie XVIII stulecia, obłąkani wydostają się z pod opieki władzy i duchowieństwa i przechodzą pod zarząd lekarzy, ale i wówczas jeszcze nie przestają być przedmiotem gwałtu i przemocy, i dopiero w połowie obecnego wieku zaczynają oni być traktowani coraz humanitarniej. Odtąd już emancypacja chorych umysłowych idzie coraz szybciej naprzód, zwłaszcza w ostatnim trzydziestoleciu,

3) Czytaj we wzmiankowanej pracy SCHOLZ'a str. 693-694.

4) D-r W. KOENIG. Einige Mittheilungen über den heutigen Stand des Irrenwesens in England und Schottland. Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie. 1896.

5) Zauważyć tu należy, że ograniczenie używalności separatki nie wszędzie jednak stało się wynikiem wprowadzenia metody Bettbehandlung, w Anglii bowiem, gdzie metoda ta do 1893 r. nie miała jeszcze szerokiego zastosowania, używalność separatki i tak została zredukowana do jaknajmniejszych rozmiarów. We wspomnianem wyżej sprawozdaniu z 5 zakładów londyńskich, separatka zanotowana jest zaledwie 32 razy (przy ogólnej liczbie 11000 chorych) w ciągu całego roku.



i dziś w wielu zakładach, dzięki potępieniu kaftana i separatki, a głównie dzięki wprowadzeniu metody „leczenia w łóżku“, obłąkany został całkowicie wyemancypowany i otrzymał tę szeroką wolność, o jakiej kiedyś śniło się CONOLLY'emu. Koroną tej wielowiekowej walki o wolność jest właśnie wspomniana metoda „leczenia w łóżku“. Metoda ta oczywiście zasługuje na jaknajwiększe uznanie oraz na jaknajenergiczniejszą propagandę w prasie lekarskiej. Dziś przechodzi ona jeszcze fazę ewolucyi, znajduje jeszcze, jak każda rzecz nowa, wielu przeciwników, spodziewać się wszakże należy, że w niedalekiej przyszłości stanie się ona powszechnie obowiązującą.

Po tych wstępnych uwagach możemy już przejść do rozbioru metody „Bettbehandlung“.

\*

\*

\*

(C. d. n.).

---

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.  
I Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ D-RA PALMIRSKIEGO W WARSZAWIE.

## O WARTOŚCI LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Podał

**L. KOZIŃKI.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 2).

Spostrzeżenie III. K. Antonina, lat 20, panna, wyrobница. Przybyła do oddziału chirurgicznego (s. 16) 5.I. 1897 r. Od 2-ch lat u chorej następuje skrócenie wzrastające kończyny dolnej prawej. Początkowo leczyła się w szpitalu w Opocznie, gdzie stosowano pryszczydła na udo prawe, po których podług słów chorej zostały niezagojone ranki. Niedawno dołączył się ból w stawie biodrowym. Przez cały czas tej choroby nie gorączkowała; przedtem zawsze była zdrowa; obciążenia dziedzicznego nie ma. Chora wzrostu średniego; budowa dobra, odżywianie średnie; nie gorączkuje, tętno 84 prawidłowe; w narządach wewnętrznych nie znaleziono nic szczególnego. Gdy chora leży na plecach, kończyna dolna prawa wydaje się skróconą o 3 ctm. i znajduje się w położeniu odprowadzenia, skręcenia ku wewnątrz i zgięcia pod kątem 60°. Obwód uda prawego i goleni krótszy o  $\frac{1}{2}$  ctm. względnie do kończyny lewej. Ruchy czynne i bierne w prawym stawie biodrowym zniesione. Kości miednicy nie uległy zmianom widocznym. Na miejscu talerza biodrowego zewnętrznego znajdujemy wypuklenie wskutek przesunięcia krętarza wielkiego o 3 ctm. po nad linię ROSER'a-NELATON'a. Dotykanie krętarza i jego okolicy bolesne, lecz powłoki zewnętrzne niezmiennione. Fałda pośladowa nie istnieje na stronie prawej; badanie przez odbytnicę nie wykazuje nic szczególnego. Na powierzchni przednio - zewnętrznej uda widać 4 przetoki, o ścianach bliznowatych, z ziarniną skąpą, suchą, z których spływała obficie gęsta ropa, najwyższa leży poniżej krętarza wielkiego, zaś najniższa w dolnej  $\frac{1}{3}$  uda. Zgłębnik przez przetoki drąży na 8—10 ctm.



Rozpoznanie wobec wyżej wymienionych danych wahało się między gruźlicą i *osteomyelitis chronica* z zajęciem wtórnym stawu biodrowego.

W przeciągu okresu czasu od I. I. do II. II. chorobę opatrywano co parę dni, stosowano dla poprawienia odżywiania pigułki BLAUD'a.

II. II. Po uprzednim starannem odkażeniu powierzchni ciała, przystąpiono do operacji; w odurzeniu chloroformowem poprowadzono cięcie podłużne na powierzchni zewnętrznej uda prawego. Cięciem tem połączono wszystkie przetoki w jeden kanał. Kanał ten leżał na powierzchni powięzi szerokiej, szedł ku górze i na wewnątrz, t. j. do *spina anterior superior*; ściany jego były grube z tkanki twardej, modzelowatej, miejscami wysłane skąpą ziarniną. Przez kanał ów, ku górze, w przestrzeni mięśniowej zgłębnik przechodził ponad więz POUPART'a. Wykonano drugie cięcie nad więz POUPART'a równoległe do tegoż. Po przecięciu mięśni brzusznych i powięzi poprzecznej, odsunięto otrzewną ku górze, poczem można było wyczuć, że zgłębnik leży pod *musc iliacus internus*; włókna tego mięśnia rozdzielono, poczem kanał, łączący obydwie rany, pod więz POUPART'a rozszerzono. Nigdzie nie znaleziono obnażenia kości, ani też przetoki wgłęb' idącej. Wobec tego, po wycięciu bliznowatych ścian kanału w jednych miejscach i usunięciu ziarniny w innych, brzegi ran zaszyto, pozostawiając niewielkie otwory ponad więz POUPART'a i na udzie, przez które wprowadzono paski muslinu jodoformowego. Opatrunek przeciwgnilny.

12. II. Ciepłota  $39,4^{\circ}$  -  $39,1^{\circ}$ , osłabienie znaczne; przy opatrunku znaleziono pośrodku uda z brzegu rany niewyraźnie odgraniczną plamę czerwoną na skórze, wielkości 5-kopiejkowej monety miedzianej; brzegi rany na całej przestrzeni umiarkowanie obrzmiałe, wydzielina nieobfita. Usunięto i szew, z ran usunięto muslin jodoformowy i zamieniono świeżym, zalecono wódkę i kofeinę po 0,24 — 3 proszki dziennie.

13. II. Ciepłota  $38,4$  -  $39,2$ , stan ogólny ciężki, skóra zabarwiona żółta; wo, tętno bardzo słabe, język suchy, wymioty. Usunięto wszystkie szwy, brzegi ran rozłączono, zaczerwienienie i obrzmienie skóry naokoło ran znacznie się powiększyło, przyjmując charakter róży, powierzchnia ran sucha, blada. Po brzegach zaczerwienionej skóry zastrzyknięto 5 ctm. sz. kwasu karbolowego 1%. Z uda za pomocą szprycki PRAVAZ'a wyciągnięto cokolwiek krwi i zaszczepiono na agarze, również zaszczepiono krew, wydobytą z ramienia przez nakłucie.

14. II. Ciepłota  $38^{\circ}$  -  $39^{\circ}$ . Stan ogólny cokolwiek lepszy, rany suche, blade, sprawa zapalna na skórze nie posuwa się dalej. Opatrunek wilgotny z sublimatu.

16. II. Ciepłota  $39^{\circ}$  -  $38,4^{\circ}$ . Stan ogólny bez zmiany, łaknienie małe, wydzielina z ran nieobfita, róża szerzy się po skórze uda, rany przemyto, skórę w okolicy rany wysmarowano ichtyolem; nałożono opatrunek wilgotny z sublimatu.

17. II. Ciepłota  $39,4^{\circ}$  -  $38^{\circ}$ . Czuje się lepiej, łaknienie lepsze, język wilgotny, rany więcej ożywione, zaczerwienienie skóry szerzy się po udzie. Opatrunek.

18. II. Ciepłota  $38^{\circ}$  -  $38,6^{\circ}$ , parokrotnie wymioty, brak łaknienia. Zaczerwienienie skóry przesunęło się ku dołowi do przejścia  $\frac{1}{3}$  środkowej części uda w dolną, pod skórą brzucha zatoka ku górze, przemyto ją i wypełniono muslinem jodoformowym. Wynik badania bakteriologicznego krwi ujemny.



19. II. Ciepłota  $37,4^{\circ}$ — $38^{\circ}$ , w nocy wymioty, zaczerwienienie skóry posunęło się do stopy, wydzielina z ran nieobfita. Rany przemyto, wyłożono muślinem, zwilżonym w płynie Burow'a, zaczerwienioną skórę wysmarowano ichtyolem, zajmując naokoło pasy skóry zdrowej. Zastosowano koniak podskórnice.

20. II. Ciepłota  $38,6^{\circ}$ — $38^{\circ}$ . Osłabienie znaczne, nudności, język podsychający, brak łaknienia, rana sucha, pokryta nalotem szarym, róża posunęła się do środka stopy. Nałożono opatrunek wilgotny, zastrzyknięto pod skórę brzucha 20 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej paryskiej.

21. II. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $37^{\circ}$ . Osłabienie znaczne, apatya, skóra na powierzchni ciała zabarwiona żółtawo. Zaczerwienienie skóry posunęło się z uda, zajmując tył tułowia do grzebieni łopatek. Rany ożywione więcej, nalot oddziela się. Skórę na grzbiecie i klatce piersiowej wysmarowano ichtyolem, opatrunek sublimatowy, koniak podskórnice. Wieczorem zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

22. II. Ciepłota  $38,4^{\circ}$ — $37,1^{\circ}$ . Stan ogólny po dawnemu ciężki, apatya. Tętno 130, rozwolnienie, język wilgotny, zabarwienie skóry żółtawe; wydzielina z ran skąpa, nalot oddziela się, z pod niego wyziera ziarnina. Róża wystąpiła na górnej  $\frac{1}{2}$  powierzchni zewnętrznej drugiego (lewego) uda. O godz.  $2\frac{1}{2}$  po południu i o 7-ej wieczorem zastrzyknięto po 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

23. II. Ciepłota  $37,6^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , tętno 124 słabe, stan ogólny cokolwiek lepszy, chora rzeźwiejsza, wymiotów nie było. Rozwolnienie. Ziarnina biała, róża rozszerzyła się na całą prawą stopę, a również na powierzchnię przednią klatki piersiowej. Okłady sublimatowe, w południe i wieczorem po 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

25. II. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , tętno 128 słabe, nierówne, język wilgotny, brak łaknienia; przy próbach przyjęcia pokarmu każdorazowo wymioty. Róża szerzy się po klatce piersiowej, na lewym zaś udzie dosięgła do jego połowy. Wydzielina z ran bardzo nieobfita. Okłady sublimatowe, ichtyol, w południe i wieczorem po 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA. Zalecono przeciw wymiotom *sol. argenti nitrici* 1 : 2000 co 3 godziny łyżkę stołową.

26. II. Ciepłota  $37,6^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , tętno 124 równiejsze, czuje się cokolwiek lepiej, język wilgotny, wymioty po picciu. Wydzielina z ran skąpa, rany wypełniają się ziarniną. Róża rozszerzyła się po całej powierzchni przedniej klatki piersiowej, a również na całą powierzchnię wewnętrzną ramienia prawego i górną  $\frac{1}{3}$  ramienia lewego, na stopie zaś prawej zaczerwienienie bladej. Opatrunek, w południe i wieczorem po 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

27. II. Ciepłota  $38,2^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ , tętno 128. Stan ogólny bez zmiany. Szczepionki krwi na agarze dały wynik ujemny. zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

28. II. Ciepłota  $38,2^{\circ}$ — $38^{\circ}$ , apatyczna, tętno 130 słabsze, bóle po całym ciele, język czysty, wilgotny, wymioty ustąpiły. Róża pojawiła się na powierzchni tylnej uda prawego. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA pod skórę goleni lewej; zalecono mleko, kefir, koniak.

29. II. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$ , tętno 126. Róża posunęła się na stronie prawej do górnej  $\frac{1}{5}$  przedramienia, na stronie lewej obejmuje całe ramię i górną  $\frac{1}{5}$  przedramienia, na udzie lewym szerzy się w górnych  $\frac{1}{3}$ , prócz powierzchni wewnętrznej. Na tejże kończynie bolesność odpowiednio przebiegow *v. saphenae majoris*, bolesność gruczołów chłonnych biodrowych, na dolne



części goleni odpowiednio tejże żyły zaczerwienienie. W okolicy prawego ścięgna Achilles'a duży pęcherz na skórze z zawartością ropną. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA, mleko, wino, kefir.

30. II. Ciepłota  $38,4^{\circ}$  -  $37^{\circ}$ , tętno 130, obrzmienie twarzy, szczególnie powiek, stolec 2 razy; pośrodku ramienia prawego na miejscu niedawnych zastrzyknięć surowicy stwardnienie wielkości dłoni, skóra na niem zaczerwieniona, mało bolesna. Opatrunek, zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

31. II. Ciepłota  $37^{\circ}$  -  $37^{\circ}$ , tętno 128 słabe, osłabienie, nudności, obrzęk lewej powieki, nosa i warg, na twarzy lekkie zaczerwienienie skóry. Róża posunęła się do górnej  $\frac{1}{3}$  goleni lewej na powierzchni przedniej. Miejsca, zajęte poprzednio różą, blednieją. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

1. III. Ciepłota  $36,6^{\circ}$  -  $37,6^{\circ}$ , w nocy wymioty, chora słabnie, tętno 120 słabsze, nowych ognisk niema. Otwarto ropień na ramieniu prawem, zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy BUJWIDA, zalecono lód, koniak, *sol. argenti nitrici* 1 : 2000 - 3 łyżki dziennie.

2i III. Ciepłota  $37,6^{\circ}$  -  $37,6^{\circ}$ . Stan ogólny bez zmiany, tętno 120, łuszczenie naskórka na twarzy, miejsca zaczerwienione blednieją. Pije tylko kefir. Na przedramieniu prawem zaczerwienienie posunęło się prawie do dłoni. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

3. III. Ciepłota  $37,6^{\circ}$  -  $37,6^{\circ}$ . Stan ogólny bez zmiany, kefir, koniak.

4. III. Ciepłota  $38^{\circ}$  -  $38^{\circ}$ , tętno 120, język podsychający, osłabienie, zaczerwienienia skóry blednieją. Pod sutką lewą guz miękki o barwie ciemnowej, chęlbocący, wielkości średniej pomarańczy, w nadbrzuszu lewym 3 guzy wielkości orzecha włoskiego. W moczu białka nie stwierdzono. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

5. III. Ciepłota  $37,2^{\circ}$  -  $37,2^{\circ}$ , osłabienie znaczne, tętno 120, 1 raz wymioty płynem zielonkawym. Na powierzchni wewnętrznej lewego kolana obrzmienie mało bolesne z dwiema przetokami, przez które splywa ropa; na ramieniu lewym w miejscu dawnego zastrzyknięcia surowicy takiegoż rodzaju obrzmienie wielkości orzecha włoskiego, z którego wyciska się płyn surowiczo-ropny. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy BUJWIDA, zalecono wino, koniak, *arg. nitricum*.

6. III. Ciepłota  $37^{\circ}$  -  $37^{\circ}$ , tętno 120, osłabienie znaczne, nowych ognisk róży niema; ślady jej widoczne tylko w dolnych częściach obu przedramion w postaci sinawego wyraźnie odgraniczzonego zabarwienia skóry, wymioty żółcią, prawie nieustające nudności. Stwierdzono i otwarto ropnie, jeden pod lewą sutką, 3 małe wielkości orzecha włoskiego w lewym *epigastrium*; wszystkie one zawierały płyn surowiczo-ropny. Takież, nieco większe ropnie otwarto na zewnętrznej powierzchni prawego i wewnętrznej powierzchni lewego kolana. Prócz tego wypadło rozszerzyć zatoki od rany na brzuchu w kierunku ku tyłowi i ku wewnątrz.

7. III. Ciepłota  $37^{\circ}$  -  $38,4^{\circ}$ , tętno 140. Stan ogólny bez zmiany. Zalecono lałatywy z wody ciepłej.

8. III. Ciepłota  $36,4^{\circ}$  -  $37^{\circ}$ , tętno 130, wyniszczenie wzrasta; odpowiednio przebiegowi *v. saphena major. sin.* bolesność i obrzmienie. Obrzmienie i bolesność lewych gruczołów biodrowych chłonnych.

9. III. Ciepłota  $37,6^{\circ}$  -  $37^{\circ}$ , wyniszczenie wzrasta, stale nudności, częste wymioty. Na powierzchni ciała niema już śladów róży.

10. III. Ciepłota  $37^{\circ}$  -  $35,8^{\circ}$ . Rany po ropniach oczyszczają się dobrze. Stan ogólny bez zmiany.



11. III. Ciężota 37,6° — 37,8°, wyniszczenie wielkie, język podsychający, częste wymioty żółciowe. Stolce prawidłowe. Otwarto ropień w górnej części przedramienia prawego, zgorzeli uległa tkanka podskórna, skóra zaś nie przedstawiała zmian widocznych, dotyk prawie niebolesny.

12. III. Ciężota 37° — 38°, wyniszczenie wzrasta z dniem każdym wyraźnie, wymioty, tętno 128, język suchy. Otwarto ropień w okolicy *v. saphena major sinistra* na goleni, wypłynęło z niego cokolwiek mętnego płynu, tkanka tłuszczowa naokoło skłonna do obumarcia.

13. III. Wyniszczenie znaczne. Ciężota 38° — 38,2°, wymioty.

14. III. Zmarła.

Badanie pośmiertne, wykonane przez profesora PRZEWOSKIEGO, wykazało: narządy mięsne bardzo blade, tkanki tłuszczowej nie wiele, mięśnie blade — po za tem zmian żadnych nie znaleziono. Przy badaniu prawego stawu biodrowego znaleziono zarośnięcie jamy panewkowej prócz kąta wewnętrznego, na główce kości udowej brak chrząstki, lecz kość wszędzie twarżda bez śladu ziarniny. Na przepiłowaniu szpik kostny czerwony, takż barwę mają przyległe części kości. Natomiast  $\frac{2}{3}$  główki przedstawiają na przepiłowaniu kość twarżdą, a zawartość między beleczkami zupełnie żółtą. Powierzchnia główki chropawa, z panewką (*acetabulum*) łączy się zrostami łącznotkankowymi. W stawie ropienia nie ma, rana nad więzsem POUPART'a zawiera obfitą ilość ropy, nagromadzoną głównie około *m. psoas* na dnie miednicy. Na stronie lewej zgrubienie listka otrzewny, pomiędzy kiszkaami zrosty otrzewnowe.

Róża w okolicy rany wystąpiła na drugi dzień po operacji. Zakażenie paciorkowcami (nie udało się wykryć ich we krwi i naczyniach chłonnych w okolicy, zajętej zapaleniem, pomimo trzykrotnych badań) nastąpiło prawdopodobnie wskutek wtarcia ropy z przetok w skórę przy mocnym obmywaniu ciała w okolicy przetok przed operacją, lub też wskutek wtarcia ropy w ranę tamponem podczas samej operacji. Róża szerzyła się uporczywie i przeszła niemal przez całą powierzchnię ciała, pomimo energicznego leczenia miejscowego, mianowicie zastrzyknięcia 5 ctm. sz. karbolu 1% po brzegach zaczerwienionej skóry w drugim dniu choroby, opatrunków wilgotnych z sublimatu, zmienianych codziennie, i smarowania ichtyolem.

8-go dnia choroby, a więc w okresie spóźnionym, podług ogółu badaczy, przystąpiono do leczenia surowicą. W ciągu 13 dni zastrzyknięto chorej pod skórę brzucha i klatki piersiowej ogółem 250 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej po 20 ctm. sz. dziennie (13-go dnia 10 ctm. sz.). W pierwszej dawce zastrzyknięto surowicę paryską, po czem używano jedynie surowicy prof. BUJWIDA. Wpływu surowicy na szerzenie się sprawy zapalnej nie dostrzeżono zupełnie; stan ogólny chorej nie ulegał poprawie, przeciwnie, widzimy wyniszczenie postępujące. 14-go dnia choroby, wskutek braku chwilowego surowicy, wypadło przerwać wstrzykiwania; nazajutrz wznowiono je i przez dwie doby zastrzyknięto znów po 10 ctm. sz. 17-go dnia choroby zaniechano zastrzykiwań wobec braku świeżych ognisk róży i znikania dawnych. Wyniszczenie ogółne wzrastało dalej wskutek wymiotów wkrótce po przyjęciu pokarmów, wreszcie chora zmarła przy objawach małokrwistości ostrej. W wypadku tym nie dostrzegamy działania dodatniego surowicy na stan ogólny i miejscowy, gdyż róża, pomimo codziennych zastrzykiwań surowicy, szerzyła się po powierzchni ciała; wreszcie przewlekła sprawa zakaźna spowodowała małokrwistość ostrą z zejściem śmiertelnem. Jedynie tylko na zasadzie te-



go przypadku możemy potwierdzić spostrzeżenie MARMOREK'a co do braku białkomoczu u chorych na różę i leczonych surowicą. Bardzo niemiłe powikłanie zależne od zastrzykiwań surowicy i koniaku wystąpiło w postaci ropni podskórnych. Wobec upośledzonego krążenia krwi i wchłaniania, zastrzyknięte płyny wysysały się zbyt wolno i, drażniąc tkankę podskórną, doprowadzały do ropienia. Nie stwierdzono jednak, by ropnie te wpływały na pogorszenia stanu chorej, nie wywoływały one przykrzejszych objawów miejscowych lub ogólnych, po otwarciu zaś goiły się szybko. Prócz ropni owych nie dostrzeżono jakichkolwiek innych oznak ujemnego działania surowicy, pomimo że w ciągu 16 dni wprowadzono pod skórę ogółem 280 ctm. sz.

(C. d. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

P. STRASSMANN.

### O krwotokach macicznych.

Autor w odczycie tym omawia wyłącznie krwawienia ginekologiczne, pomijając krwotoki w ciąży i połogu; w poronieniach zaś uwzględnia je o tyle, o ile okazuje się to koniecznym dla różniczkowego rozpoznania.

Jeśli jesteśmy pewni, że krwawienie nie pochodzi ani z zewnętrznych narządów rodnych, ani z pochwy, wtedy może pochodzić ono z dolnego odcinka lub trzonu macicy. Krwawienia z części pochwowej, z szyi macicy powstawać mogą wskutek owrzodzeń, polipów i raka *resp.* mięsaka. Owrzodzenia części pachwowej krwawią nieznacznie przy dotykaniu lub przy stosunku płciowym. Należy pamiętać, że z wyjątkiem świeżych rzeźączkowych owrzodzeń, ani owrzodzenia, ani wyciwiana błona śluzowa, wskutek rozdarcia szyi, skłonności do krwawień nie mają. Jeżeli więc po stosunku płciowym, lub po przemyciu podejrzanie co do raka. Krwotoki z polipów są podobne do takichże w raku. Opuszczaniu się polipa ku dołowi może towarzyszyć znaczna utrata krwi. Rak i polipy mogą powstawać we wszystkich okresach życia. Najlepszym środkiem, tamującym krwotoki w raku, gdzie operacja jest spóźniona, lub przy nawrotach jego, po wyjęciu macicy, jest tamponada gazą jodoformową.

Co się tyczy krwotoków z trzonu macicy, to nie należy zapominać, że jama macicy jest miejscem peryodycznych zmian miesięczkowych i miejscem usadowienia się zapłodnionego jaja. Otóż zmiany chorobowe w czynnościach błony śluzowej trzonu są powodem przeróżnych krwawień. Należą tu również guzy pod błoną śluzową, lub w niej samej, dalej wtórne krwotoki, jako następstwo przekrwienia macicy. Należy wreszcie rozróżnić, czy macica krwawi z powodu chorób narządów rodnych, czy też w następstwie cierpienia innych narządów.

Jest jedna postać zapalenia błony śluzowej macicy, występująca w okresie dojrzewania płciowego i w okresie uwiądowym, która według OLSHAUSEN'a i BRENECKE'go jest pochodzenia jajnikowego (*endometritis hyperplastica ovarialis*). W tej postaci bywają obfite peryody i nieprawidłowe krwawienia. Wszystkie sprawy, powodujące przewlekłe przekrwienia macicy, będą miały za następstwo krwotoki



i krwawienia z jej błony śluzowej. Z tej przyczyny spotykamy krwotoki przy niedostatecznej wstecznej przemianie macicy, w początkowych okresach *metritidis chronicae*, w różnych zmianach położenia macicy.

Najważniejsze krwawienia z macicy powstają wskutek złośliwych nowotworów błony śluzowej trzonu. Klinicznie występują one w 2-ch postaciach. W pierwszej postaci jako zaśniedział groniasty, w *carcinoma syncytiale (chorio-carcinoma)*; w drugiej jako rak trzonu. U kobiety dotychczas zupełnie zdrowej i dobrze nie-raz odżywianej, w okresie uwiądowym, nagle powstają nieprawidłowe krwawienia i ropny, zabarwiony wypływ z macicy. Badanie wykazuje raka trzonu. Spotykamy jednak krwotoki z jamy macicy u starych kobiet i niezłośliwego pochodzenia; w tych razach nie bywa ani zapalenia, ani przerostu błony śluzowej. Być może, że przyczyną tych krwawień są pewne podrażnienia w jajnikach. O wiele łatwiej możemy objaśnić sobie powstawanie tych krwotoków, których przyczyna polega na zmianach w naczyniach macicznych. Jest cechą charakterystyczną, że przeciwnie, jak w raku, brak tu zabarwionych upławów. REINECKE spotrzymał 4 przypadki, gdzie wskutek miażdżycy tętnic macicznych był zmuszony wyjąć te narządy.

Wtórne krwotoki maciczne są możliwe we wszystkich chorobach przydatków. Prawie zawsze krwotoki te są umiarkowane i wymagają tylko wyjątkowo leczenia wewnątrz-macicznego. Krwawienia po wyluszczeniu przydatków zawdzięczają swe istnienie tak zwanym „wysiękom okołoszypułowym“, które podtrzymują przekrwienie macicy.

Krwotoki zewnętrzne w ciąży zamacicznej nie są tak groźne, jak w zwykłym poronieniu macicznym. Należy odróżniać 3 rodzaje tych krwotoków. Krwotok może powstać nazewnątrz, gdy pęka ściana ciężarnego jajowodu, gdy płód zamiera, co bywa jednocześnie z wyjściem doczesnej. Drugi rodzaj krwawień bywa z powodu spraw, odbywających się w sąsiedztwie macicy i podtrzymujących jej przekrwienie. Wreszcie przy istnieniu dawnych krwisteków w jajowodach i po za macicą wypływ z niej jest brunatny, zawierający pomarszczone ciała krwi. Ta krew zmieniona pochodzi nie z macicy, lecz przedostała się do niej z chorego jajowodu.

Wtórne krwotoki, zależne nie od narządów rodnych, lecz od cierpienia innych narządów, zdarzają się rzadziej. Tego rodzaju krwotoki powstają wskutek zastoin krwi w macicy, jak również wskutek wtórnych zmian w naczyniach.

W chorobach serca bywają obfite miesiączki i krwotoki maciczne. W niewyrównanych wadach serca, połączonych z przeziębieniem do jamy brzusznej, bywa raczej brak miesiączki, niż krwotok maciczny. Tego samego pochodzenia są krwotoki w marskości wątroby, w przewlekłym zapaleniu nerek.

W ostrych gorączkowych chorobach, jak: tyfus, cholera, ospa i t. d. krwotoki z macicy powstają wskutek zmian w błonie śluzowej macicy, wywołanych przez właściwy danej chorobie zarazek. W leczeniu krwotoków macicznych należy oczywiście uwzględnić przyczyny, je powodujące. Badanie rozpoczynamy od dolnego odcinka macicy i następnie przechodzimy do zbadania wszystkich narządów, zawartych w jamie małej miednicy. Sporysz i pochodne od niego preparaty dajemy w połogu i przy włókniakach macicy. Jeśli chcemy otrzymać skutek natychmiastowy, to podajemy 2—3 razy dziennie po 1,0 grm. sporyszu lub ergotyne pod skórę 0,30 dwa razy dziennie. Przy włókniakach podajemy całymi tygodniami i miesiącami pigułki, dopóki stan żołądka na to pozwoli. *Rep. Ergotini, Secal. corn. aa 3,0 Mass, pilul. q. s. ut. f. pil. Nr. 60. DS. 3 razy dziennie po jednej pigułce.*



Dla ograniczenia dopływu krwi do narządów rodnych stosujemy *Hydrastis canadensis* lub hydrastininę. U zwierzęcia, otrutego hydrastininą, skurcz tętnic w jamie brzusznej był tak silny, że sekrecya nerek zupełnie ustała. *Rp. Pillulae ex hydrastinin. hydrochl.* a 0,025. N. XX. S. 4 razy dziennie po jednej pigułce.

FREUND w ostatnich czasach proponuje *stypticinum* (4 razy dziennie po 0,05).

Następnie dla wstrzymania krwotoków stosujemy zimne i gorące irygacje. Te ostatnie winny mieć ciepłość 40°—45° C., ponieważ poniżej 40° krwawienie się tylko wzmacnia.

Tamponada pochwy jest skutecznym środkiem dla powstrzymania krwotoków macicznych. Szczególniej dobre skutki daje ona w krwawieniach w okresie przekwitania. Jeden do dwóch dość dużych tamponów z waty, posypanych czystą tanniną, włożonych do pochwy na kilka dni, wystarczają do powstrzymania krwawienia.

Jeżeli mamy jakiegokolwiek podejrzenie ciąży zamacicznej, wtedy nie wolno stosować ani gorących przemywań, ani tamponady, ani żadnych zabiegów wewnątrzmacicznych. Tu krwawienia nigdy prawie nie bywają.

Jako rozpoznawczy środek i zarazem leczniczy, jest skrobanie błony śluzowej jamy macicy. Mając zamiar skutecznie skrobać, należy wyłączyć jakiegokolwiek cierpienia przydatków i rzeźączkę. Skrobanie ma zastosowanie szczególnie w zapaleniu błony śluzowej macicy po poronieniu, w zapaleniu przerostowem błony śluzowej macicy i w razie podejrzenia nowotworu złośliwego.

Stosujemy również w celu powstrzymania krwawień pendzlowania nalewką jodową dwa razy tygodniowo za pomocą zgłębnika PLAYFAIR'a. Następnie chlorek cynku w roztworze 10% u młodszych, a 20% u starszych kobiet raz tygodniowo. Jeżeli za pomocą skrobienia nie osiągnęliśmy pożądanego skutku, a badanie drobnowidzowe nie dało stanowczego wyniku, wtedy możemy zastosować badanie palcem jamy macicy.

W ostatnich czasach SNEGIREFF proponuje dla powstrzymania krwotoków macicznych parę wodną (110°) przez 1—2 minuty. Działanie pary jest bardzo energiczne; doświadczenia jednak są jeszcze niedostateczne. Znane są już dwa przypadki zupełnego zarośnięcia jamy macicy po zastosowaniu pary z zupełnym brakiem miesiaczki i utratą zdolności poczęcia.

W nowotworach złośliwych pary stosować nie należy, jak również w dużych włókniakach z obawy zgorzeli guza. Bez celu również będzie stosowanie pary we wtórnych krwotokach. Para powinna znaleźć zastosowanie w niezłośliwych przerostach błony śluzowej u kobiet w wieku lat 40 i w niezłośliwych krwotokach starczych.

Są to właśnie te przypadki, gdzie życzymy sobie zaniku jamy macicznej i gdzie właśnie, choć z żalem, uciekamy się do całkowitego wycięcia macicy.

(*Berliner Klinik.* 1899).

*Fr. Stepkowski.*



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

6. K. SERAPIN. **Leczenie za pomocą światła podług N. Finsen'a.** Autor tej broszury bawił przez pewien czas w Kopenhadze, tam zaznajomił się z pracami N. FINSEN'a i w streszczeniu je wszystkie podaje. Rozpoczyna on od podania do wiadomości, co spowodowało FINSEN'a do zajęcia się tą sprawą.

Otóż UNNA, HAMMER i inni powstawanie pigmentacji skóry, jak również pryszczycy, czynili zależnem od działania promieni pozafioletowych, nie zaś cieplikowych. Chcąc stwierdzić te poglądy, NIELS R. FINSEN, anatomico-patolog duński, zrobił szereg doświadczeń, na mocy których doszedł do wniosku, iż wyłącznie promienie świetlne mogą wywoływać na skórze foto-chemiczne zapalenie odczynowe.

Jeszcze w połowie bieżącego stulecia PICTON, nieco zaś później BLACK, BARLOW i inni zwrócili uwagę na działanie światła w przebiegu ospy, pierwszy zaś FINSEN rozpatrzył rzecz tę z punktu naukowego i zaproponował umieszczanie chorych na ospę w pokojach, których okna byłyby zasłonięte czerwonymi frankami, by niedopuszczyć promieni chemicznych. Metodę tę zastosowało w Szwecyi, Norwegii, Danii i Francyi bardzo wielu lekarzy, i wszyscy (literatura liczy do 156 przypadków) stosujący zgadzają się na jedno, iż pęcherzyki wtenczas nie ropieją, nie miewa się do czynienia z gorączką, jak to zazwyczaj bywa przy ropieniu, pęcherzyki zasychają, i nie tworzą się blizny, tak silnie szpecące twarz ludzką.

Idąc dalej w porządku chronologicznym, w jakim ukazywały się prace FINSEN'a, przede wszystkim zauważyć należy jego spostrzeżenia co do wpływu światła na pobudzenie układu nerwowego. Badając działanie światła na embryony żab i salamandry, FINSEN doszedł do wniosku, iż światło posiada szczególną własność wywoływania w nich ruchu, i że własność tę światła przypisać można li tylko promieniom niebiesko-fioletowym. Tylko działaniu promieni chemicznych, nie zaś cieplikowych lub świetlnych, przypisywać należy ożywione ruchy gadów i płazów podczas pogody *resp.* dnia słonecznego. Ten wpływ promieni chemicznych FINSEN określa mianem drażnienia układu nerwowego.

W roku 1887 DOWNES i BLUNT zajmowali się badaniem działania światła na bakterye i przyszli do wniosku, iż światło tamuje rozwój bakteryi, a nawet, działając przez dostatecznie długi okres czasu, zabija je. To spostrzeżenie spowodowało, iż FINSEN zajął się stosowaniem światła w celu leczenia niektórych chorób skórnych, wywoływanych przez pasorzyty. Wyniki, jakie otrzymał, były świetne. On pierwszy opracował odpowiednie stosowanie promieni światła w celach leczniczych i pierwszy zbadał warunki, przy których światło przenika do tkanek, by wywołać odpowiednie działanie. Z powodu, iż badania poprzedników wskazały, iż do bakteryobójczej działalności światła z przyczyny słabej koncentracji tegoż, jest potrzebny pewien dosyć długi okres czasu, FINSEN zbudował swoje przyrządy, przy których pomocy otrzymuje dostateczną koncentrację światła, unikając przytem zjawisk ubocznych. W pracowni jego w Kopenhadze (Finsen's medicinske Lysinstitut) używa się światła słonecznego oraz światła od łuku wolty. Przyrząd do zbierania promieni słonecznych składa się z dwóch szkieł, względnie cienkich, z jednego płaskiego, a drugiego wypukłego szkła zegarkowego, połączonych ze sobą za pomocą oprawy, tak iż właściwie mamy do czynienia z soczewką płasko-wypukłą. Przestrzeń pomiędzy szkiełkami wypełnia się amoniakalnym wodnym roztworem siarczanu miedzi (kolor niebieski). Przybór ca-



ly ma w poprzecznicę od 20—40 centymetrów. Soczewkę umieszczamy na statywie. Płyn, umieszczony w środku soczewki (roztwór siarczynu miedzi), pochłania większą część promieni pozafioletowych, ciepłikowych, również i promienie czerwone oraz pomarańczowe też ciepłikowe. Używając przyrządu, należy go umieścić płaską powierzchnią soczewki prostopadle do promieni słonecznych; te ostatnie po przejściu przez soczewkę skupiają się, otóż wierzchołek tego stożka świetlnego nakierować trzeba na chore miejsce skóry. Jako źródła światła elektrycznego używa FINSSEN luku wolty od potężnej lampy elektrycznej, naokoło której stawia 4 aparaty skupiające. Wogóle dokładne ustawienie aparatu z jego wszystkimi akcesoryami stanowi *conditio sine qua non* jego należytego działania. Chcąc uniknąć zupełnie działania ciepła, trzeba miejsce, na które kierujemy stożek świetlny od przyrządu, ochłodzić bezpośrednio przy pomocy prądu przepływającej zimnej wody przez przyrząd, którym wywieramy ucisk na skórę *resp.* chore miejsce skóry, w celu pozbawienia jej krwi. Pozbawienie krwi chorego miejsca skóry jest konieczne, gdyż krew cyrkulująca przeszkadza przenikaniu promieni chemicznych do tkanek. W celu więc pozbawienia chorego miejsca skóry krwi, jak również w celu bezpośredniego ochładzania go, FINSSEN zbudował przyrząd składający się z tafelki oraz soczewki płasko-wypukłej razem oprawionych, ale w taki sposób, iż pomiędzy tafelką i soczewką znajduje się wolna przestrzeń przez którą właśnie prąd wody przechodzi. Gdy przyrządy działają prawidłowo, chory wcale nie powinien czuć ciepła.

Wracając znowu do bakterycydnego działania światła, trzeba zauważyć, iż do czasu FINSSEN'a nikt nie zwracał uwagi na siłę stosowanego światła, czas potrzebny wtenczas do zabicia bakterii był bardzo nieokreślony, i z tego powodu wielu wypowiadało przekonanie, wprost przeczące bakterycydnemu działaniu światła.

FINSSEN, stosując swe przyrządy, o których wyżej wspomniano, 15 razy zwiększa bakterycydną siłę światła słonecznego, po upływie jednej minuty następowало tamowanie rozwoju bakterii, a po kwadransie bakterie zamierały. Większy znacznie stosunkowo od bakterii opór działaniu światła okazywały grzybki, szczególnie zaś pigmentowane grzybki drożdżowe oraz pleśniowe, jako to: *torula*, *cladosporium* i t. d. Lecznicze działanie promieni chemicznych z początku było wypróbowane w *lupus vulgaris*.

Sądząc z danych teoretycznych, wilk jest chorobą skóry, powodowaną przez bakterie, chorobą czysto miejscową i w większości przypadków powierzchowną, należało przypuszczać, iż wyniki będą dobre. Przypuszczenia te się sprawdziły.

Obszar kawałka skóry, na który kierujemy promienie, jest, ma się rozumieć, niewielki, wszystkiego ma najwyżej 1½ ctm., w rozmiarze poprzecznym. Codzienne posiedzenie trwa około godziny. Na jedno i to samo miejsce działa się zazwyczaj przez dwa posiedzenia, zależnie od stopnia nacieczenia skóry, jak również i koncentracji światła. Leczyć należy stopniowo po kawałku całą porażoną powierzchnię skóry. Gdy to uczynimy, robimy przerwę w leczeniu na jeden lub dwa miesiące, by następnie na miejsca niedostatecznie wyleczone dalej działanie światła kontynuować. Pod wpływem światła skoncentrowanego następuje w różnym stopniu, począwszy od zwykłego zaczerwienienia skóry aż do silnego nacieczenia zapalnego, foto-chemiczne zapalenie odczynowe. Często bardzo z leczonych tym sposobem miejsc skóry sączy się płyn i tworzą się pęcherzyki, które prędko bardzo się goją.

Działając za pomocą światła na wargę lub skórę w pobliżu oka, nie rzadko zauważyć można opuchnięcie wargi lub obydwóch powiek. Po wyleczeniu zo-



stają się gładkie blizny, które, jeżeli sprawa chorobowa trwała niedługo, są prawie niewidoczne. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, leczenie za pomocą promieni światła zależne jest od następujących momentów: 1) bakteryobójczej działalności skoncentrowanych chemicznych promieni światła, 2) właściwości tychże promieni, wywołującej zapalenie swoiste, oraz 3) właściwości ich przenikania w głąb skóry. Liczba chorych, dotkniętych wilkiem, a leczonych za pomocą światła, dosięga poważnej liczby — 450. We wszystkich prawie przypadkach foto-terapia dała zdumiewające wyniki. Spora liczba wyleczonych doszczętnie osób cierpiała na wilka przez lat 20 a nawet 30. O nawrotach choroby dotąd nie ma mowy, gdy nawet trzeba czasami powtórzyć leczenie, to nie z powodu zjawienia się nowych guziczków, lecz z powodu tego, iż niektórych starych nie zauważono przy pierwszym leczeniu. Wogóle FINSEN w swym instytucie stosuje przy wilku wyłącznie foto-terapię; wprawdzie używa on też i niektórych maści, lecz są to bądź maście zupełnie obojętne, które stosować należy przy zbyt silnym odczynie, powstającym podczas leczenia, bądź też maść z kwasem pyrogallusowym, który rozmiękcza skórę, czyni ją bardziej dostępną dla promieni światła, przez co skraca się czas trwania leczenia.

Do obecnej chwili foto-terapię stosują prawie wyłącznie w wilku skóry, podniebienia twardego, przedniej części przegrody nosowej, języka oraz błony śluzowej warg i policzków.

W przypadkach, gdy wilkiem dotknięta jest błona śluzowa w innych miejscach, FINSEN stosuje smarowanie wodnym roztworem jodu w jodku potasu (1:2) oraz galwanokaustykę. Co się tyczy *Lupus erythematosus*, to wszystkiego w instytucie FINSEN'a spostrzegano i leczono 28 przypadków, w wielu wprawdzie razach otrzymano całkowite wyleczenie, lecz w niektórych powrót do zdrowia szedł nadzwyczaj powoli, i zauważono wielką skłonność do nawrotów choroby. Leczenie możliwe było tylko przy pomocy barw światła silnie skoncentrowanego od przyrządów elektrycznych.

Stosowano również z dobrym skutkiem fototerapię w *alopecia areata*, *telangiectasia* oraz *ulcus rodens*, lecz liczba tych spostrzeżeń jest jeszcze niewielka.

Mieczysław Dobrzyński.

7. R. v. JAKSCH. **O cierpieniach pseudogrypowych.** W ciągu ostatnich miesięcy roku 1898 i pierwszych 1899-go autor spostrzegł znaczną liczbę przypadków, które z przebiegu klinicznego bardzo były podobne do grypy, lecz w których, na zasadzie ściśle przeprowadzonych badań bakteryologicznych, rozpoznanie grypy stanowczo musiało być wyłączone. Grypa (*influenza*), według JAKSCH'a, powinna być rozpoznawana tylko wówczas, gdy udaje się wykryć w wydzielinach lasecznika grypy; stanowczo więc protestuje przeciw rozpowszechnionemu zwyczajowi bezzasadnego rozpoznawania grypy, nie popartego badaniem bakteryologicznym; to też często w następstwie dopiero okazuje się, że mieliśmy do czynienia nie z grypą, lecz z zapaleniem płuc, odrą i t. p.

Autor opisuje 4 przypadki ze swej praktyki prywatnej i 8 przypadków, spostrzeganych w swej klinice. Podajemy niektóre z nich: 1) Pani X. lat 56, zachorowała nagle z objawami gorączki, dochodzącej do 39° C., bólów gardła, zaczerwienienia gardzieli, bólów głowy i ogólnego osłabienia; wkrótce wystąpił silny kaszel z objawami rozlanego obustronnego nieżyty płuc i ciepłotą, dochodzącą wieczorami w ciągu 8 dni do 38—39° C. Plwocina wydziela się obficie, w postaci lepkiej, klejowatej. Badanie bakteryologiczne plwociny, dokonane kilkakrotnie z możliwą ścisłością, (za pomocą barwienia roztworem LÖFFLER'a, GRAM'a, karbol-fuksyną, za pomocą hodowli na agarze i żelatynie i wreszcie za pomocą do-



świadczeń na zwierzętach, przyczem np. biała mysz w 48 godzin po zaszczepieniu nie okazywała żadnych objawów chorobowych) nie wykryło obecności laseczników grypy, lecz natomiast czyste hodowle łańcuszkowców. Po 10—12 dniach objawy nieżytowe znikły w zupełności, i chora wkrótce wyzdrowiała.

2) W. W., lat 45, stróż, przywieziony został 13 lutego 1899 r. do kliniki z podejrzeniem na tyfus plamisty, z tego względu, że plecy, piersi i ręce pokryte były wysypką w postaci plamek. Choroba zaczęła się nagle przed 2-ma dniami dreszczami, kluciem w piersiach i krzyżu, utratą łaknienia i kaszlem. Przy przyjęciu ciepłota wynosiła  $40,4^{\circ}$  C., tętno 132; badanie fizyczne nie wykryło nic nieprawidłowego (ani powiększenia śledziony, ani objawów nieżytu płuc, ani zajęcia sfery umysłowej). Następnego dnia gorączka spadła, a wysypka okazała się zależną od pasorzytów; chory uskarża się na suchy kaszel; skład moczu i krwi prawidłowy, próba WIDAL'a (1 : 25) dała wynik ujemny; czerwonych ciałek w 1 mil. sześciennym krwi znajduje się 3,900,000, — białych — 12,000. Dnia 15-go wystąpiła znowu gorączka, i dało się zauważyć nieznaczne obrzmienie śledziony; w obydwóch płucach — objawy nieżytu; chory zaczął wydzielać plwocinę gęstą, ropiastą. Najdokładniej wykonane badanie bakteryologiczne plwociny za pomocą wyżej wskazanych sposobów nie wykryło laseczników właściwych grypie, lecz natomiast obfitą ilość łańcuszkowców. Następnego dnia wszystkie objawy chorobowe znikły, i 19 lutego chory wypisał się zdrów.

3) 38 letni malarz pokojowy wstąpił do kliniki 23 lutego. Od 8 lat cierpi na napady gorączki, które uważa za zimnicę, nabytą dawno podczas pobytu we Włoszech. Choroba obecna zaczęła się gorączką, bólami w piersiach, utratą łaknienia, nudnościami i wymiotami; badanie przedmiotowe wykazało znaczne powiększenie śledziony i rozlany obustronny nieżyt płuc; plwocina o wejrzeniu śluzowo-ropnem, badana bakteryologicznie, wykazuje przy zabarwieniu karbolfuksyną obecność cienkich i względnie długich laseczników, nie barwiących się roztworem GRAM'a — i małą bardzo ilość strepto- i diplokoków; hodowle nie stwierdzają obecności lasecznika grypy; skład krwi prawidłowy. W dalszym przebiegu gorączka trwała do 7 marca, poczem pozostały objawy nieżytu kiszek.

Tak więc w żadnym z powyższych, jak również i z pozostałych swoich przypadków, JAKSCH nie wykrył w plwocinie lasecznika grypy i z tego względu nie miał podstawy uważać tych przypadków za cierpienie grypowe.

Być może, iż w niektórych tego rodzaju przypadkach grają rolę, jako moment etiologiczny, łańcuszkowce, których wtargnięcie do oskrzeli wywołuje postać chorobową, bardzo zbliżoną ze swego przebiegu klinicznego do grypy. Do tego wniosku upoważnia autora fakt, że w ciągu 4 tygodni, obserwując liczne przypadki wrzekomej grypy, ani razu nie znalazł w plwocinie lasecznika grypy, lecz często natomiast wykrywał w obfitej ilości łańcuszkowce. Że łańcuszkowce w owym czasie istotnie wywoływały sprawy chorobowe, dowodzi następujące spostrzeżenie autora: badając bakteryologicznie przypadki zapalenia płuc w ciągu listopada i grudnia r. z., znajdował ciągle diplokoka, — dnia zaś 22 lutego i 2 marca r. b. spostrzegł przypadki zapalenia płuc, spowodowane niewątpliwie przez łańcuszkowce.

Wobec tych spostrzeżeń JAKSCH sądzi, że często zdarzają się przypadki chorobowe, całkiem niesłusznie uważane za grypę, w których roli momentu etiologicznego stanowczo nie odgrywają laseczniki grypy, lecz już to łańcuszkowce, już inne nieznanne nam jeszcze czynniki.

(„Berl. klin. Wochen.“ Nr. 20. 1899).

W. Rubin.



## SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO, poświęconego zwalczaniu gruźlicy.

(Berlin 24—27 maja r. 1899).

Po uroczystem otwarciu zjazdu uczestnicy podzielili się na sekcye, które objęły następujące działy: I rozpowszechnienie gruźlicy; II przyczyny gruźlicy; III zapobieganie chorobie; IV leczenie i V sanatoria.

W sekcji pierwszej głos zabrał d r KÖHLER i przemawiał na temat: Uwagi ogólne nad rozpowszechnieniem i znaczeniem gruźlicy, jako choroby ludowej.

Bez względu na brak dokładnych danych statystycznych o liczbie zachorowań i śmierci na gruźlicę, śmiało można powiedzieć, że w Niemczech ćwierć miliona ludności przebyła lub przebywa gruźlicę. Jest to cierpienie zakaźne, od którego nie chroni ani strefa geograficzna, ani rasa, ani wiek. Co do Europy, to na podstawie liczb śmiertelności dla miast wielkich, w najlepszych warunkach znajdują się Wielka Brytania, Belgia i Włochy, w najgorszych zaś Węgry, Austria i Rosya. Wzniesienie danej miejscowości lub kraju nad poziom morza nie ma tu żadnego znaczenia. Natomiast warunki meteorologiczne nie są bez znaczenia; mianowicie liczba dni słotnych i słonecznych odbija się wyraźnie na liczbie zachorowań na gruźlicę. Badania, przedsiębrane na szeroką skalę, wykazały, że w pasie północnym umiarkowanym najwięcej zachorowań przypada na miesiące marzec i kwiecień, najmniej na sierpień i wrzesień. Pod względem płci, to więcej umiera mężczyzn, niż kobiet. Orzeczenie, że warunki zdrowotne, które człowiek sobie stwarza, posiadają większy wpływ, aniżeli dane konstytucjonalne, znajduje swe potwierdzenie w śmiertelności wśród mieszkańców miast i zakładów fabrycznych. Liczby odnośne dają nam na to dosyć przekonujące dowody. Zdawałoby się więc, że cierpienie to posiada jakąś siłę żywiołową, niemożliwą do pokonania. Nie jest tak jednak: z gruźlicą można prowadzić walkę skuteczną. Przekonywa nas o tem okoliczność, że w krajach o wysokiej kulturze, w których walkę tę prowadzono wytrwale, stwierdzono stałe zmniejszanie się liczby przypadków śmierci i zachorowań na gruźlicę. W Anglii np. śmiertelność z gruźlicy w okresie lat od 1891—95 znacznie się zmniejszyła; udało się tam nawet przesunąć najwyższe liczby śmiertelności na późniejsze okresy życia. Walka ta może być skuteczna tylko wtedy, jeżeli skierowana jest przede wszystkim przeciw przyczynie cierpienia. W tym kierunku doniosłość największą posiada zakładanie stacyi i zakładów leczniczych dla suchotników, a prócz tego przestrzeganie czystości ulic, dróg, odkażanie przedmiotów i mieszkań, pozostałych po suchotnikach i t. d. Środki te jednak okazałyby się połowicznymi, gdybyśmy nie starali się o wzmacnianie ustroju mieszkańców, szczepienia wśród nich zasad czystości i higieny (zwalczanie alkoholizmu, odpowiednie urządzenie stosunków życiowych ogólnych i t. d.). Wykład swój mówca kończy wnioskiem, że zwalczanie gruźlicy może być skuteczne tylko na gruncie pilnego przestrzegania zasad higieny.

Drugi mówca d-r KRIEGER (Strasburg) mówił o stosunku pomiędzy zewnętrznymi warunkami bytu i rozpowszechnieniem gruźlicy. Stosunki te działają w ten sposób, że albo niezmiernie ułatwiają zarażenie się gruźlicą, albo że czynią ustrój bardzo podatnym na zakażenie. Na potwierdzenie słów powyższych trudno przytoczyć odpowiednie liczby statystyczne, gdyż tych albo zupełnie nie po-



siadamy, albo też są one tak niedokładne, że nie doprowadziłyby do wniosków wyczerpujących. Tu nie wystarczą badania porównawcze nad częstością gruźlicy w miastach i wioskach, wśród klas zamożnych i upośledzonych materialnie. Większą wartość posiadałyby liczby statystyczne o zachorowaniach i przypadkach śmierci wśród ludzi, poświęcających się rozmaitym zawodom. Tu bowiem wyszłoby na jaw, że te zawody najbardziej sprzyjają rozszerzaniu się gruźlicy, które 1) dają największą możliwość zarażenia się, np. dozоровanie chorych, 2) wpływają na rozwój nieżytu i uszkodzeń oskrzeli (kamieniarze, murarze), 3) zmuszają podczas pracy przybierać taką postawę, w której oddechanie odbywa się tylko za pomocą dolnych części płuc (stolarze, szewcy), 4) wskutek ciągłego siedzenia i małej pracy mięśni tamują należyty rozwój całego ustroju (krawcy, szwaczki). Najwybitniejszą jednak przyczynę szerzenia się gruźlicy stanowi częste obcowanie z suchotnikami, którzy odpluwają plwocinę, zawierającą laseczniki.

GEBHARD, dyrektor towarzystwa ubezpieczeń hanzeatyckiego, mówił o rozpowszechnieniu gruźlicy wśród ludności, ubezpieczonej na życie. Środki zaradcze, zmierzające do ograniczenia gruźlicy są nieodzowne, a znajdują niewątpliwie dobre przyjęcie wśród tych warstw ludności, które najwięcej cierpią z powodu gruźlicy, a do nich należą ubezpieczeni na życie i na wypadek niezdolności do pracy. Gdyby przyjąć pod uwagę, jak się to dzieje w Hamburgu, liczby statystyczne, dotyczące ilości przypadków zachorowań i śmierci w związku z wysokością dochodu rocznego, to okazałoby się, że wśród ludności z dochodem ponad 2000 marek wypada na gruźlicę rocznie 15 osób, poniżej zaś tej sumy najmniej czterdzieści na każde 10000 przypadków śmierci. Wśród mężczyzn do 50-go roku życia gruźlica, jako przyczyna niezdolności do pracy, zajmuje drugie miejsce, a pośród wszystkich pracowników przemysłowych płci męskiej do trzydziestego roku życia więcej niż połowa ze wszystkich niezdolnych do pracy cierpi na gruźlicę. Suchoty więc stanowią tak potężną przyczynę niezdolności do pracy, co zmusza towarzystwa ubezpieczeniowe do wypłacania rent odpowiednich, że towarzystwa te właśnie powinny poczytywać za swe zadanie wedle sił własnych pierwsze przyczynić się do współdziałania w walce z tą straszną klęską ludową.

D-r SCHJERNING podał obraz rozpowszechnienia gruźlicy w armii. Zarząd wojskowy wprowadza w czyn wszelkie wyniki naukowe w zakresie higieny, a na skutek tego po raz pierwszy w historii świata podczas wojny w roku 1870 straty w armii niemieckiej z powodu chorób były bez porównania mniejsze, niż z powodu ran, zadanych orężem. To też i walkę z gruźlicą wśród żołnierzy prowadzi się bardzo skutecznie. W tym celu przy poborze rekrutów, wszyscy, chociażby z najmniejszym podejrzeniem gruźlicy, ulegają bardzo szczegółowemu badaniu. Leczenie zapadłych na gruźlicę uskutecznia się według wszelkich wymagań nauki, a jeżeli okaże się to potrzebnem, to w odpowiednich zakładach leczniczych. Nic więc dziwnego, że już od roku 1882 liczba przypadków zachorowań na gruźlicę w armii niemieckiej nie powiększa się, a nawet od roku 1890 stale zmniejsza się bez względu na znaczne powiększenie kadrów armii. W roku zeszłym śmiertelność z gruźlicy była najmniejsza i wynosiła 1,8%. Natomiast w innych armiach gruźlica z każdym rokiem robi większe spustoszenia. Zresztą gruźlica w wojsku szerzy się w ten sam sposób, co i wśród ludności cywilnej, a odbywa się to dzięki bliskiemu obcowaniu z sobą żołnierzy. Przemawia za tem to zjawisko, że liczba chorych na gruźlicę wśród wojska, które pełni służbę w pomie-



szczeniach zamkniętych, jest znacznie większa, niż wśród pułków liniowych. Połowa chorych już w czasie poboru była dotknięta gruźlicą utajoną, ponieważ przebywali oni takie cierpienia, których związek z gruźlicą uważać należy za dowiedziony. Mówca wyraża przekonanie, że gdyby istota gruźlicy była tak dokładnie zbadana, iż posiadalibyśmy możliwość ustrzeżenia się jej, to armia bezwątpienia stanowiłaby taką instytucję państwową, w której gruźlica zginęłaby wcześniej, niż w innych.

Posiedzenie zamknął odczyt prof. BOLLINGER'a o gruźlicy wśród zwierząt domowych i o stosunku ich do szerzenia się gruźlicy wśród ludzi. Według mówcy gruźlica zwierząt, zwłaszcza bydła i trzody chlewnej, przedstawia niemało niebezpieczeństwa dla ludzi, dzięki wielkiemu rozpowszechnieniu tej choroby wśród zwierząt. Największe niebezpieczeństwo grozi ludziom ze strony mleka, mniej niebezpieczne jest mięso, ponieważ ochronę stanowi tu gotowanie i pieczenie. Zarażenie za pośrednictwem mleka może nastąpić nie tylko w przypadkach gruźlicy ogólnej lub kiszek, lecz stosunkowo częściej nawet, jeżeli pochodzi od sztuki z miejscowym ogniskiem gruźliczym; takie mleko jest bardzo niebezpieczne, zwłaszcza dla dzieci. Jako dowód, że podobne niebezpieczeństwo nie jest urojone, może służyć częste występowanie gruźlicy wśród trzody chlewnej, karmionej takim mlekiem zakażonym. Gruźlica świń posiada wiele podobieństwa do gruźlicy dzieci pod względem anatomicznym; mianowicie — obiera ona sobie za siedlisko przeważnie gruczoły, ma skłonność do uogólniania się, natomiast niezmiernie rzadko prowadzi do tworzenia się jam. Obowiązkowe, zawarowane przez prawo oglądanie i badanie mięsa stanowiłoby pierwszy krok do zwalczania grożącego ludziom niebezpieczeństwa zarażenia się gruźlicą od zwierząt domowych.

Jako przedmiot do prac drugiej sekcji służyła sprawa etiologii gruźlicy.

Pierwszy mówił prof. FLÜGGE (Wrocław) o laseczniku gruźlicy i stosunku jego do gruźlicy. W obecnym stanie rzeczy okazuje się bezwarunkowo pewnym, że lasecznik gruźlicy stanowi jedyną przyczynę bezpośrednią dla rozmaitych postaci gruźlicy u ludzi i zwierząt ssących. Jako główne zarzuty, stawiane tej teorii Kocn'a, przytaczano: 1) Że płwocina suchotników nie zawsze zawiera laseczniki gruźlicy. Zarzut ten nie wytrzymuje krytyki, albowiem istnieją t. zw. ogniska gruźlicze zamknięte, t. j. takie, gdzie sprawa swoista dopiero rozwija się, gdzie nie ma jeszcze rozmiękczenia, wskutek czego laseczniki nie mogą być wydalone. 2) Drugi zarzut polega na tem, że laseczniki, nieodbarwiający się w kwasie azotnym znajdowano w narządach wolnych od gruźlicy. Tymczasem laseczniki owe (*bacil. smegmae, butiricus etc.*) różnią się bardzo od gruźliczych w hodowlach i metodzie barwienia. Nawet lasecznik gruźlicy ptasiej nie jest taki sam, jak ludzkiej. Ostatni należy do szeregu tych pasorzytów, które, prócz hodowli sztucznej, nie mogą rozwijać się w żadnym środowisku po za ustrojem ludzkim lub zwierzęcym. W hodowlach sztucznych nadto ulega on pewnym zmianom morfologicznym i stopniowo traci swą jadowitość. Jeżeli zaś laseczniki gruźlicy znajdowano i po za ustrojem, to w każdym razie pochodziły one bez wyjątku z narządów lub wydzielin ludzkich albo zwierząt ssących.

Prof. C. FRAENKEL (Halle). O sposobie przenoszenia się zakażenia. W ciągu ostatnich lat dwudziestu, które upłynęły od znakomitego odkrycia Kocn'a, do dziś jeszcze nie udało się rozwiązać zagadnienia o sposobach przenoszenia się gruźlicy. Wprawdzie ostatnie lata przyniosły nam dużo danych poważnych, które uzupełniły istniejące braki, nie można jednak powiedzieć, żeby wszystko



zostało wyjaśnione należyście. Za źródło zakażenia uważany jest ustroj ludzki lub zwierzęcy, a zatem każdy człowiek lub zwierzę, w którego wydzielinach znajdują się laseczniki żyjące, przyczynia się do rozpowszechniania gruźlicy. Na szczególność w rzeczywistości rzecz ta nie przedstawia się tak źle, jakby się zdawać mogło, ponieważ z jednej strony chory staje się niebezpiecznym dla otoczenia tylko wtedy, kiedy jego ognisko gruźlicze znajduje się w związku bezpośrednim ze światem zewnętrznym, a i wtedy nawet spokojnie wydechane przezeń powietrze nie zawiera laseczników; z drugiej strony laseczniki, wykrztuszone nazewną, względnie szybko giną pod wpływem czynników powietrza. Mianowicie światło słoneczne niszczy je w przeciągu bardzo krótkiego czasu, działaniu zaś gnicia i wysychania mogą się one opierać zaledwo parę miesięcy. Na skutek tego laseczniki gruźlicy znajdują się zawsze tylko w bezpośrednim otoczeniu chorego, a przecież nie są one zdolne rozwijać się wszędzie, jak to dawniej mniemano. Nawet i rozpryskiwanie się laseczników w drobnych kropelkach wydzieliny podczas kaszlu, na co kładł nacisk FLUEGGE, nie sięga dalej nad 1—1,5 metra. Dla przeniknięcia laseczników do ustroju wymagana jest dłuższa styczność bezpośrednia z materiałem zakaźnym. Drogi, którymi przenikają laseczniki, są wielce rozmaite. Ze skóry zakażają się zwykle dzieci, bawiące się na ziemi. Najgroźniejsze pod tym względem jest mleko, które w Berlinie w 50% przypadków zawiera laseczniki. Jako wrota otwarte dla zakażenia w pierwszej linii zasługują na uwagę płuca. Zakażenie może nastąpić za pośrednictwem kurzu lub wdechania cząstek rozpylonej wydzieliny zgodnie z poglądami CORNET'a i FLUEGGE'go. Że wobec znacznego rozpowszechnienia gruźlicy liczba zachorowań nie wzrasta zbyt szybko, to przyczynę tego stanowi konieczność dłuższego obcowania z gruźliczymi.

(D. n.).

### O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. 1899.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 96 (m. 52, k. 44); przybyło w grudniu 81 (m. 40, k. 41); wypisało się 99 (m. 50, k. 44); zmarło 11 (m. 6, k. 5); pozostało na styczeń 1900 r. chorych 72 (m. 36, k. 36).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w listopadzie dzięki znacznemu zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych, a przede wszystkim tyfusu brzuszego, róży i odry. Pod tym względem miesiąc ubiegły należał do nader pomyślnych.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła ospa, której mieliśmy przypadków 19 (m. 12, k. 7) z przebiegiem ciężkim. Śmiercią zakończyło się przypadków 6 (m. 3, k. 3) u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Św. Jerska 28, Freta 13 (2 przypadki), Plac Witkowskiego 6, Zaokopowa 845, Wolska 26, Długa 46, Krakowskie Przedmieście 99, Solec 68, Pawia 51, Podwal 1, Żytnia 14, Hr. Berga 6, oraz z Mokotowa (2 przypadki), Woli, Felicjany i Włocławka.

Drugą rubrykę 2 razy mniejszą, niż w listopadzie, zajęła róża, której zanotowano przypadków 17 (m. 8, k. 9), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Ciepła 26, Wspólna 28, Łucka 10, Ogrodowa 32, Marszałkowska 129, Nowo Wiejska 13, Nowolipki 54, Samborska 1, Gęsia 37, Widok 19, Piękna 7, Ordynacka 15, Dzika 19, Bielańska 3 i wieś Boczek.



Z tyfusów zanotowano tylko 3 przypadki wysypkowego (Młynarska 46, Wolska 9, Nowolipki 26) i 2 — brzuszego (Wolska 35 i Solec 69).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 4 przypadki: biegunki krwawej (Biała 7, Piwna 39, Krucza 43 i Ogrodowa 11); odry (Szpital praski, Biała 1, Karmelicka 4 i Włodzimierska 4); gruźlicy płuc; 2 przypadki zapalenia płuc krupowego, jeden — płonicy (Grzybowska 66), oraz 8 (m. 3, k. 5) zapalenia gardła.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 15 (m. 7, k. 8).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 9 (m. 8, k. 1).

Badań pośmiertnych wykonano 4 (m. 3, k. 1).

Rewakcynacy w miesiącu ubiegłym dokonano 21 (m. 12, k. 9).

J. Szwajcer.

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Z pośród 3165 badanych zwłok znalazł RASCH 28 razy tętniak aorty (21 razy u mężczyzn, 7 u kobiet); 16 razy stwierdzono istnienie przymiotu na pewno, 7 razy z wielkim prawdopodobieństwem. Zараżenie się nastąpiło 9—37 lat przed śmiercią. Autor znajdował zazwyczaj przewlekłą sprawę zapalną w ścianie aorty (*Mesarteriitis productiva*) ze skłonnością do tworzenia się tkanki łącznej i marskości. Sprawę tę nazwał „*Aortitis fibrosa*“. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 47).

= WOLBARST opisał przypadek powrotu raka w 22 lata po operacji pierwszego u kobiety 56-letniej. Przed 30 laty pojawił się guzik w sutce, którą po 4 latach odcięto. W 9 miesięcy później usunięto doszczętnie wszystkie gruczoły pachowe, uległe zwyrodnieniu rakowemu. Po upływie 22 lat zjawił się guziczek pod blizną w dole pachowym, wrzodziejący i często krwawiący. Autor operował go dopiero w 4 lata później, a badanie stwierdziło istnienie raka. (Med. Rec. 25. 2. 99).

= HUGH M. SMITH spostrzegł rodzinę, dotkniętą rakiem. Pewna kobieta, matka 7 dzieci, zmarła w 76 roku życia skutkiem raka sutki. Jej najstarsza córka, mająca 4 dzieci, zmarła w 74 ro-

ku na raka żołądka. Druga córka, 73 lat, mająca 2 dzieci, cierpi na raka sutki. Trzecia córka, mająca 1 dziecko, zmarła w 70 roku na raka żołądka. 52-letnia siostrzenica pierwszej chorej miała raka sutki. Dzieci owych kobiet pozostały zdrowe. (Med. Rec. 25. 2. 99).

= GILBERT i WEILL zwracają uwagę na szybki rozwój raka u chorych na cukrzycę. W jednym przypadku istniał 20 lat nowotwór łagodny klatki piersiowej; gdy zjawił się cukromocz, nowotwór począł szybko rosnać, po operacji odnowił się, wreszcie zajął gruczoły pachowe, pachwinowe, opłucną i płuco. (D. M. Zg. 47—99).

= SANISCHIN opisuje 25 letnią kobietę, po raz czwarty ciężarną, która przed miesiącem przestała czuć wyraźny przedtem ruchy płodu. Znalaziono macicę w lewo pochyloną, jama jej wynosiła 6½ ctm. Z nią łączył się szeroką podstawą guz wielkości głowy. Po dokonaniu cięcia brzuszego S. znalazł ciężę w prawym, szczytkowym rogu macicy; po śmierci płodu zawartość jaja płodowego zmniejszyła się skutkiem wessania się części płynnych. (D. M. Zg. 50—99. Wracz. 5—99).

= Do badania trawienia kiszki zaleca SAHLI podawać odpowiednie



przetwory w kapsułkach żelatynowych stwardniałych w formolu, wyrabianych przez firmę HAUSMANN w St. Gallen pod nazwą kapsulek glutoidowych. Nie rozpuszczają się one w żołądku, lecz dopiero w kiszkiach. Można ich użyć nawet do wprowadzania środków leczniczych do kiszki. (D. Arch. f. klin. Med. T. 61).

= MEYER okazywał w wied. klubie lek. preparat raka trzustki. Jakkolwiek stolce zawierały tłuszcze, to jednak za życia niepodobna było napewno rozpoznać choroby, ponieważ w moczu nie było cukru. Skóra miała barwę srebrzysto-szarą. (Wien. med. Woch. 1—99).

= Zdaniem BRUFFALINI'ego peronina (chlorok benzylu-morfiny), jako środek znieczulający, o wiele przewyższa kokainę. Jeśli do worka łącznicowego królika wpuścić 2—3 krople 1% roztworu peroniny o 30—5°C., to prawie natychmiast otrzymuje się zupełne znieczulenie rogówki: można ją drażnić wszelkimi sposobami, nawet przekłuwać bez otrzymania odruchu powiek. Znieczulenie rogówki po 2—3 kroplach 2—3% roztworu trwa kilka godzin. Pod wpływem peroniny nie zauważono żadnego zmętnienia rogówki, ani przekrwienia łącznicy, ani zmiany źrenic. (kl. therap. Woch. 13. 8. 99). P.

### Wiadomości bieżące.

— Jubileusz 500-letniego istnienia Wszechnicy Jagiellońskiej będzie obchodzony w Krakowie w Czerwcu r. b.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 16 b. m. na redaktora „Pamiętnika“ tegoż Towarzystwa wybrany został kol. Stanisław KAMIENSKI.

— Prof. Kazimierz MARCZEWSKI uprasza wszelkie instytucje i osoby, które zamierzają uczcić jubileusz Wszechnicy Jagiellońskiej jakąkolwiek publikacją, aby zechciały go o tem zawiadomić (Kraków, Szpitalna 40), oznaczyć przytem tytuł pracy, a prócz tego, aby raczyły po jednym egzemplarzu swej publikacji przesać zawczasu do Wszechnicy Jagiellońskiej na ręce prof. CYFROWICZA.

— W dniu 10 b. m. odbył się konkurs na posadę ordynatora w Instytucie oftalmicznym. Do konkursu stanęło 3 kolegów: Bolesław Ryszard GEPNER, Stefan CETNAROWICZ oraz Michał JANUSZKIEWICZ. Wszyscy trzej koledzy otrzy-

mali więcej, niż wymaganą liczbę głosów dla utrzymania się na konkursie, największą jednak liczbę głosów otrzymał kol. GEPNER, on więc został przedstawiony na wakującą posadę ordynatora w wyżej wspomnianym Instytucie.

— Towarzystwo lekarskie wileńskie oraz Towarzystwo lekarskie lubelskie wybrały prof. Ed. KORCZYŃSKIEGO na swego członka honorowego.

— Komitet polski XIII międzynarodowego Zjazdu zawiadamia, że lekarze polacy, stale mieszkający w Paryżu, pragnąc ułatwić zadanie głównemu polskiemu komitetowi tego zjazdu, zawiązali w Paryżu miejscowy „Komitet informacyjny“. Adres komitetu jest następujący: D-r B. MOTZ. Paris. Clinique du prof. Guyon, Hôpital Necker.

— XXI Zjazd balneologów we Frankfurcie nad Menem odbędzie się w czasie od 8—13 marca r. b. Projektowane są zbiorowe wycieczki do Nauheim, Soden i Honitenga. Szczegółów udziela d-r BROCK. Berlin, Melchiorstr. Nr. 18.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog „Nowości lekarskich“ Nr. 11, księgarni Sennewalda w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 6 Января 1900 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.





**Kto chce**

życie swoje przepędzać  
przyjemnie

NIECH

je i ubiera się prawidłowo

Najprawidłowszy

System ubierania się jest

Słynny Prof. D-ra G. JAEGER'A  
22-letnia praktyka i naukowe  
doświadczenia i wyniki  
najwyraźniejszym są tego  
dowodem.

**Prawdziwe**

wyroby tego systemu opatrzone są  
powyższym orłem

ostemplowane poniżej umieszczonym stemplem.

*Julius Panzer*



*Prof. Dr. G. Jaeger*

Strzedz się falsyfikatów.

**Juliusz Panzer**

WARSZAWA, Wierzbowa № 1.

ŁÓDŹ, Łąkowa № 32.

**Dom Zdrowia**  
**D-ra Fr. Stepkowskiego**

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi  
chorobami (oprócz umysłowych). Cena  
w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-  
maniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb.  
50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomo-  
ść w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

**D-ra Adama Przyborowskiego**

w Warszawie

**Sewerynow 5, róg Oboźnej,**

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-  
bulatorium codziennie od 11—12 (niezamożn.  
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—11

Zakład Lecznicy dla chorych  
na uszy

**D-rów K. Benni i L. Guranowskiego**  
Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszcze-  
nie za opłatą od Rb. 3—5. Ambulato-  
ryum codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-  
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-  
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-  
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-  
mi kobiecimi, jako też spodziewające się  
słab, za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za  
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d

ZAKŁAD LECZNICZY

**D-ra med. Z. Dmochowskiego**

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

**D-r Zd. Dobrowolski**

Ordynator oddziału chorób gardła, nosa i uszu  
w Warszawskim Szpitalu dla dzieci, mieszka  
obecnie ul. Warecka 9, przyjmuje od 9—10 r.  
i 5½—7 p. p.