

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O niektórych wskazaniach do wznawiania leczenia przeciwprzymiotowego. Podał d-r J. Halpern. — Kilka uwag ogólnych o leczeniu zdrojowem i klimatycznym. Podał d-r L. Korczyński. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 76. O porażeniu Landry'ego. 77. Obecność szczególnych kryształów w kościach dzieci krzywiczych, leczonych wyciągiem z nadnerczy. 78. Napady w narządach zmysłowych (sensorielle Krisen) w przebiegu wiału rdzenia 79. Wczesne rozpoznanie głuchoty postępującej. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 5 czerwca r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 20 kwietnia, 4 i 18 maja, i 1 czerwca r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 czerwca r. b. — XXIX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia). (Ciąg dalszy). Streszczył d-r Ant. J. Goldman (Łódź). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Halpern — Sur certaines indications à la répétition du traitement antisiphilitique. 2) D-r L. Korczyński — Quelques observations concernant le traitement par les eaux minérales ainsi que le traitement climatérique.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Halpern — Ueber einige Indicationen zur Wiederholung der antisiphilitischen Behandlung. 2) D-r L. Korczyński — Einige allgemeine Betrachtungen über Brunnen- und klimatische Kur.

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

O niektórych wskazaniach DO WZNAWIANIA LECZENIA PRZECIWPZYMIOTOWEGO.

Podał

D-r JAKÓB HALPERN,

lekarz ambulatoryum szpitala św. Rocha w Warszawie.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 26 czerwca r. b.

W owym czasie, kiedy przymiot uważano jako chorobę nieuleczalną, kiedy największe powagi naukowe, jak np. Ferdynand HEBRA, BAERENSBRUNG i inni, wyrażali się z całą stanowczością o tej nieuleczalności, leczenie omawianej choroby miało oczywiście na celu tylko usuwanie jej objawów oraz zapobieganie rozwijaniu się ciężkich objawów w dalszym jej przebiegu. Obecnie, kiedy KÖBNER¹⁾, FOURNIER²⁾, KAPOSI³⁾, I. NEUMANN⁴⁾ i inni zna-

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1872. Nr. 16.

²⁾ France médicale. Mai 1874. Congrès internat. de Derm. et de Syph. Paris 1889. Traitement de la Syph. Paris.

³⁾ Viert. f. Derm. u. Syph. Verhandl. des V Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden. 1886

⁴⁾ Wien. med. Wochenschr. 1890. Nr. 48—50.

komicy syfilidologowie, przy wielokrotnem wszechstronnem, starannem badaniu zarażonych przymiotem osobników, ich żon i potomstwa, stwierdzali niewątpliwe przypadki zupełnego wyleczenia tej choroby, kiedy wyleczenie przymiotu oprócz tego zostało stwierdzone przez nie ulegające żadnej wątpliwości, poddane najsurowszej krytyce przypadki powtórnego zarażenia się tą chorobą (CASPARY ⁵⁾, I. NEUMANN ⁶⁾ ⁷⁾, NEISSER ⁸⁾, LANG ⁹⁾ i inni), leczenie przymiotu przestało oczywiście ograniczać się na wymienionych wyżej zadaniach, lecz ma za cel gruntowne usunięcie choroby. Ponieważ badania FOURNIER'a (l. c.), HASLUND'a ¹⁰⁾, VAJDY ¹¹⁾, HJELLMANN'a ¹²⁾, MARSZALKO ¹³⁾ i innych pokazały, iż bardzo wysoki procent przypadków trzeciorzędnego przymiotu, szczególnie zaś długotrwałego, występuje przy braku leczenia merkuryuszem lub niedostatecznem leczeniu nim; ponieważ ten wysoki procent wskazuje oczywiście, iż przy zaniedbaniu leczenia przymiotu merkuryuszem otrzymuje się w rezultacie nie tylko cięższy przebieg choroby, lecz także, jeżeli nie zupełną już nieuleczalność, to w najlepszym razie w bardzo wielu przypadkach wyleczenie tylko po długim trwaniu cierpienia, więc mamy w tem przedewszystkiem między wieloma innymi jeszcze jeden, przytem oczywiście niezmiernie ważny dowód konieczności zupełnego odrzucenia przy leczeniu przymiotu obawy przed merkuryuszem, która to obawa jeszcze teraz mimo tylu dowodów, między którymi wspomnę o wyniku badań ULLMANN'a ¹⁴⁾ nad lokalizacją merkuryuszu przy eksperymentalnem wprowadzaniu go do ustroju zwierząt, nie została zupełnie zaniechana, czego dowodem może być ta okoliczność, iż np. znany syfilidolog FINGER, popierając z jednej strony przewlekłe leczenie przymiotu, z drugiej nawet przy pierwszych objawach drugorzędnego przymiotu woli nie stosować merkuryuszu, póki objawy do tego nie zniewalają. Tymczasem dane statystyczne FOURNIER'a i innych, zwalczając tak zwany loi de concordance, wskazują, iż przypadki trzeciorzędnego, długotrwałego, jeżeli nie zupełnie już nieuleczalnego przymiotu, występują najczęściej wtedy, kiedy lekkie drugorzędne objawy nie zniewalają do energicznego niezwłocznego leczenia merkuryuszem, i dla tego leczenie to bywa zaniedbane. Ponieważ zaś znane spostrzeżenie FUHRMANN'a ¹⁵⁾ pokazało, iż kobieta, która urodziła 7 dzieci, przymiotem dotkniętych, które wkrótce zmarły, będąc leczona merkuryuszem podczas 8 i 9 ciąży, urodziła obydwie razy dojrzałe zdrowe dziecko, podczas 10 ciąży nie będąc leczona — gdyż uważała się za zdrową — urodziła znowu przymiotem dotknięte dziecko, które po 6 miesiącach zmarło, a będąc leczona podczas 11 ciąży, znowu urodziła zdrowe dziecko; ponieważ z tym spostrzeżeniem zgadza się także wysoki procent śmiertelności przymiotem dotkniętych dzieci u mało leczonych lub nie-

5) Deutsche med. Woch. 1876. Nr. 7.

6) Allgem. med. Ztg. 1886.

7) Wien. med. Woch. l. c.

8) Festschr. gew. F. J. Pick. Arch. f. Derm. u. Syph. 1898. Ziemssens Hdb. 1883.

9) Arch. f. Derm. u. Syph. 1893. Verh. d. Wien. Derm. Gesellsch.

10) Congrès intern. de Derm. et de Syph. Paris. 1889.

11) Ibidem.

12) Annal. de Derm. et. Syph. 1893. Nr. 10.

13) Arch. f. Derm. u. Syph. 1894.

14) Arch. f. Derm. u. Syph. 1893.

15) Gazette médicale. 24 juin. 1843.

leczonych merkuryuszem rodziców¹⁶⁾ 17), więc merkuryusz wpływa widocznie na jad przymiotowy, nawet wtedy, gdy niema objawów przymiotu. Wobec tego pogląd FOURNIER'a, gorliwie popierany przez NEISSER'a¹⁸⁾ i innych, że przymiot trzeba leczyć merkuryuszem nie tylko wtedy, kiedy są objawy przymiotowe, lecz i podczas pauz między nawrotami (Latenzperiode), jest pod wielu względami umotywowany. I dla tego, jeżeli nie wszyscy syfilidologowie dotychczas zgadzają się z FOURNIER'em, to właściwie odnosi się to tylko do szablonowego sposobu leczenia preparatem, który, jak merkuryusz, wymaga z wielu względów ściślejszego określenia wskazań i przeciwwskazań, niż jak to czyni FOURNIER; zastrzeżenie zaś NEISSER'a, iż metodę intermittującą trzeba w każdym oddzielnym przypadku indywidualizować, przedstawia się zbyt ogólnikowem. To dążenie syfilidologów do najmożliwszego zbliżenia się w sposobie leczenia przymiotu do metody FOURNIER'a wyraża się np. w poglądzie KAPOSÍ'ego (l. c.), iż przy pierwszych objawach drugorzędneho przymiotu należy leczyć merkuryuszem bardzo starannie i dość długo, zabiegając leczeniem w okresie utajenia, wyraża się w poglądzie NEUMANN'a (l. c.), iż właściwie w pierwszych latach po zarażeniu się przymiotem nawroty są tak częste, że częstość leczenia metodą symptomatyczną pokrywa częstość, proponowaną przez FOURNIER'a, tem bardziej, że, jak na to kładzie szczególny nacisk NEUMANN, trzeba leczyć przy najlżejszych chociażby objawach przymiotu. Zresztą zaś, w braku takowych objawów, KAPOSÍ (l. c.), NEUMANN (l. c.), CASPARY¹⁹⁾, LANG²⁰⁾ i inni nie uważają za właściwe leczyć merkuryuszem, zwracając uwagę na to, iż długotrwałe stosowanie tego środka, bez wyraźnych wskazań ze strony objawów przymiotowych, wywołuje u wielu osobników szkodliwe skutki, nie dając przytem wzamian wyleczenia, a może nawet przeszkadzając mu. NEUMANN np. opisuje przypadki, w których blisko 6 lat z małemi przerwami stosowano leczenie przymiotu i nie zważając na to, a może właśnie dla tego, występowały ciężkie postaci *orchitis*, *neuritis*. Nieodpowiednio długotrwałe lub nadmierne stosowanie merkuryuszu, szczególnie w okresie utajenia, tem bardziej podług przeciwników metody FOURNIER'a jest przeciwwskazane, iż przy takim leczeniu następują często chwile, kiedy nawet przeciwko ewentualnie występującym objawom przymiotowym przestaje on działać, wyrządziwszy oczywiście ustrojowi w walce z jadem przymiotowym więcej szkody, niż korzyści. W tym szkodliwym wpływie merkuryuszu, nieodpowiednio stosowanego, nie małą podług CASPARY'ego (l. c.) rolę odgrywa fakt, iż merkuryusz, podobnie jak i inne w specyficzny sposób działające środki (salicyl, china), daleko lepiej bywa znoszony podczas nawrotów, niż w czasie wolnym od nich. Zgadza się z tem między innemi obserwacya WHITL'a²¹⁾, iż merkuryusz bywa znoszony przez ustrój w znacznych, dla zdrowego ustroju bezwarunkowo szkodliwych ilościach, póki bywa niejako neutralizowany przez jad przymiotowy. Być także może, iż pomyślnie pod wpływem merkuryuszu odżywianie porażonych przymiotem narządów odruchowo o tyle pomyślnie wpływa na cały ustrój, iż wobec tego wszelki szkodliwy wpływ merkuryuszu traci swą siłę.

(D. n.).

16) Fournier-Finger. Vererbung der Syphilis.

17) Etienne. Annal. de Gynéc. et d'obstétr. April 1892.

18) Viert. f. Derm. u. Syph. 1886. Verhandl. d. V Congr. f. innere Medic. Wiesbaden. 1886.

19) Arch. f. Derm. u. Syph. 1887.

20) Wien. klin. Wochenschr. 1890. Nr. 31.

21) Therapeut. Monatsh. XII. Jahrg. Heft I, 1898.

Kilka uwag ogólnych O LECZENIU ZDROJOWEM I KLIMATYCZNEM.

Ustęp z wykładów o balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowym r. szk. 1899/1900.

Podał

D-r LUDOMIŁ KORCZYŃSKI.

Docent medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Stopniowy a stały rozwój pojęć o zadaniach, środkach i celach leczenia wogóle nie pozostał bez wpływu na balneoterapię, na zakres i znaczenie używanych przez nią czynników leczniczych. Współczesne stanowisko, z którego oceniamy tę gałąź medycyny, jako naukę praktyczną, zastosowaną i dającą nam możliwość wywierania skutecznego wpływu na ustrój ludzki, różne też jest bardzo od dawnego. Dawniej skłaniano się w ocenianiu skutecznym leczeniu zdrojowego, kąpielowego lub klimatycznego do przyjmowania swoistego, prawie że wyłącznego wpływu poszczególnych t. zw. czynników balneo- i klimato-dynamicznych, a więc wody jako takiej, wód mineralnych, przetworów zdrojowych, klimatu i niektórych środków odżywczych, zwanych wprost leczniczymi, jak mleka, żętycy, kumysu, winogron i t. p.; na inne szczegóły, jak na znaczenie wpływów psychicznych, dyetetyki, zabiegów leczniczych mechanicznych prawie zupełnie nie zwracano uwagi, nie wspomniano o nich w trzech głównych działach balneo-terapii, w hydro-balneo i klimato-terapii. Dziś obejmujemy sprawę leczenia zdrojowego, kąpielowego czy klimatycznego, jako całość, a chociaż nie odmawiamy mocy działania pojedynczym częściom całości, to jednak wynik ostateczny uważamy za wynik sumy działających czynników, z których nie wszystkie mieszczą się dołącznie w ramach trzech wspomnianych powyżej działów balneo-terapii

Stanowczo utrzymywać trzeba, że korzystny wpływ leczenia zdrojowego, kąpielowego, czy klimatycznego zależy w znacznym stopniu od wrażeń psychicznych, którym chorzy najczęściej zupełnie bezwiednie ulegają, znalazłszy się w odmiennych warunkach odmiennej przyrody i odmiennego otoczenia.

Z wpływem psychicznym łączą się bardzo ściśle zmiany w całym sposobie życia i żywienia, zastosowanym do pewnej normy, wskazanej pojęciami higieny i dyetetyki. Pojęcia te nie są w zasadzie nowe dla balneo-terapii. I dawniej w każdym zdrojowisku aż nazbyt może przesadnie krępowano chorych najrozmaitszymi przepisami, odnoszącymi się do trybu życia. Niestety jednak były one następstwem nie tyle zrozumienia higieny jako takiej i stosowania jej do stanu chorych, rodzaju i stopnia choroby, ile raczej wynikiem ogólnej szablonowej zasady, prawie że mody, przyjętej w danym zakładzie. Takie naginanie ustroju w niektórych przypadkach zupełnie zbyteczne, niekiedy nawet wprost szkodliwe, przyczyniać się nie mogło żadną miarą do osiągnięcia pełnych wyników leczniczych. Szablon porzucono już bezpowrotnie. Wskazówki higieniczne i dyetetyczne, przestrzegane w zakładach leczniczych i udzielane chorym w zakładach zdrojowych i klimatycznych, uwzględniają tylko właściwości wód, kąpeli lub klimatu, ale zresztą przewa-

źnie i przede wszystkim liczą się z chorym i z chorobą, a więc są i muszą być takie same, jak wskazówki, odnoszące się do zwykłej higieny domowej. Że w zakładzie leczniczym wydają się być skuteczniejsze, zrozumieć nie trudno. Chorzy, powierzwszy się w ręce lekarza z wiarą i z ufnością, oddają się leczeniu i, jak być powinno, niczemu innemu, tylko leczeniu. Pamiętają o tym celu, nie pomijają niczego, aby cel właściwy osiągnąć, nie szkodzą sobie pośrednio, ani bezpośrednio, a przynajmniej nie w tym stopniu, jak w warunkach codziennego życia.

Zmiany takie doraźne muszą wpływ wywierać na umysł i na ciało, muszą dosadnie zmieniać zagadkową w wielu razach, a niewątpliwie bardzo złożoną czynność układu nerwowego. Że tak jest w istocie, dowodzić się zdaje między innymi ta okoliczność, że w równych innych warunkach najłatwiej i najrychlej osiągnąć można wyraźny skutek leczenia w zakładach leczniczych, które zapewniają chorym stałą i ciągłą opiekę lekarską, zapewniają dozór leczenia, a równocześnie zaspakajają wszystkie potrzeby życia codziennego bez współdziałania czynnego chorych. Mam tu na myśli tak zwane pensjonaty lecznicze.

W całej rozciągłości liczyć się także trzeba z wpływem czynników klimatycznych. Mieć na myśli nie tylko ten wpływ, który daje się zmierzyć i ująć w cyfry, ale i ten także, który jest nieuchwytny na razie przynajmniej dla naszych sposobów badania, a jednak nie mniej ważny i nie mniej potężny.

Zaprowadziłoby nas nazbyt daleko, gdybyśmy bliżej zapuszczać się chcieli w rozmaite szczegóły; wkraczają one w dziedzinę psychologii i filozofii lekarskiej, a więc zstępują z realnych podstaw medycyny, nie są namacalne i widoczne, godzi się wszakże przypomnieć, jak bardzo silne jest działanie przyrody jako takiej, jak silną podnieętą stanowią niezwykle kształty ziemi, niezwykle i różnorodne widoki gór, pól i lasów. Pod ich wpływem cały ustrój nerwowy przechodzi przez skalę zmian i wrażeń, przeistacza się do pewnego stopnia, chociażby na czas pewien, zmienia, odmiennie nastraja się umysł, nawet czynność niektórych narządów. Że to nie gołosłowne, niczem nieuzasadnione i niczem nieoparte twierdzenia, dowodzą między innymi bardzo zajmujące i pouczające doświadczenia DOGIELA nad wpływem wrażeń słuchowych i wzrokowych na ustrój zwierzęcy i ludzki, ogłoszone w r. 1898. Wpływy i podnieęty, działające stale przez nieco dłuższy przeciąg czasu, sumują się i z wolna przeistaczają mogą ustrój ludzki.

Ogólnie rzecz biorąc, podnieść trzeba, że szczegóły powyższe mało i niedostatecznie są oceniane, zapewne nie dlatego, że uważamy je za blahe, niezasługujące na to, aby wspominać o nich, ale raczej dlatego, że wpływu czynników psychicznych, zawartych w przyrodzie, bezpośrednio mierzyć nie umiemy, że jest on w danej przynajmniej chwili nieuchwytny, a, powiedzmy otwarcie, także nie nazbyt zrozumiały.

Nie dziwne to zresztą. Wszakże i tym klimatycznym właściwościami, które pod każdym względem lepiej znamy i oceniamy, tylko w ograniczonym zakresie ważne miejsce przyznajemy w szeregu środków leczniczych. Dzieje się to wobec nie wielu chorób, a przede wszystkim wobec gruźlicy płuc i przeważnie w tych tylko miejscowościach, które noszą urzędowe miano stacyi klimatycznych.

Wskazując naprzykład chorym żółzowym leczenie zdrojowe, zadawaliśmy się bardzo często skierowaniem ich do jakiegokolwiek zakładu kąpielowego solankowego. Uwzględniamy co najwyżej stężenie wód słonych, mó-

więc, że jedne z nich są silne, drugie słabsze. Jakie jest położenie i jakie są klimatyczne właściwości danego zakładu, mniej zazwyczaj zajmuje uwagi. Tak samo dzieje się z wieloma innymi chorobami i zбочeniami od stanu fizyologicznego. A przecież wobec współczesnego stanowiska nauki, a nawet stanowiska, zajętego przez nowoczesną balneo-terapię, postępowania takiego ściśle nazwać nie możemy.

W każdym przypadku trzeba przy wyborze zasadniczego leczenia myśleć i radzić krytycznie, pamiętać, że leczy się chorego a nie chorobę, że leczenie tem pomysłniej przebiegać będzie, im odpowiedniejsze znajdzie chory dla swego ustroju warunki w samej przyrodzie. Tu rozpoczyna się indywidualizowanie ogólne, które tak samo doniosłe ma znaczenie, jak we wielu innych czynnościach lekarskich, jak, odnośnie do balneo-terapii, indywidualizowanie szczegółowe w przeprowadzeniu wskazanego leczenia.

Przeprowadzać je powinien lekarz i tylko lekarz; ale nie lekarz zdrojowy w dawnym pojęciu tego wyrazu, zasklepiiony w leczniczej zdrojowej wyłączności, w utartych formułkach i w utrwalonych zwyczajem zasadach. Zakres jego działania jest bardzo znaczny w każdym pojęciu. Musi być panem wiedzy lekarskiej w granicach, które sam sobie zakreślił, posiadać doświadczenie lekarskie i dar umiejętnego stosowania swej wiedzy i swego doświadczenia. Powinien do pewnego stopnia imponować chorym i zniewalać równocześnie chorych, od pierwszej niemal chwili zdobyć musi stanowczy wpływ na nich. A nie jest to rzecz tak łatwa i bardzo nieobojętna. Do zakładów leczniczych przybywają ludzie znudzeni i zmęczeni chorobą przewlekłą, nierzadko zniechęceni przedługim przebiegiem i przeczęstemi radami lekarskimi, niekiedy bardzo nieufni i z zasady krytykujący wszystko i wszystkich. Umysłem ich zawładnąć trudniej, aniżeli umysłem chorych, którzy w innych warunkach żądają rady i pomocy lekarskiej. A jednak zawładnąć trzeba, zawładnąć musi lekarz, jeżeli ma być pewnym posłuszeństwa i pewnym, o ile to zasadniczo jest możliwe, dobrych skutków leczenia. Ci, którzy to umieją, stoją na wysokości zadania.

Ze słów powyższych wynika bezpośrednio, czem dla każdego zakładu są naukowo i zawodowo wykształceni lekarze; stanowią oni niewątpliwie przynajmniej połowę powodzenia i wziętości zakładu. Są więc, *sit venia dicto* jednym z najważniejszych czynników leczniczych. Zakład zdrojowy, czy klimatyczny, jeśli dobrych posiada lekarzy, jest tem samym dobrym zakładem, jeśli ich niema lub traci, chyli się napewno ku upadkowi.

Z działaniem lekarskiem i ze zmianą w zapatrywaniach na znaczenie przyrodzonych środków balneo i klimato - terapeutycznych, z odrzuceniem dawniejszej prawie że bezwzględnej wyłączności leczniczej wód i kąpeli mineralnych, niemal, że i klimatu i z właściwym nowoczesnym ocenianiem ich znaczenia ściśle są związane urządzenia, które stanowią wspólną własność terapii wogóle. Pierwsze wśród nich miejsce zajmują urządzenia do t. zw. mechano-terapii w najszerszem tego słowa znaczeniu.

W każdym postępowym i postępującym zakładzie spotkać je można w różnym zakresie, zależnym od rodzaju leczonych przypadków chorobowych. A więc w jednych widzimy gabinety i przenośne przyrządy do leczenia powietrzem zgęszczonem i rozrzedzonem, wziewalnię i inhalatoria, w innych przyrządy, używane w gimnastyce leczniczej, w chorobach narządu krążenia, narządu ruchowego lub narządu pokarmowego, przyrządy do leczenia elektrycznością, do stosowania mięsienia i t. d.

W każdym także zdrojowisku czy uzdrowisku znaleźć dziś już można apteki, składy leków i przetworów leczniczych.

O środkach odżywczych i dyetetycznych wspominaliśmy już na innym miejscu. Nie są one bynajmniej wyłącznością zdrojowisk i uzdrowisk, a tylko, podobnie jak wszystkie inne urządzenia, wchodzą w zakres czynników leczniczych, stosowanych w leczeniu zdrojowem i klimatycznym tak samo zresztą, jak przy zwykłym leczeniu miejskiem. Niewątpliwie jednak zwiększają one znaczenie tych zakładów, które je posiadają, zapewniają im większą więtość i większe uznanie. Powinny o tem pamiętać wszystkie nasze zakłady, które na ogół niedostatecznie tylko liczą się z duchem czasu i z nowoczesnym postępem.

Krótki ten szkic wystarczy zapewne, aby dostatecznie uzasadnić to, co powiedzieliśmy na wstępie o leczeniu zdrojowem i klimatycznym: Nie można w niem żadną miarą upatrywać czegoś odrębnego, wyłączonego zupełnie z zakresu ogólnej terapii; raczej twierdzić wypada, że w przeważnej większości zakładów zdrojowych, a niewątpliwie we wszystkich klimatycznych łączą się czynniki lecznicze w jedną harmonijną całość, wspierają i uzupełniają wzajemnie z korzyścią dla przebiegu choroby i dla szukających zdrowia chorych. Gdy tak rzecz całą pojmiemy i gdy to przekonanie wszczepimy zarządcom naszych zakładów, łatwiej będzie niewątpliwie prowadzić te zakłady po drodze ciągłych ulepszeń do pełnego rozwoju i rozkwitu.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

76. O. SOLTMANN. **O porażeniu Landry'ego.** W krótkim lecz treściwym artykule podaje autor opis rzadkiego przypadku porażenia w wieku dziecięcym; podobnych przypadków znalazł on w literaturze zaledwie cztery (LIÉGARD, KAHLER, PICK, HEUBNER). Tem ciekawszem jest, że cierpienie to, mało dotychczas znane, szczególnie pod względem przyczynowym, kończy się zwykle śmiercią chorego, podczas gdy w danym razie nastąpiło wyzdrowienie, a wynik ten przypisuje S. przeprowadzonemu przez siebie sposobowi leczenia — za pomocą wcierań szarej maści.

Przypadek podajemy w streszczeniu ze względu na ciekawe szczegóły: jedenastoletnia dziewczynka, zupełnie dotychczas zdrowa i silna, nie obciążona dziedzicznością, zachorowała nagle i bez przyczyny widocznej wśród objawów gorączki, zawrotu i bólu głowy, ogólnego osłabienia — skarży się na silne rwące i świdrujące bóle w podszewkach, piętach i nogach, które promieniowały ku krzyżowi i piersiom, a po kilku dniach zakończyły się porażeniem kończyn dolnych, szybko rozprzestrzeniającem się na tułów, piersi, barki i ramiona, tak iż chora w ciągu trzech tygodni zupełnie uległa porażeniu, nie mogąc poruszać ani rękami ani nogami, nie mogąc ani siedzieć, ani podnieść się. Również mięśnie szyi są porażone, tak iż chora nie jest w stanie poruszać głową, ani też utrzymać jej w prostopadłym kierunku. Prócz tych objawów istnieje jeszcze ogromne osłabienie, kaszel i duszność. W takim stanie oddano chorą do szpitala.

Przy biernem położeniu na grzbiecie kończyny dolne są zupełnie nieruchome, a przy poruszeniach (biernych) istnieje bolesność. Zgięcie, ruchy ksobne, rotacja, podnoszenie ramion zupełnie niemożliwe, natomiast pronacja i supinacja rąk daje się wykonać. Zaburzeń w czuciu nie spostrzegamy; zmysł ciepłoty, przestrzeni i ucisku jest prawidłowy. Siedzenie, podnoszenie się niemożliwe, gło-

wa kiwa się i opada w tył. Rysy twarzy ospate, mimika twarzowa zupełnie zniesiona, warga dolna wywinięta, usta silnie zwarte, obfity ślinotok; gwizdanie niemożliwe, głos wyraźny i powolny; dno oka prawidłowe, żadnych objawów ze strony oka i źrenicy; przytomność zachowana; silne pocenie się nóg i rąk, szczególniej podeszew i dłoni. Na twarzy i kończynach silne obrzęki i plamisty rumień. Mocz prawidłowy, pęcherz i odbytnica prawidłowe, odruchy brzuszne i ścięgniste zupełnie zanikłe. Tętno 120, równe, lekko napięte; ciepłota prawidłowa; śledziona wyczuwalna; nieżyt oskrzeli.

W następnych dniach pogorszenie nieżytu i duszności, sinica. Zalecono środki wyksztuśne, podniecające i wcierania maści szarej (1,5). Po 8 dniach poprawa stanu ogólnego, nieznaczne samodzielne ruchy nóg i przedramion. Obrzęki i rumień ustępują. Inne objawy trwają. Po 8-dniowej przerwie leczenia wcieraniami nowe pogorszenie wszystkich objawów. Znowu przez ośm dni wcierania, po których nowe polepszenie ruchów i powrót odruchów powłok brzusznych, lecz ścięgnistych zupełny brak. 8-dniowa przerwa, poczem po raz trzeci wcierania. Poprawa postępuje. Obrzęki i rumień giną zupełnie. Ruchy w kończynach jeszcze swobodniejsze. Występuje natomiast zanik w mięśniach górnych i dolnych kończyn. Stan ogólny bardzo dobry. Objawy opuszkowe nie powracają już, głowę może chora trzymać prosto przez kilka chwil, mimika twarzy powraca, język zbacza na prawo, gwizdanie możebne, odruchy powłok brzusznych istnieją, ścięgnistych brak. Wrażliwość na strumienie faradyczne i galwaniczne osłabiona, odczyn farado-mięśniowy w porażonych okolicach zupełnie zanikły, w *m. peroneus* częściowa EAR, skurcz robaczkowy słaby. AnSZ > KSZ. Leczenie polegało na stosowaniu strumienia elektrycznego (galwanicznego), ciepłych kąpieeli, salipiryny, wyksztuśnych i pobudzających środków, jakoteż po raz czwarty powtózonego leczenia wcieraniami szaruchy.

(*Jahrb. f. Kind. Tom. 1. Zeszyt 1*).

L. Wolberg.

77. STOELZNER i SALGE. **Obecność szczególnych kryształów w kościach dzieci krzywicznych, leczonych wyciągiem z nadnerczy.** (Z kliniki prof. HEUBNER'a w Berlinie). W Nr. 12 Medycyny streściliśmy wyniki pracy STOELTZNER'a co do wielkiej skuteczności wyciągu nadnerczy w krzywicy u dzieci. Obecnie tenże autor wspólnie z d-rem SALGE miał sposobność mikroskopowo badać kości trojga dzieci, leczonych w ostatnich czasach wspomnianym przetworem, a zmarłych z różnych innych powodów.

W kościach tych znaleziono szczególnego rodzaju kule, jakich nigdy jeszcze w krzywicznych kościach nikt, nawet sam VIRCHOW, nie spostrzegwał. Po włożeniu preparatów do wody destylowanej, kule owe zniknęły z nich, z czego wniosek, że twory składały się z kryształów, łatwo zozpuszczających się w wodzie, a nierozpuszczalnych w słabym wyskoku. Wymywszy preparaty wodą, poddali ją autorzy wysuszeniu, przyczem otrzymali mnóstwo bardzo pięknych kryształów, w postaci igieł lub oselek, ułożonych bądź w gwiazdy, bądź w stopy. Wszystkie te kryształy okazywały wielkie powinowactwo ku srebru. Prof. SALKOWSKI, zbadawszy je dokładnie, zauważył, że tak dalece przypominają kryształy sperminy, że bez poprzednich informacyi niepodobnaby było odróżnić jednych od drugich; za tożsamością jednak obu gatunków nie przemawia on dotychczas wcale.

Przyroda, istota i sposób powstawania tych tworów nie są jeszcze znane; odkrycie to ważne jest jednakże, zauważone bowiem zostało, jako następstwo podawania wyciągu nadnerczy, prawdopodobnie zależne od tego środka.

(*Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 18*).

L. Wolberg.

78. UMBER. **Napady w narządach zmysłowych (sensorielle Krisen) w przebiegu władu rdzenia.** Oprócz znanych oddawna *crises gastriques*, występujących w przebiegu władu rdzenia, w ostatnich latach poznano cały szereg innych objawów podrażnienia sfery czuciowej i ruchowej, występujących napadowo i dotyczących przeważnie przewodu pokarmowego i oddechowego, a mianowicie: *crises entériques, laryngéales, anales, vesicales, clitoridiennes, testiculaires, cardiales*. Mniej znane są u tabetyków zaburzenia w obrębie narządów zmysłowych.

Autor opisuje przypadek, dotyczący chorego z typowymi objawami władu rdzenia (zaburzenia w oddziaływaniu źrenic, bóle strzelające, znamienne zaburzenia czucia, czynności pęcherza, kiszki prostej i *crises gastriques*). Chory ten od lat kilkunastu przy końcu napadów żołądkowych doznaje dziwnych objawów ze strony narządów powonienia i smaku. Nagle czuje on, iż szyja mu puchnie, dusi go, ścisza w krtani, a jednocześnie doznaje najobrzydliwszych, najwstrętniejszych wrażeń węchowych i smakowych; czuje, iż unoszą się dokoła niego zapachy z cuchnącego błota, przytem w ustach ma wstrętny i nadzwyczaj przykry smak, pobudzający go do nudności w ustach zbiera mu się pełno śliny i plwociny, którą bez przerwy musi wypluwać. Pomimo uświadamiania sobie, iż znajduje się on na łóżku, a nie w obrzydliwym otoczeniu, chory doznaje tych dziwnych wrażeń, zwłaszcza w nocy, przez kilka dni. Autor napady te nazywa „*sensorielle Krisen*“ i zaznacza, iż podobne podrażnienia sfery zmysłu powonienia i smaku spotykamy również przed napadem padaczkowym t. zw. „*aura sensorialis*“. W władzie rdzenia, gdzie badania obwodowych części odpowiednich narządów zmysłowych nie wykazały nic nieprawidłowego, zapewne również mamy do czynienia, zdaniem autora, z objawami podrażnienia centralnych ośrodków zmysłu smaku i powonienia. Wiadomo wszak, iż sprawa władowa w niektórych razach dotyczy przeważnie mózgu (LEYDEN'owska „*cerebrale Forme der Tabes*“), a zwłaszcza nerwów czaszkowych. Być może, bardziej szczegółowe badania anatomo-patologiczne wykażą nam w przyszłości podścielisko tych dziwnych objawów klinicznych.

(*Zeitschrift für Klinische Medicin. 1900. T. 39.* St. Koczyński.)

79. BONNIER. **Wczesne rozpoznanie głuchoty postępującej.** Gdy osobnik, któremu, wskutek dziedziczności lub w następstwie przewlekłych cierpień nosa i gardzieli, zagraża dopiero głuchota postępująca, nie ujawnia jeszcze, przy zwykłych sposobach mierzenia słuchu, żadnego dającego się ocenić przytępienia słuchu, to jednak można u niego przewidzieć głuchotę postępującą, jeżeli następujące doświadczenie daje wyniki twierdzące. Przykłada się nóżkę dużego drgającego kamertonu do wystającej kości ciała (kolano, łokieć i t. p.) lub nawet do części zupełnie miękkich i następnie pyta się chorego, czy, oprócz drgania, odczuwanego przezeń zmysłem dotyku, słyszy on kamerton. W przypadku, gdzie chory słyszy kamerton nie przez powietrze, lecz za pomocą dotyku, istnieje nieprawidłowe słyszenie (*paracousie*), t. j. grozi głuchota, ponieważ ta postać nieprawidłowego słyszenia należy tylko do cierpień ucha i może poprzedzać wszystkie inne objawy.

(*La semaine medicale. Nr. 8. 1900.*)

St. Rostan.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 5 Czerwca r. 1900.

TREŚĆ: 1) M. BIRO—przedstawienie chorej, dotkniętej scleroderma. 2) R. Skowroński—przedstawienie chorego po zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla. 3) A. KARCZEWSKI—przedstawienie chorej po operacji plastycznej z powodu bliznowego przykurczenia palców rąk. 4) Dyskusya nad odczytem WŁ. KRAJEWSKIEGO: „O rozpoznawaniu i leczeniu perityphlitis“.

1) Kol. BIRO przedstawił 26-letnią pannę, szwaczkę, która zgłosiła się do polikliniki kol. GOLDFLAMA ze skargą na utrudnione zginanie palców obu dłoni. Chora przebywała w 12-ym roku życia szkarlatynę. Zresztą była zawsze zdrowa. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed rokiem, kiedy obie dłonie chorej uległy obrzękowi. Po tygodniu dłonie zaczęły stawać się twardemi, niepodatnemi do ruchów. Obecnie dłonie są twarde, a palce, zwłaszcza ostatnie, już ulegają ścięciu. Dotychczas choroba ma postać ograniczoną; zajęte są bowiem kończyny górne, zwłaszcza palce, mniej dłonie, a jeszcze mniej dolna trzecia część przedramion. Skóra na zajętych miejscach jest naprężona, sztywna, pozbawiona zwykłej elastyczności, obrastająca prawie części głębsze, nie dająca się po nad nimi ująć w fałdę. Powierzchnia skóry jest gładka, lśniąca, bez fałd i zmarszek. Tętno z trudnością daje się przez nią wyczuwać. Stwardnienie to samo wywołuje ograniczenie ruchów, gdyż w przypadku tym stawy nie są zajęte. W mięśniach u chorej zmian żadnych nie znaleziono. Czucie nie bardzo wydaje się zmienionem; może istnieje pewna nadwrażliwość w częściach dotkniętych. Odruchy ścięgniste i skórne są normalne.

2) Kol. SKOWROŃSKI przedstawił chorego z zapaleniem nerwów obwodowych w następstwie zatrucia tlenkiem węgla. Chory ten, poprzednio zupełnie zdrowy, uległ zacczadzeniu. W szpitalu, dokąd chorego odwieziono, stwierdzono powiększenie obwodu kończyn górnej i dolnej prawej połowy ciała, obrzęk i bóle w kończynach i podbiegnięcia krwawe. Po 6 tygodniach chory wypisał się ze szpitala. Bezwład i podbiegnięcia krwawe w kończynie dolnej ustąpiły. Natomiast w kończynie górnej obrzęk nie ustąpił. Chory uskarżał się na silne bóle w całej kończynie; rękę trzymał opuszczoną bezwładnie. Obwód kończyny był znacznie powiększony, kontury zmienione, odruchy zniesione; czucie na dotyk zachowane. Odczyn zwyrodnienia we wszystkich mięśniach barku, ramienia i przedramienia. Ruchy bierne we wszystkich stawach nieznaczne, bolesne; skóra napięta. Przy dotyku można było wyczuć bardzo twarde rozlane jakby guzy w przyczepie mięśnia piersiowego dużego, nadgrzebieniowego i kapturowego. Cała kończyna przedstawiała się twardą, jakby wyciosaną z drzewa. Po zastosowaniu bardzo silnego masażu, wykonywanego dwa razy dziennie, i stosowaniu ruchów biernych, chory już po miesiącu zaczął podnosić rękę, nieco zgiętą w łokciu, do poziomu. Stan chorego stopniowo poprawiał się. Obecnie powracają ruchy w zginaczach przedramienia.

Objawy, jakie wystąpiły u chorego, przypisać należy nie tylko zmianie chemizmu krwi wskutek zatrucia tlenkiem węgla, lecz i uciskowi. W kończynie dolnej, gdzie ucisk był mniejszy, władza wróciła stosunkowo prędko. W górnej zaś obieg był wstrzymany, gdyż chory przez czas długi leżał na boku z podwiniętą ręką pod tułów, uformowały się prawdopodobnie zakrzepy, czemu przypisać należy długotrwały obrzęk i bezwład.

3) Kol. KARCZEWSKI przedstawił chorą po operacji plastycznej z powodu bliznowego przykurczenia palców rąk.

16-letnia dziewczyna w drugim roku swego życia oparzyła sobie o rozpaloną blachę obie dłonie. Skóra w miejscach oparzenia uległa zgorzeli, a w następstwie wytworzyły się blizny, które spowodowały przykurczenia palców. Przy badaniu chorej widać było na obu dłoniach, w pobliżu podstaw palców, blizny kształtu łukowatego, przebiegające w kierunku ukośnym; blizny te były twarde, nierozciągliwe, białawe. Ruchy obu wielkich palców prawidłowe, zginanie pozostałych możliwe, rozginanie zaś ich utrudnione w znacznym stopniu. Mianowicie, w stawach śródrečno-paliczkowych rozginanie może być doprowadzone tylko do kąta prostego, nadto palce były nachylone w stronę palca małego. Wskutek utrudnionego rozginania palców chora nie była w stanie wykonywać robót bardziej subtelnych, co zniewoliło ją do poddania się operacji.

W końcu stycznia r. b. kol. KRAJEWSKI wyciął bliznę z lewej dłoni i po wyprostowaniu ręki na miejsce wyciętej blizny przeszczepił płat, wykrojony z wewnętrznej powierzchni lewego uda. Płat został przszyty z trzech stron do brzegów rany na dłoni. Rękę przymocowano do uda. Po 8 dniach szwy usunięto, a w dwa dni później (t. j. 10-go dnia po operacji) odcięto szypułę płata. Płat przyrósł doskonale. W miesiąc po operacji zaczęto wykonywać ruchy.

22 marca r. b. kol. KARCEWSKI po wycięciu blizny na prawej dłoni przeniósł na okrwawioną powierzchnię płat czworokątny ze skóry brzucha. (Płat ten był bez podskórnej tkanki tłuszczowej). Płat przszyto dookoła szwami węzłkowymi. Wynik operacji okazał się doskonały. Przypadek ten daje możliwość poglądowo porównać wartość płatów z szypułą i płatów wolnych w operacjach plastycznych na rękach.

Wnioski, jakie wyprowadza kol. KARCEWSKI, są następujące: a) W operacjach plastycznych na rękach obok płatów z szypułą z pożytkiem mogą być stosowane płaty wolne. b) Płaty wolne przyrastają doskonale, a po przyrośnięciu pozwalają na zupełnie swobodne ruchy palców. c) Płaty wolne mają tę wyższość nad płatami z szypułą, że po wycięciu płata wolnego można całkowicie zaszyć ranę, nadto w razie zastosowania płata wolnego niepotrzebne jest długotrwałe unieruchomienie kończyny, które częstokroć bywa bardzo uciążliwe dla chorego.

4) W dyskusji nad odczytem kol. KRAJEWSKIEGO: „O rozpoznawaniu i leczeniu *perityphlitis*“ kol. SOKOŁOWSKI jest zdania, że chorzy w ostrym napadzie *perityphlitis* nadają się do leczenia wewnętrznego. Kol. SOKOŁOWSKI spostrzegł w ciągu ostatnich kilku lat w swoim oddziale 33 przypadki tego cierpienia. Wszystkie te przypadki należały do ciężkich. Prawie we wszystkich przypadkach istniała gorączka, trwająca niekiedy do 3 tygodni. Z 33 chorych wyzdrowiało 29, jeden chory zmarł; badanie pośmiertne wykazało ropne zapalenie otrzewny po przedziurawieniu. W 3 przypadkach była recydywa. Stosowano zwykle w takich razach leczenie: spokój, opium, lód na okolicę kiszki ślepej i w miarę potrzeby nieobfite lawatywy.

Kol. JANOWSKI, nie wchodząc w szczegóły ani w powszechnie znane sposoby badania, twierdzi, że na ogół rozpoznanie *perityphlitis* jest łatwe. Należy mieć tylko na uwadze w celu wyłączenia zamknięcie światła kiszek, zajęcie tkanki okołonerkowej, zrosty i *psosis*. Rzadko trudności w rozpoznaniu bywają większe, czego przykładem był dla kol. JANOWSKIEGO przypadek zapalenia ropnego moczowodu prawego po *pyelitis*, stwierdzony na sekcji chorej, zmarłej przy objawach, łudząco symulujących *perityphlitis*. Rozpoznawszy *perityphlitis*, terapeuta powinien, zdaniem kol. JANOWSKIEGO, podjąć się leczenia tego cierpienia do czasu, dopóki objawy kliniczne nie wskażą istnienia ropienia. W takich razach

chirurg powinien decydować o operacji. W leczeniu ostrego napadu należy stosować bezwzględny spokój, płynną letnią dyetę i duże dawki opium.

W razie braku wypróżnień należy wywoływać stolce co kilka dni niewielką ilością wody w lawatywach. Jeżeli chory nie znosi opium, należy stosować morfinę lub kodeinę. Lodu używa kol. JANOWSKI tylko w przypadkach bólów bardzo gwałtownych; pijawek nie radzi stawiać, wcierań szaruchy również nie stosuje, gdyż zanieczyszczają skórę, a nadto, jako masaż, są w tym okresie bardzo niebezpieczne. Kol. JANOWSKI nie stosuje również nigdy środków czyszczących. Po za napadem kol. JANOWSKI stosuje łagodną dyetę, ścisły przepis, ograniczający chorego w ruchach, i długotrwałe okłady gorące na brzuch obok słonych kąpieeli. Jeżeli pozostał po napadzie guz, należy przeczekać kilka tygodni, aby zobaczyć, w jakim stopniu się zmniejszy i stanie się mniej czułym na ucisk. Jeżeli wrażliwość jest nieznaczna, i chory nie gorączkuje, a na operację *à froid* zgodzić się nie chce, w takim razie kol. JANOWSKI namawia na stosowanie oględne masażu. W przypadkach po kilku recydywach kol. JANOWSKI zawsze namawia chorych do operacji. Przypadki *peritonitidis progredientis* nadają się stanowczo tylko do leczenia operacyjnego. Szukanie wyrostka robaczkowego i usuwanie go podczas operacji, zdaniem kol. JANOWSKIEGO, nie jest konieczne.

Zdaniem kol. DUNINA, w nauce o *perityphlitis* najwięcej interesujące są dwie kwestye: sprawa patogenezy tego cierpienia i sprawa leczenia. Patogeneza z rąk terapeutów wymyka się. Wszystko, co wiemy o patogenezie tego cierpienia, wiemy od chirurgów. *Appendicitis* zdaje się być sprawą przewlekłą.

Kol. DUNIN nie zgadza się ze wszystkiem, co mówił kol. KRAJEWSKI o *epityphlitis*, żadna bowiem klasyfikacya nie może nam dać zupełnego pojęcia o tej sprawie. Z postaci *appendicitidis* należy wyłączyć gruźlicze i promienicze zajęcie wyrostka. Kol. DUNIN nie uważa za właściwą nazwę: *perityphlitis latens*, gdyż to może zdarzyć się w każdym przypadku. Postaci przewlekłych *perityphlitis* nie ma; są postaci tylko ostre i recydujące. W przypadkach ostrych najważniejszą rzeczą jest rozstrzygnąć, czy w nacieku jest ropa. Jeżeli naciek jest okrągły, kulisty, elastyczny, kol. DUNIN robi przekłucie próbne. W przypadkach, gdzie są objawy, przemawiające za obecnością ropy, należy operować. Małe ogniska ropne mogą ulegać wessaniu. W postaciach recydujących należy operować. W tych razach, jeżeli chorzy nie zgadzają się na operację, należy próbować stosowania masażu. Poszukiwanie wyrostka w ogniskach ropnych jest zbyteczne. Wreszcie kol. DUNIN wskazuje jedną z pomyłek w rozpoznawaniu *perityphlitis*, mianowicie kolka nerkowa z prawej strony może dawać często objawy, podobne do objawów *perityphlitis*.

Kol. REJCHMAN zaznacza, że w sprawie patogenezy *perityphlitis* w ostatnich czasach GÓLUBIEW utrzymuje, że *appendicitis* powstaje epidemicznie. Być może, że jest coś, co wytwarza pewną jadowitość bakteryi. Pod względem rozpoznawczym kol. REJCHMAN zwraca uwagę na niektóre błędy. Często przyjmują za *perityphlitis* sprawy takie, jak *parametritis*, *oophoritis*, *salpingitis*. Należy jednak dodać, że są sprawy mieszane. Zdaniem kol. REJCHMANA, w *appendicitis* często nie bywa objawów zewnętrznych. W przypadkach więc, gdzie jest podejrzenie na istnienie *appendicitidis*, należy zawsze badać przez odbytnicę jamę DOUGLAS'a, gdyż często tam znajduje się naciek. W sprawie rozpoznawania obecności ropienia, ciepłota, zdaniem kol. REJCHMANA, niema znaczenia; spostrzegał on bowiem przypadki, w których gorączki nie było, a ropa istniała. Kol. REJCHMAN zgadza się z tem, że nie należy operować w ostrych przypadkach. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny należy operować.

Kol. KRAUZE sądzi również, że najważniejszym wskazaniem do operacji *perityphlitis* jest stwierdzenie obecności ropy w nacieku. Kol. KRAUZE w wątpliwych przypadkach robi nakłucie próbne, lecz to nie zawsze daje pewne wyniki. Kol. KRAUZE wyrostka nie wycina, o ile go trudno odszukać, gdyż spostrzegł niejednokrotnie następujący zanik wyrostka.

Wrzeczcie kol. KRAUZE zaznacza, że istnieje jeszcze jedna postać *perityphlitis*, o której kol. KRAJEWSKI nie wspomniał. Mówca ma tu na myśli *perityphlitis traumatica*. Nie znaczy to bynajmniej, aby uraz był jedyną przyczyną powstania cierpienia, lecz przy istniejących już nieznacznych zmianach w wyrostku uraz mógł spowodować rozszerzenie się sprawy.

Kol. CHEŁCHOWSKI przytacza dane z piśmiennictwa naszego w sprawie *perityphlitis*, zaznaczając, że w jego oddziale w ostatnich czasach kol. MALEWSKI spostrzegł bardzo ciężki przypadek sprawy okołokątniczej; w przypadku tym były dość obfite krwawienia. Kol. MALEWSKI, rozpatrzywszy odnośną literaturę, zapytuje, czy *perityphlitis* nie jest chorobą częstszą u ludzi zamożnych, niż u ludzi biednych? Możliwość sądzić, że *perityphlitis* inaczej przebiega u ludzi, odżywiających się dobrze, a inaczej u ludzi biednych.

W przebiegu tego cierpienia, zdaniem kol. CHEŁCHOWSKIEGO, bywają często powikłania ze strony płuc. Co do rozpoznawania, to kol. CHEŁCHOWSKI zwraca uwagę na niestrawność. Mówca zgadza się ze wskazaniami do operacji, jakie wyłuszczył kol. KRAJEWSKI. W ostrych przypadkach nie należy operować, choć zdaje się, że w tych razach zawsze bywa ropienie.

Kol. BRONOWSKI również jest zdania, aby w ostrych przypadkach nie operować. Co do leczenia, to należy zalecać opium, spokój i łód. Środki czyszczące są w pewnych razach wskazane. Jeżeli bowiem sprawa zaczyna się niestrawnością, należy usunąć rozkładający się kał. Po napadzie ostrym w niektórych razach leczenie balneoterapeutyczne daje dobre wyniki.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału szpitali i przytułków z d. 20 kwietnia, 4 i 18 maja r. b.

D-r Karol RYCHLIŃSKI przedstawił memoriał w sprawie opieki nad obłąkanymi i umysłowo upośledzonymi.

Wszędzie opieka nad umysłowo chorymi powierzana była klasztorom. Pierwsze miejsce zajmują klasztory bonifratrów, do nas w 1650 roku sprowadzonych. Z początku mieli oni 8 łóżek, później 34 łóżka. Rada główna opiekuńcza, w 1832 roku utworzona, szpital Jana Bożego z pod opieki bonifratrów usunęła. Do roku 1878 istniało zaledwie 200 etatowych łóżek dla obłąkanych mężczyzn. Następnie otworzono 200 łóżek dla obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Wreszcie parę lat temu założono specjalny szpital w Tworkach ze skasowaniem oddziału kobiecego przy szpitalu Dzieciątka Jezus i z pozostawieniem oddziału w szpitalu św. Jana Bożego — oraz otwarto oddział dla umysłowo chorych szpitala żydowskiego na Czystem, tak że ogółem posiadamy 850 miejsc etatowych. Postęp nader powolny i niewytrzymuje porównania nie tylko z zagranicą, lecz nawet z ziemstwami Cesarstwa.

Według obliczeń PASTERNAKIEGO w r. 1886 w Królestwie Polskiem prawdopodobnie było umysłowo chorych około 7300 osób, licząc jednego chorego na 1000 mieszkańców. Z tej liczby zaledwie $\frac{1}{3}\%$ korzystała z opieki społeczeństwa. Stosownie do tego obliczenia w roku 1899 prawdopodobnie mamy 9,810 umysłowo chorych, dla których, licząc w to i zakłady prywatne i szpital w Lublinie i przytułek w Kalwarii, posiadamy zaledwie 1274 miejsc. Następstwem przepelnienia szpitali dla obłąkanych jest prawo usuwania ze szpitali mniej chorych i obłąkanych spokojnych.

Prawodawstwo angielskie sięga 1324 roku dla chorych zamożnych, tak zwanych chorych lorda kanclerza, a 1774 dla chorych obłąkanych niezamożnych. Ustanowiono tam komisye, które biorą w opiekę jak chorych samych, tak i ich mienie. W Anglii liczono wszystkich zakładów dla umysłowo chorych w roku 1885 — 517. Belgia ma prawodawstwo od 1850 roku, Francya od 1838, poprawione w 1883 r., które nakazuje opiekować się wszystkimi umysłowo chorymi i na umyśle upośledzonymi. W każdym departamencie utworzone zostały komisye stałe, we Włoszech prawo otrzymało sankcyę dopiero w 1885 roku; sędzia pozwala na przyjęcie chorego do szpitala, zarówno jak i wypisuje go po wyzdrowieniu. W Niemczech i Austrii prawodawstwo, dotyczące opieki nad umysłowo chorym, jeszcze nie jest ukończone.

Następnie przytoczył d-r RYCHLIŃSKI prawodawstwa Szkocyi, Norwegii, Danii, Holandyi. W Szwajcaryi istnieją 42 zakłady o 7428 miejscach oraz 9 towarzystw opieki nad umysłowo chorymi. W Niemczech jest tych zakładów 262 o 74000 miejscach oraz 13 bardzo licznych towarzystw opieki nad chorymi.

Zjazd psychiatrów w Moskwie w 1887 r., głównie dzięki d-rowi KONSTANTINOWSKIEMU, wyraził 12 dezyderatów, które żądają ścisłej reorganizacyi opieki nad umysłowo chorym. Dezyderaty te dotychczas nie zostały uwzględnione.

W Królestwie Polskiem cały obowiązek opieki ciąży na radzie miejskiej dobroczynności publicznej, która ogromowi tego obowiązku podolać nie jest w stanie; odbywa się to według ustawy 1842 roku, która to ustawa wymaga koniecznie gruntownych zmian.

Przyrost umysłowo chorych w całym świecie i niemożność odpowiedniego przyrostu zakładów i szpitali — zagranicą powołał do życia pewien system opieki nad umysłowo chorymi „*patronage familliale*“ zwany. System ten polega na oddawaniu spokojnych umysłowo chorych pod opiekę rodzin włościańskich, najwyżej po 4 chorych jednej płci na jedną rodzinę. Początek temu systemowi dało miasto Geel we flamandzkiej części Belgii, gdzie w ostatnich latach znalazło pomieszczenie przeszło 1700 chorych, nad którymi roztaczało opiekę lekarską 3 psychiatrów. W Szkocyi z „*patr. fam.*“ korzysta przeszło 2000 osób.

W Anglii „*patronage familliale*“ nie znalazł zastosowania, jak również i we Francyi. W tej ostatniej zaczęły powstawać kolonie robocze dla spokojnie umysłowo chorych. W Niemczech jedną z pierwszych kolonii jest Ellen pod Bremą. W Rosyi pierwsza kolonia powstała w Kamionce Łamańskiej pod Ekaterynostawiem, rozwija się pomyślnie i ma 227 chorych.

Następnie d-r RYCHLIŃSKI zwraca uwagę na przepelnienie u nas szpitali, zarówno jak i na to, że miejsca te są pozajmowane przeważnie przez chorych chronicznych. Tych ostatnich należy koniecznie pomieszczać w przytułkach dla umysłowo chorych, lub stwarzać dla nich „*patronage familliale*“. Ludność nasza wiejska, przy pewnem wyszkoleniu, nadać się do tego może. W chwili obecnej możemy zaopiekować się zaledwie $\frac{1}{12}$ częścią swych chorych. Przytułki gubernialne, o których w obecnej chwili myślą i mówią, na razie tylko pewną

ulęby przyniosły, po dwóch latach istniałoby to samo znowu przepelnienie. Zdaniem mówcy, aby zaradzić złemu, w każdej gubernii należy zamiast przytułku wybudować duży szpital z koloniami lub „patronage familliale” zdala od dużych ognisk w pobliżu wsi. Dla miasta Warszawy wystarczą Tworki i przebudowany szpital św. Jana Bożego. Koszt wzniesienia tych szpitali, licząc po 1200 rb. na łóżko, wyniosłby około 3½ miliona rubli.

W dyskusji RADZIWIŁŁOWICZ proponuje wystosowanie memoriału, opracowanego przez komisję, z łona Tow. Hig. utworzoną, do komisji obradującej w tej sprawie pod prezydencją r. t. Podgorodnikowa.

WIZEL radzi, aby więcej liczone na samopomoc własną i na mające powstać Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi. O „patronage familliale” jest zdania, że ono u nas nie będzie miało zastosowania ze względu na niski stan kultury naszego ludu.

Aby poprawić stan obecny naszych szpitali dla obłąkanych, RADZIWIŁŁOWICZ radzi zmienić sposób przyjmowania i wypisywania chorych. Należałoby utworzyć komisje takie, jak w Anglii. Opłatę z gmin należałoby unormować względnie do ilości utrzymywanych tam chorych. Zniesienie oddziałów pensyonarskich znacznie polepszyłyby sprawę: byłoby to pożądane dla samego szpitala, jak również sprzyjałoby powstawaniu zakładów prywatnych. „Patronage familliale” uważa za zupełnie możliwy.

LIBICKI popiera projekt RADZIWIŁŁOWICZA co do wystosowania memoriału od Towarzystwa Higienicznego; byłoby to lepsze, niż podanie go przez samego d-ra RYCHLIŃSKIEGO. Stowarzyszenia u nas niewiele zdziałać mogą, bo we wszystkich stowarzyszeniach naszych pracują i leżą jedni i ci sami ludzie; na wszystko nie możemy mieć środków dostatecznych.

Na zakończenie dyskusji d-r RYCHLIŃSKI wypowiada szereg wniosków następujących:

1) Należy zmienić paragrafy obowiązujące, które mówią o opiece nad bytem i mieniem obłąkanych i umysłowo upośledzonych.

2) Należy wykazać za pomocą cyfr, że społeczeństwo opiekuje się tylko 6% ogółu chorych, że zatem konieczne jest zakładanie nowych szpitali z koloniami.

3) Należy przedstawić, że samo społeczeństwo nie jest w stanie tego uskutecznić, i że należy wyjednać subsydia rządowe w myśl postanowień senatu z roku 1879 (rząd ponosi połowę kosztu potrzebnego na wznoszenie szpitali dla obłąkanych).

4) Należy dążyć, aby leczenie chorych było tanie, a jeśli można to bezpłatne, podnosząc przytem podatek gminny do 500,000 rubli.

5) Należy prosić o popieranie inicjatywy prywatnej przy zakładaniu Towarzystw opieki nad obłąkanymi i umysłowo upośledzonymi.

Projekt memoriału przyjęto i do komisji wybrano: BUCELSKIEGO, DUNINA, KORNIŁOWICZA, LIBICKIEGO, RADZIWIŁŁOWICZA, RYCHLIŃSKIEGO i WIZLA.

Posiedzenie z d. 1 czerwca r. b.

1) D-r KOPCZYŃSKI Stanisław odczytał projekt memoriału do Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej od Wydziału szpitali i przytułków Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego: „W sprawie lekarzy asystentów szpitalnych”. W projekcie tym przytoczył przede wszystkim znane szczegóły z odczytu d-ra DUNINA, uzasadniające niezbędną pracę asystentów szpitalnych dla prawidłowego biegu szpitalnictwa, zarówno jak i dla rozwoju wiedzy lekarskiej

w szerokiem pojęciu tego słowa. W maju r. b. w szpitalach warszawskich pracowało wszystkich asystentów 200. Do liczby tej niezalicza d-r KOPCZYŃSKI lekarzy ordynatorów nadetatowych oraz ambulatoryjnych, których też jest dużo, a którzy również wynagrodzenia nie pobierają.

W myśl § 31 nowej ustawy szpitalnej z r. 1894 d-r KOPCZYŃSKI pragnie, aby jaknajprędzej mogli być mianowani na lat 4 tak zwani lekarze oddziałowi, mieszkający w szpitalu i szpitalowi li tylko oddani, na 15 łóżek 1, a nawet w oddziałach chirurgicznych i ginekologicznych na 10 łóżek 1, t. j. mniej więcej po dwóch w jednym oddziale. Jeden z nich (starszy) pobierać ma 500 rb. i mieszkanie w szpitalu; drugi (młodszy) 300 rb. i może mieszkać w mieście. Fundusze mogą się znaleźć między innymi: 1) ze skasowania lekarzy miejscowych, 2) ze skasowania felczerów szpitalnych. Czynności pierwszych i drugich mogliby podzielić pomiędzy siebie lekarze oddziałowi, wolnotaryusze i odpowiednio wyszkolona służba szpitalna (dozorcynie i dozorczy).

Z lekarzy oddziałowych rekrutowaliby się ordynatorzy młodszy nowej ustawy, z ordynatorów młodszych drogą konkursu ordynatorzy starsi. Wogóle byli lekarze oddziałowi, jako obeznani ze szpitalnictwem, powinni mieć w wielu przypadkach, np. przy obsadzaniu stanowisk lekarzy szpitalnych na prowincyi, pierwszeństwo przed innymi.

W dyskusyi przemawiali za i przeciw d-rzy RYCHLIŃSKI, JAKIMIAK, KNAPPE, ŻERA, SAWICKI Br., KARCEWSKI. Ten ostatni przypuszcza, że cała sprawa nie będzie miała wielkiego powodzenia, bo w szpitalnictwie istnieje masa innych luk, które należałoby przedtem wypełnić, nie zgadza się przytem ze zdaniem KOPCZYŃSKIEGO, że tylko płatna praca jest dobra, bo całe zastępy ordynatorów nadetatowych pracują tak samo dobrze, jak i ordynatorzy etatowi.

Na wniosek przewodniczącego d-ra DUNINA wybrano komisję, któraby projekt memoriału d-ra KOPCZYŃSKIEGO jeszcze raz opracowała. Do komisyi weszli: DUNIN, JAKIMIAK, KNAPPE, KOPCZYŃSKI S., KRAMSZTYK Z., SAWICKI Br.

2) D-r POLIKIER B. odczytał rzecz: „Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych dla dzieci“. Stan tych ambulatoryów jest opłakany i wymaga reform. Brak miejsc jedynie w dwóch prywatnych szpitalach dla dzieci, następnie brak odpowiednich towarzystw, rozciągających opiekę lekarską nad uboższą ludnością, powiększa napływ chorych do ambulatoryów dziecinnych. Poczekalnie są za ciasne; dzieci mieszczą się w nich wszystkie razem, to też niejednokrotnie zauważyć można szerzenie się tą drogą chorób zakaźnych, zwłaszcza koklusu i odry.

W szpitalach większych miast zagranicznych, między innymi w Berlinie u BAGINSKY'ego, każde przybywające do ambulatoryum dziecko bywa oglądane i do odpowiedniej poczekalni wpuszczane. GILLET radzi urządzenie wzdłuż ścian poczekalni ruchomych lub stałych, łatwo poddających się dezynfekcyi karbolem lub formaliną drewnianych przegródek. Obok poczekalni powinny być miejsca ustępowe, wodociąg, kuchenka, waga i t. d. Pokój przyjęć dla lekarza powinien być zaopatrzony w odpowiednie urządzenia do badań. Lekarz ambulatoryum nie powinien być tak bardzo ze szpitalem związany, jak obecnie; powinien być przy tem reprezentantem odpowiednich potrzeb ambulatoryów przed władzą. Na wzór ambulatoryów paryskich powinny być udzielane przepisy co do żywienia niemowląt i dzieci starszych, przyczem matkom dzieci, sztucznie karmionych, winny być rozdawane odpowiednie do wieku mieszanki mleczne wyjałowione.

K.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 czerwca r. b.

1) Kol. KOHAN przedstawił chorego lat 43 ze zwichnięciem samodzielnem obu stawów barkowych. Przed 2 miesiącami zjawiły się w nich bóle i powstał wysięk, który w prawym stawie znikł dobrowolnie, w lewym powiększył obwód jego do 69 ctm. Wypuszczono około 5 szklanek płynu surowiczego; obecnie wysięk znów się tworzy. Czy to wskutek powyższej sprawy chorobowej, czy też niezależnie od niej powstało zwichnięcie. Obie główki ramieniowe leżą pod *cavitas glenoidalis scapulae*. *Processus coracoideus* i zewnętrzny koniec obojczyka są rozmiękczone i zginają się przy ucisku.

2) Kol. STRZEMIŃSKI mówił o przypadku bezwładu powrotnego nerwu okoruchowego. Choroba wymieniona polega na napadach, składających się z bólu głowy, połączonego z nudnościami, wymiotami i t. p., i z następczego bezwładu nerwu okoruchowego, umiejscowionego zawsze w jednym i tem samem oku; ból odczuwa się w połowie głowy odpowiadającej oku cierpiącemu. Napady trwają od kilku dni do kilku miesięcy i są oddzielone przerwami, ciągnącemi się od kilkunastu dni do kilku lat (w jednym przypadku 11). Z biegiem choroby następuje po większej części pogorszenie, przerwy stają się krótsze, objawy cięższe; rzadziej rozwija się polepszenie. Zupelnego zniknięcia napadów dotąd nie spostrzegano. Za przyczynę choroby przyjmują po większej części zaburzenie na podstawie mózgu, dotykające nerw okoruchowy. Czy zaburzenie to jest czynnościowe, czy organiczne, czy też może być jedne i drugie, zdania są podzielone. Prelegent myśli, że niektóre przypadki są bezwarunkowo pochodzenia czynnościowego. Takie były dwa jego przypadki, jeden ogłoszony w *Recueil d'ophthalmologie* r. 1897, drugi, będący przedmiotem obecnego odczytu. Panna lat 19, zdrowa w ogólności i ze zdrowej rodziny, przeniosła 4 napady, trwające 2—3 tygodni i oddzielone przerwami 9—15 miesięcy. Dwa ostatnie napady były spostrzegane. Zaczynały się one od silnego bólu w lewej połowie głowy z nudnościami i wymiotami, trwały 3—4 dni; po zniknięciu bólu zjawiał się bezwład nerwu okoruchowego lewego, rozszerzający się w pierwszym spostrzeganym napadzie na wszystkie jego gałęzie, w drugim tylko na zewnętrzne. Po 4—5 dniach objawy bezwładu zaczynały stopniowo zniknąć; najpierw ustępowało opadnięcie górnej powieki.

3) Kol. DEMBOWSKI pokazał odźwiernik, przedstawiający prawie zupełne zamknięcie. Sześciolatnia dziewczynka przy wyjmowaniu okien dubeltowych wypila kwasu siarczanego, umieszczonego między oknami. Po 5 tygodniach kol. MINKIEWICZ rozpoznał zamknięcie odźwiernika. Lubo dziecko było bardzo wycieńczone, prelegent dokonał gastroenterostomii, jako jedyne go sposobu ratunku. Dziecko zmarło następnej nocy po operacji. Badanie zwłok wykazało liczne blizny na odźwierniku; przelyk i sam żołądek nie były uszkodzone wskutek tego, że płyn przeszedł te miejsca szybko, w odźwierniku zaś zatrzymał się, bo ten odruchowo się kurczył, gdy żołądek, ściągając się, wyciskał ku niemu płyn.

Na pytanie kol. WOLFSON'a czy nie pomogłyby wstrzykiwania podskórne tiosinaminy, która wpływa na znikanie blizn, kol. DEMBOWSKI odpowiedział, że środek ten może być próbowany przy bliznach skóry, lecz nie miałby odwagi stosować go, gdy blizny w narządach grożą szybką śmiercią.

4) Kol. WOLFSON mówił o pastylkach nitro-propiolowych, jako czułym odczynniku na cukier w moczu. Dają one możność prędkiego określenia go,

czego nie bywa przy innych sposobach badania. Prelegent dodaje do 10 ctm. sześć. wody jedną pastylkę i 10 kropel moczu i gotuje to razem przez 3—4 minut. Gdy cukru w moczu nie ma, płyn mętnieje wskutek rozpuszczenia się pastylki, lecz nie zabarwia się i daje prawie bezbarwny osad na dnie. Przy większej ilości cukru (3% i więcej) płyn staje się nieprzezroczystym, indygo-niebieskim, przy mniejszej ilości (do 0,5%) zabarwienie jest słabsze i płyn przezroczysty. Obecność cukru wytwarza też ci mno-niebieski osad. Stopień zabarwienia płynu i osadu wskazuje w przybliżeniu ilość cukru. Gdy tego ostatniego jest bardzo mało (mniej niż 0,5%), zabarwienie jest nader słabe albo wcale nie spostrzega się; osad w tym przypadku może być zabarwiony tylko na obwodzie. Różne lekarstwa, przyjmowane wewnątrz, nie wpływają na zmianę zabarwienia.

Prelegent pokazał moczk różnie zabarwioną przez nitro-propiol stosownie do ilości zawierającego się cukru i jedno badanie wykonał na posiedzeniu.

Kol. GERSZUN stosował nitro-propiol i przekonał się, że nie daje on często odczynu przy małej ilości cukru. Uważa go za gorszy odczynnik od obecnie używanych.

Kol. ORŁOWSKI, dzieląc zdanie powyższe, dodaje, że skład pastylek nie jest znany, co nie daje możliwości używania ich przy badaniach prawdziwie chemicznych.

5) Kol. DEMBOWSKI, jeden z delegatów, posłanych przez Towarzystwo na uroczystość jubileuszową Wszechnicy Jagiellońskiej, złożył sprawozdanie z przebiegu uroczystości i z czynności swojej i swego towarzysza.

6) Wybrany został na członka rzeczywistego Towarzystwa kol. Jan ŚWIĄTECKI.

J. S.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 27).

3-ci dzień posiedzeń.

Przedobiednie posiedzenie.

1) Prof. ANGERER (Monachium). Krwawe zabiegi przy stłuczeniach brzucha.

Rozpoznanie podskórnych uszkodzeń narządów brzusznych, jak nerki, wątroby i t. d., jest wogóle bardzo trudne; niekiedy następuje tu wyleczenie bez wszelkiego zabiegu, pomimo, że w przeważnej liczbie przypadków mamy jednocześnie do czynienia z naderwaniem ścian jelit, a nawet zupełnym przerwaniem ich całości. Rokowanie przy krwawych zabiegach zależy w znacznym stopniu od przeciągu czasu, który dzieli zabieg od uszkodzenia. Z 9 przypadków podskórnego pęknięcia jelit w przeciągu ostatnich dwóch lat mówca widział wyzdrowienie tylko u dwóch chorych.

Przedmiotowe i podmiotowe objawy w omawianych cierpieniach nie mają określonej wartości rozpoznawczej i ulegają znacznej zmianie po upływie pierwszej doby. Zasługuje na uwagę fakt, że tuż po urazie zaburzenia w czynności narządów są bardzo nieznaczne, często brak ich zupełnie, co jest niekiedy powodem poważnych błędów.

Zazwyczaj uderzenie tępem narzędziem, np. dyszlem, podkową, w okolicę trzew sprowadza nader ważne skutki, o ile kierunek uderzenia był prostopadły: skutek ucisku kręgosłupa na jelito następuje pęknięcie jego ściany. Wstrząs, występujący tuż po urazie, nie ma wartości rozpoznawczej; dopiero jeśli tenże trwa kilka godzin, mamy, zdaniem mówcy, do czynienia z uszkodzeniem wewnętrznych narządów. Stan tętna nie jest tu miarodajny: częstość jego ustępuje miejsca znacznemu obniżeniu fali, a przy występującem zapaleniu otrzewny znowu mamy do czynienia z podniesieniem ciśnienia krwi. W każdym razie zwiększona częstość tętna w połączeniu z podwyższeniem ciepłoty wskazuje zakazne zapalenie otrzewny. Rodzaj oddechu i jego częstość należy brać pod baczność uwagę. Wymioty w wewnętrznych uszkodzeniach trzew występują nader wcześniej i ze znacznymi przerwami; przy zwykłych urazach brzucha po 1—2 krotnem wystąpieniu nie powtarzają się więcej. Bóle mogą być bardzo nieznaczne, a nawet zupełnie może ich nie być; nasilający się ból wskazuje obecność zawartości jelit w jamie otrzewny. Podskórne zastrzyknięcie środków znieczulających, np. morfiny, zacierza wydatne cechy obrazu chorobowego. Wczesne znieknięcie tępości odgłosu wypukowego w okolicy wątroby ma miejsce tylko wtedy, jeśli została uszkodzona pętlica jelita, leżącego tuż przy wątrobie; obecność omawianej tępości nie przemawia przeciwko uszkodzeniu jelita. Bębniaca może wystąpić niekiedy dopiero po 6 godzinach: pierwotne skurcze jelita ustępują miejsca bezwładowi. Wskutek takich pierwotnych skurczów, śluzówka może być wciągnięta do powstałej w jelicie szczeliny i warunkować zamknięcie jej w przeciągu pierwszych 9 godzin, jak to TRENDLENBURG widział w jednym przypadku. W ten sposób przy poprzecznie przebiegających uszkodzeniach jelita zawartość jego może przedostać się do jamy brzusznej niekiedy po upływie pewnego czasu, kiedy ustępuje skurcz włókien mięśniowych.

Obecność krwi w wypróżnieniach może wskazywać naderwanie śluzówki bez przedziurawienia jelita. We wszystkich wątpliwych co do natury swej przypadkach należy wykonać natychmiast cięcie brzuszne: ze 162 przypadków przetrwania jelit uratowano tylko 11 chorych; niektórzy z pozostałych przy życiu musieli poddać się powtórnie rękoczynowi operacyjnemu z powodu przetok. Wstrząs nie stanowi w tych wątpliwych przypadkach żadnego przeciwwskazania, aczkolwiek przemawia, jak to wyżej powiedziano, za rozpoczynającym się zapaleniem otrzewny; odurzenie należy zastosować eterowe. Zabieg MIKULICZA, stosowany w omawianych razach i polegający na wykonaniu małych cięć ściany brzusznej w celu przekonania się o rodzaju zawartości w jamie otrzewny, okazał się, zdaniem mówcy, niewystarczającym: łatwo tu można przeoczyć w pierwsze kilka godzin po urazie drobne uszkodzenia jelita. Rozległe cięcie oddaje znacznie większe usługi, gdyż pozwala nam na odwrócenie sieci i poprzeczniczy do góry. Do wyjałowienia jamy otrzewny mówca używa ciepłego roztworu soli kuchennej, używanie suszek, jego zdaniem, jest szkodliwe. Znaczne podłużne naderwania jelita winno się łączyć w poprzecznym kierunku, ze względu na występujące w przeciwnym razie zwężenia; przy zupełnem rozerwaniu trzewa pożyteczny jest guzik MURPHY'ego. Jamy otrzewny nie należy zamykać.

Dyskusya.

Prof REHN (Frankfurt) znalazł w jednym przypadku w 9 godzin po urazie zamiast przedziurawienia jelita tępcowy jego skurcz.

D-r STOLPER (Breslau) widział szybko powstałą bębniacę bez przedziurawienia jelita wskutek spadnięcia na brzuch ze znacznej wysokości.

D-r EICHEL (Strasburg) przywiązuje dużo wagi do jakości tętna i radzi nie podawać chorym żadnego posiłku ani przez usta, ani przez odbytnicę w celu nie zaciemniania obrazu chorobowego.

D-r SZUMANN (Toruń) miał do czynienia w jednym przypadku, również jak REHN, z postronkowatym skurczem jelita.

Prof. HAHN (Berlin) mniema, że w każdym przypadku pęknięcia jelita wskutek urazu należy wykonać typową rezekcję krwawo nacieczonej części.

D-r LAUENSTEIN (Hamburg) przyjmuje wraz z ANGERER'em, że w wielu przypadkach urazu brzucha mamy do czynienia ze zgniecieniem jelita. Co do rokowania przy istniejącem już zapaleniu otrzewny, jest ono zawsze niekorzystne; względnie szczęśliwem nazywa LAUENSTEIN zejście, jeśli tworzą się między zwojami jelit oddzielne ropnie. Bębnica po ciężkich urazach brzucha nie występuje.

D-r PERTHES (Lipsk) z 6 przypadków pęknięcia jelita po urazie widział wyzdrowienie tylko u dwóch chorych. Jeden z podległych urazowi już w 9 godzin po uszkodzeniu dotknięty był zapaleniem otrzewny. Zabieg chirurgiczny należy, zdaniem PERTHES'a, wykonywać zawsze możliwie prędko. Rozpoznanie wewnętrznego krwotoku jest niekiedy nader trudne, z zupełną pewnością zaś możliwe tylko przy dużych ilościach krwi, nie mniej niż 1 litrze; za środek pomocniczy może tu służyć mierzenie ciśnienia krwi.

D-r SAMTER (Królewiec) przemawia w imieniu prof. SPRENGEL'a (Brunświk), który odróżnia: 1) przypadki bez krwotoków, 2) z krwotokami i niezakaźną zawartością jamy brzusznej, 3) z krwotokami i zakaźną zawartością jej. We wszystkich przypadkach mówca radzi wykonywać rozległe cięcie; wstrząs nie stanowi żadnego przeciwwskazania.

Prof. KÖRTE (Berlin) kładzie nacisk na rozpoznawczą wartość jednostronnego napięcia mięśni brzucha. Pogorszenie ogólnego stanu w pierwszym czasie po urazie wymaga natychmiastowego rękoczynu.

D-r KÖNIG (Berlin) w 6 godzin po urazie miał do czynienia u chorego z zapaleniem otrzewny.

D-r PERTHES (Lipsk) zwraca uwagę, że w zapaleniu otrzewny ciśnienie krwi zwykle nie obniża się.

2) D-r von BERGMAN (Ryga). Zabiegi przy skręceniu jelit. Mówca jest zdania, że w przeważnej liczbie przypadków zbyt długo walczymy z cierpieniem za pomocą podawania choremu makowca, ociągając się z wykonaniem zabiegu operacyjnego. Różniczkowe rozpoznanie jest tu zwykle nader trudne, często możliwe tylko w uśpieniu. Wywiady i obraz chorobowy w wielu razach mylą; bębnica dośrodkowego odcinka jelit ma przeważnie miejsce tylko przy umiejscowieniu cierpienia w kiszkiach grubych. Znaczne korzyści oddaje w omawianych przypadkach wytworzenie połączenia między jelitami (*enteroanastomosis*). Mówca przytoczył w statystycznym zestawieniu 81 leczonych przez siebie przypadków: 15 chorych leczyl zachowawczo, 10 zmarło natychmiast, z 46 operowanych wyzdrowiało 14; u 25% przypadków dokonano *enteroanastomosis*. Szybkie rozpoznanie wpływa na jakość zejścia.

3) D-r CREDÉ (Drezno). Uproszczenie zabiegu „gastro-enterostomia“. Dla łatwiejszego i bezpiecznego wykonania tego rękoczynu na zewnątrz jamy otrzewny, jak również w celu uniknięcia następczych, zgubnych zgięć jelita, mówca posługuje się własnego pomysłu przyrządem, który przedstawia słuchaczom. Przyrząd ten składa się z 3 srebrnych płytek, z których dwie wraz z leżącą między nimi gumową płytką układamy na jelicie, trzecią zaś na ścianie żołądka; za pomocą jedwabnej nitki łączymy szczelnie wszystkie trzy. Po 5—8 dniach

wskutek następującej martwicy ścian jelita i żołądka płytki przechodzą do przewodu pokarmowego i zostają wydalone wraz z kałem. CREDE dokonał w ten sposób połączenia między żołądkiem a jelitem w 18 przypadkach; dwóch chorych zmarło.

4) D-r STEINTHAL (Stuttgart). Przyczynę do rezekcyi skręconej kiszki zagiętej (*S Romanum*).

EISELSBERG zawsze wycina skręconą kizskę; mówca w jednym przypadku zmuszony był dokonać tego rękoczynu w cierpieniu kiszki zagiętej ze względu na dwukrotny nawrót cierpienia po zachowawczem leczeniu. Chory wyzdrowiał. (Przedstawienie wyciętej kiszki).

5) Prof. SPRENGEL (Brunświk) przytacza przypadek, w którym powód do wPOCHWIEŃIA jelita do ślepej kiszki dała wrodzona torbiel ściany jelita; zawartość torbieni stanowił tłuszcz i cholestearyna.

6) Prof. KEHR (Halberstadt). Trzykrotne wykonanie u jednego chorego połączenia między żołądkiem a jelitem. Mówca przytacza trzy takie przypadki i nie poleca guzika MURPHY'ego dla zbyt małego otworu.

7) Tenże przedstawia dwoje półrocznych dzieci, u których dokonał połączenia między żołądkiem i jelitem (gastroenterostomia) z powodu wrodzonego przerostu odźwiernika.

Dyskusya.

D-r LINDNER (Berlin) przemawia za wykonywaniem zabiegu gastroenterostomia według sposobu WÖFLER'a; dla uniknięcia t. zw. *circulus vitiosus* i przechodzenia zawartości jelita do żołądka mówca zawsze łączy doprowadzającą i odprowadzającą część pętlicy jelita (*enteroanastomosis*).

Prof. KRÖNLEIN (Zurich) przedtem wykonywał zabieg wyłącznie według sposobu WÖFLER'a, teraz zaś według sposobu HACKER'a; guzika MURPHY'ego nigdy nie używał; na wynik zabiegu ma nieznaczny wpływ długość czasu, potrzebnego do wykonania rękoczynu.

Prof. ZOEGE-MANTEUFELL (Dorpat) zwraca uwagę, że skręcenie kiszki zagiętej nie może powstać, jeśli istnieje kreska prostnicy.

Prof. HOCHENEG (Wiedeń) przytacza przypadek, w którym miał do czynienia z wPOCHWIEŃIEM jelita do ślepej kiszki z powodu torbieni pomiędzy niemi; mówca wyluszczył torbiel i dokonał połączenia między jelitem i ślepą kizską. Po dwóch dniach nastąpiła śmierć. Badanie wykazało obecność świeżego wPOCHWIEŃIA, wskutek czego został zamknięty sztucznie wytworzony otwór pomiędzy kizską ślepą i jelitem.

8) Prof. EISELSBERG (Królewiec) zaleca wykonywanie połączenia między żołądkiem a jelitem w łagodnych zwężeniach odźwiernika, szczególnie zaś w zwężeniach wskutek oparzeń.

Dyskusya.

D-r MARTENS (Berlin) przedstawia dwa preparaty zwężonego jelita, otrzymane na drodze operacyjnej u 6-dniowego dziecka i 17-letniej dziewczyny.

9) Prof. KÖRTE (Berlin) przedstawia preparat wrzodu jelita czczego (*ulcus pepticum*) w następstwie wykonanego połączenia między jelitem i żołądkiem. W literaturze znane są 4 podobne przypadki; chory zmarł.

10) D-r STEINTHAL (Stuttgart). Wieloogniskowe drążące owrzodzenia jelita czczego również w następstwie wykonanego połączenia między jelitem i żołądkiem (gastroenterostomia). W przypadku mówcy. 5-ym z rzędu w literaturze, owrzodzenia wystąpiły na 9 dzień po

rękoczynnie naokoło guzika MURPHY'ego; przyczynę tak wczesnych owrzodzeń STEINTHAL widzi w posuniętej miążdżycy naczyń u chorego.

11) D-r PETERSEN (Heidelberg). Przemieszczenie jelit w następstwie dokonanego połączenia pomiędzy jelitem i żołądkiem (gastroenterostomia). Mówca widział omawiane powikłane w 3 przypadkach po *gastroenterostomia retrocolica* (2 razy tylnej, 1 raz przedniej); prawa odprowadzająca pętlica była przesunięta na lewo po za doprowadzającą przez otwór pomiędzy żołądkiem, tylną ścianą brzuszną i doprowadzającą jelitem; w dwóch przypadkach przemieszczeniu wskutek tego uległy wszystkie jelita. Krezka podlega znacznym zmianom chorobowym, a niekiedy wskutek skręcenia i napięcia jej powstaje zakrzep żylny i zator ściany jelita. Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach PETERSEN objaśnia to powikłanie nienależytym położeniem jelita podczas ściskania guzika MURPHY'ego (we wszystkich omawianych przypadkach rękoczynu dokonano tym sposobem); należy, jego zdaniem, zwrócić należytą uwagę na omawianą okoliczność i doprowadzającą pętlę jelita brać możliwie krótką. Odczyt swój mówca dopełnia objaśnieniami na rysunkach.

Dyskusya.

D-r KAUSCH (Wrocław) przypuszcza, że sposób CRÉDE'go wymaga znacznie więcej czasu, niż zwykły szew; również nie zapobiega on utworzeniu się t. zw. *circulus vitiosus*. W jednym przypadku mówca widział owrzodzenie jelita obok linii szwu.

Prof. HACKER (Innsbruck) przypisuje złe wyniki rękoczynu gastroenterostomia, wykonanego podług jego sposobu, temu, że w przypadkach owych nie trzymano się ściśle jego przepisów. Tak, np. mówca zawsze łączy z żołądkiem najbliższą pętlę jelita czczego, często zaś czyta o łączeniu „według jego metody“ głęboko położonej pętlicy jelita biodrowego. Cięcie jelita HACKER wykonywa zawsze skośnie; otwór żołądka robi tuż przy dużej jego krzywiznie.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Wbrew zdaniu FADYEAU'a, jakoby niepostrzeżeno u zwierząt raka sutki, CADOT i ROGER na 39 przypadków złośliwego nowotworu u psów spostrzegali tenże 18 razy w sutce: w 11 przypadkach był to rak, w 7 mięsak. Również u koni widzieli 2 przypadki raka sutki. (Brit. med. Jour. 23. 9. 99).

= HOLLAENDER spostrzegł szereg przypadków wola w jednej rodzinie — u matki i 6 córek. Każda z nich zachorowała około 12-go roku życia, na 3—4 lata przed pojawieniem się miesiączki, przy objawach lekkiej blednicy. Matka pochodziła z miejscowości zdrowej; u niej jako też u 2 córek nastąpił zanik wola. (D. M. Zg. 86—99).

= DU CASTEL zaleca kwas mleczny przeciw swędzeniu, wewnątrznie 6—20 kropel dziennie przed jedzeniem. (Wien. med. Pres. 6. 8).

= Laura PLANTZ przekonała się, iż czkawkę usunąć można płukaniem gar-

dła wodą zwykłą, bez różnicy ciepłoty. Po największej części jedno płukanie wystarczało. (New-York Med. Jour. 1. 7. 99).

= GASTINEL zaleca leczenie biegunki krwawej wlewaniem nadmanganianu potasu. Rękoczyn ten wywołuje znośny ból, szybko ustający. G. używał roztworu 0,5 na 1000 wody, wlewając 500 ciepłego płynu. Chory winien zatrzymać wodę $\frac{1}{2}$ minuty przynajmniej. Zazwyczaj wkrótce następuje brunatny śluzowy stolec, po którym w ciągu 12-tu lub 24 godzin wypróżnienia nie ma. W początku leczenia daje się jednocześnie 0,1 kalomelu, (w kilka godzin po lawatywie), a za pożywienie tylko mocnej herbaty kilka szklanek. Zresztą podczas leczenia chory otrzymuje dyetę mleczną. U dzieci G. stosuje 0,1 — 0,2 na 1000. (Gaz. d. hop. 7. 9. 99).

P.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim wykazie wykładów zaszała pomyłka, mianowicie nie w sekcji XI, ale

W sekcji XII (patologicznej) zgłoszono wykład: 14) doc. d-r M. Siedlecki i d-r Ks. Lewkowicz: O rozwoju pasorytów zimniczych w ustroju ludzkim (z przedstawieniem preparatów i rysunków).

Dalej zgłoszono:

W sekcji IX. 3) P. St. Hoffmann (Kraków): Historia farmacji. (406)

W sekcji XI. 38) d-r St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): Ustęp z dziejów rozwoju krwi (z przedstawieniem preparatów drobnowidzowych) (ewentualnie na posiedzenie wspólne z sekcją XII). (407)

W sekcji XIII. 29) d-r Marischler (Lwów): Wpływ chlorku sodowego na wydzielanie nerki chorej. (408)

30) D-r Rencki (Lwów): Czynność żołądka (mechanizm i chemizm) w wrzodzie okrągłym po zabiegach operacyjnych (*gastroenterostomia, resectio pylori*). (409)

31—32) D-r St. Eljasz-Radzikowski (Lwów): a) Z dziedziny niedokrewności. b) Wskazania do leczenia klimatem zakopiańskim. (410—411)

W sekcji XI. 39) d-r A. Wróblewski (Kraków): Kilka uwag o pewnych składnikach mleka. (412)

40) P. M. A. Przesmycki (Monachium): O barwieniu za życia jądra i protoplazmy (z demonstracją). (413)

W sekcji XII. 15) prof. d-r Hlava (Praga): (tytuł podany będzie później). (414)

W sekcji XIII. 33) prof. d-r Maixner (Praga): (tytuł podany będzie później). (415)

W sekcji XVII. 27) doc. d-r Heveroch (Praga): O neuromech michy. (416)

W sekcji XXI. 23) d-r E. Vlasák (Král. Vinohrady): Hygienicko-socialni zařízení v Král. Vinohradach. (417)

Sprawozdanie na temat: „Zapobieganie gruźlicy u bydła“ objął prof. d-r Grabowski (Lwów).

Zalegających z nadesłaniem streszczeń ze zgłoszonych wykładów uprasza Komitet gospodarczy o niezwłoczne ich nadesłanie. To samo odnosi do streszczeń z referatów o ogólnych tematach obrad, postawionych na porządku dziennym.

Panie, towarzyszące uczestnikom zjazdu, korzystają (za złożeniem połowy wkładki, to jest 10 koron, 4 ruble, 9 marek, 10 franków) ze wszystkich rozrywek i ułatwień, przysługujących uczestnikom.

Adres zamówionego mieszkania otrzymają uczestnicy zjazdu zaraz po przyjeździe do Krakowa w biurze Komitetu kwaterekowego na dworcu kolejowym.

Biuro informacyjne Komitetu urzędować będzie w czasie zjazdu (niezależnie od biura kwaterekowego, pomieszczonego na dworcu) w „Collegium novum“ (ul. Jagiellońska, wejście od plantacji).

Obecnie zaś, począwszy od 5 lipca, przyjmuje Komitet gospodarczy interesantów w sprawach zjazdu, załatwia wpisy na uczestników, sprawy sekcji i t. d. codziennie prócz niedziel od 5½ do 6½ popoł. w mieszkaniu sekretarza głównego, prof. Ciechanowskiego (Wielopole 4, parter).

Miejsce zebrania się w piątek 20 lipca wieczorem ogłoszone będzie naprzód w prasie polskiej fachowej i codziennej oraz na dworcu kolei w Krakowie w przeddzień zjazdu.

Ciechanowski

sekr. Kom. gosp. (Wielopole 4).

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-iej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

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 utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

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

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

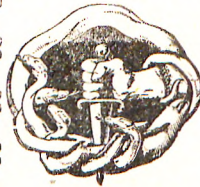
D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

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

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ Lindop. méd. 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona—Patentowany.

Literatura:

Radea tajny Prof. Dr. Classen „Ueber Amyloform. Dr B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa. Małyj Zlatoustinskij pereulok dom Hirsza.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wyśięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnosytyki lekarskiej.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyferytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

D-r W. Sadowski

ordynuje podczas lata jak dawniej u wód w REICHENHALL (Bawarya)

Villa Schönheim.