

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 ujemnych stronach intubacji. Podał Feliks Sachs. — Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciała obcych, przy operacji używanych. Podał F. Neugebauer. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 116. Przyczynki do wczesnego rozpoznawania wiatru rdzenia 117. Tannopina w pediatrii. 118. Sydonal, nowy środek leczniczy w dnie. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za miesiąc wrzesień r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Sachs — Sur de certains inconvenients de l'intubation. 2) D-r Fr. Neugebauer — Encore dix cas de laparotomie pendant lesquelles on avait laissé dans la cavité abdominale de corps étrangers dont on s'était servi pendant ces opérations.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — R-10 Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Sachs — Ueber einige ueble Seiten der Intubation. 2) D-r Fr. Neugebauer — Zehn neue Fälle von zufälliger Hinterlassung in der Bauchhöhle von Fremdkörpern, die bei Operationen zur Verwendung kamen.

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

O NIEKTÓRYCH UJEMNYCH STRONACH INTUBACYI.

Podał

FELIKS SACHS.

Olbrzymi materiał kliniczny, nagromadzony dzięki powszechnemu stosowaniu intubacji w Europie i Ameryce, dostarczył mnóstwa danych do oceny wartości tej metody. Doświadczenie pokazało, że intubacja obok swych wielkich zalet, które wysunęły ją na pierwszy plan w operacyjnym leczeniu dławca, posiada także swe strony ujemne. Niepożądane powikłania zachodzić mogą przy wykonywaniu samego zabiegu, podczas pozostawiania rurki w krtani, a nawet po zupełnem usunięciu rurki. W artykule niniejszym poddamy szczegółowemu rozbirowi najważniejsze z tych powikłań. Jakkolwiek literatura, przedmiotowi temu poświęcona, dość jest obszerna, to przecież wiele dotychczas pozostaje kwestyi spornych i niewyjaśnionych.

Mówiąc o powikłaniach, zająć mogących podczas wykonywania intubacji, pominiemy liczne uszkodzenia, zależne od braku wprawy i wadliwej te-

chniki. Zajmiemy się wyłącznie tymi przypadkami, które przytrafić się mogą nawet lekarzom, mającym znaczną wprawę. Przedewszystkiem wymienić tu należy niemożność wprowadzenia rurki do krtani. Niektóre przyczyny tego zjawiska, jak szczękościsk, przerost lub obrzęk zapalny języka, ropnie gardzieli i t. p., czynią wykonanie intubacji zupełnie niemożliwym. W takich razach, jeżeli zwężenie krtani grozi życiu chorego, nie pozostaje nic innego prócz tracheotomii. Z przeszkodami temi spotykamy się zresztą bardzo rzadko. Najczęstszą natomiast przyczyną niemożności wprowadzenia rurki do krtani jest kurcz głośni. W chwili gdy, ustawivszy rurkę nad szczeliną głosową, chcemy wprowadzić ją do krtani, napotykamy nieprzewycięzoną przeszkodę ze strony kurczowo zwartej głośni. Nawet przy użyciu znacznej siły nie udaje nam się przeszkody tej przewyciężyć. Zjawisko to występuje zazwyczaj w późniejszym okresie dławca, gdy zatrucie kwasem węglanym jest bardzo wydatne. Wszelkie usiłowania forsownego wepchnięcia rurki do krtani mogą tylko przynieść szkodę, gdyż właśnie w tych warunkach najczęściej powstają fałszywe drogi z następczymi ropniami okołokrtaniowymi. W przypadkach kurczu głośni, uniemożliwiającego wykonanie intubacji, SEVESTRE radzi zatkać palcem szczelinę głosową, aby w ten sposób zmusić chorego do zrobienia głębokiego wdechu. Inni doradzają odłożenie zabiegu na pewien czas lub też lekką narkozę; wobec grożącego jednak zaduszenia rada ta nie zawsze jest wykonalna. W każdym razie pamiętać należy, że próby, ponawiane bezpośrednio jedna po drugiej, i użycie siły znacznie pogarszają położenie. Lekceważenie tej zasady nieraz już bywało powodem zapaści. Zapaść zależeć może bądź od wstrząsu, który niewątpliwie wystąpić musi wskutek brutalnego manipulowania w gardzieli, bądź od utrudnienia oddechu, spowodowanego przez zbyt długo trwające próby. W tym wypadku, jeżeli natychmiastowe wprowadzenie rurki do krtani nie udaje się, należy niezwłocznie zastosować sztuczny oddech, środki pobudzające i t. d. i dopiero po pewnym czasie, gdy dziecko przyszło do siebie, a duszność trwa dalej, ponowić próbę. Często jednak lepiej będzie, jeżeli zaniechawszy dalszych prób, wykonamy odrazu tracheotomię, zwłaszcza zaś wtedy, gdy sztuczny oddech i środki pobudzające pozostają bez skutku. W takich razach tracheotomia przedstawia jedyne wyjście. W roku ubiegłym miałem dwa przypadki zapaści u dzieci, u których z powodu kurczu głośni intubacja była niewykonalna. Pierwszy dotyczył pięcioletniej dziewczynki ze znaczną dusznością i sinicą. W trakcie trzykrotnie powtarzanych bezowocnych prób wprowadzenia rurki do krtani sinica znacznie się wzmogła, i dziecko przestało oddychać. Za pomocą sztucznego oddechu udało się przywrócić dziecko do życia. Gdy po upływie godziny ponownie przedsięwzięta intubacja z powodu zwarcia głośni nie mogła być skuteczniejsza, wykonana została (przez d-ra POZNAŃSKIEGO) tracheotomia. Dziecko wyzdrowiało.

Drugi przypadek dotyczył dziewczynki czteroletniej z objawami ogólnego zatrucia ustroju, nalotami w gardzieli, znacznym zwężeniem krtani, sinicą. Surowica zastrzyknięta została po raz pierwszy dopiero wtedy, gdy stan dziecka był już bardzo groźny. Gdy przystępowałem do intubacji, dziecko było bliskie uduszenia. I tu, jak w poprzednim przypadku, kilkakrotne próby wprowadzenia rurki pozostały bez skutku; za każdym razem napotykałem nieprzewycięzoną przeszkodę. W trakcie tych prób dziecko traciło przytomność, główka bezwładnie opadła, oddech ustał zupełnie. Sztuczny oddech pozostaje bez skutku. Wobec tego wykonałem tracheotomię scyzorykiem

(w braku innych narzędzi), zamiast rurki zaś użyłem obsadki od pióra, poczem sztuczny oddech prowadziłem dalej. Przez zaimprovizowaną tę rurkę wyszła z tchawicy i oskrzeli wielka ilość błon dyfterytycznych, i wreszcie po upływie godziny dziecko zaczęło oddychać, przytomności jednak nie odzyskało. Śmierć nastąpiła po 20 godzinach. Na szczęście podobne przypadki zdarzają się rzadko. Nie upieranie się przy intubacji i natychmiastowe wykonanie tracheotomii — oto postępowanie w tych razach jedynie racjonalne. W wyjątkowych przypadkach zapaść, wywołana wstrząsem wskutek bezwolnych prób wykonania intubacji, zakończyć się może bardzo szybko śmiercią. Ma to miejsce u dzieci, osłabionych już innymi chorobami, np. zapaleniem płuc.

Wyżej wspomnieliśmy o możliwości utworzenia fałszywej drogi po przez rozdarte tkanki. Rzecz prosta, że w następstwie tych uszkodzeń powstają ropnie okołokrtańowe. Powikłanie to, bardzo zresztą rzadkie, zdarza się przeważnie u niewprawnych operatorów, używających zbyt wielkiej siły do przezwyciężenia przeszkody. Rozdarcie ulegają ściany dolków MORGAGNI'ego, struny głosowe, błona obrączkowo-tarczowa. Powikłanie to należy do bardzo groźnych.

Gdy raz już fałszywa droga została utworzona, dalszych prób wprowadzenia rurki do krtani należy zaniechać zupełnie, gdyż za każdym razem rurka zamiast do krtani wchodzić będzie w sztuczny ten kanał, pogłębiając go coraz więcej. I w tym wypadku w razie dalszego trwania duszności wykonać należy tracheotomię.

Równie rzadko zdarza się zatkanie tchawicy błonami, zepchniętymi przez rurkę podczas jej wprowadzania do krtani. Zazwyczaj chory wykrztusza zepchnięte błony razem z rurką lub też, gdy mu się to nie udaje, usunięcie rurki ułatwia mu wykrztuszenie błon. W wyjątkowych razach konieczna bywa natychmiastowa tracheotomia. Powikłania tego najwięcej dawniej się obawiano; stąd też niektórzy autorzy radzą przystępować do intubacji nie inaczej, jak po uprzednim poczynieniu wszystkich przygotowań do tracheotomii.

Zastanawiając się nad pytaniem, dlaczego w praktyce spychanie błon rzekomych przez rurkę intubacyjną zdarza się tak rzadko, BÓKAI wymienia następujące przyczyny: 1) dolny koniec rurki jest zaokrąglony i, dodajmy od siebie, zwężony. Jeżeli mandryn jest dobrze dopasowany i niezbyt wcześnie zostaje wyjęty, możliwość zepchnięcia błon jest bardzo mała; 2) wielkie błony zdarzają się rzadko, małe zaś łatwo przechodzą przez rurkę; 3) jeżeli błony znajdują się pod strunami, to rurka wchodzi w ich światło, jeżeli zaś na strunach, to są one mocno przytwierdzone i nie dają się oddzielić; 4) duszność wywołują nie tylko błony rzekome, ale i obrzęk błony śluzowej podgłośniowej. Od czasu wprowadzenia surowicy powikłanie to stało się jeszcze radszem, gdyż surowica zapobiega tworzeniu się wielkich błon rzekomych i powoduje szybki rozpad tych, które już istnieją. Według statystyki BÓKAI'a z roku 1893 (zatem przed surowicą) na 498 intubowanych 18, t. j. 3½% należało poddać natychmiastowej tracheotomii z powodu zepchnięcia błon¹⁾. Dwóch z pomiędzy nich nie udało się przywrócić do życia. U jednego z nich

¹⁾ Można wątpić, czy we wszystkich 18 przypadkach ta sama przyczyna wywołała konieczność krwawej operacji.

do intubacji przystąpiono już w agonii. Badanie pośmiertne wykazało błonicę oskrzeli i rozległe zapalenie płuc. O'DWYER i DILLON BROWN na 600 intubowanych nie mieli ani jednego przypadku śmierci, spowodowanej zepchnięciem błon. Wynika stąd, że wśród powikłań intubacji możliwość zepchnięcia błon należy do tych, z którymi najmniej trzeba się liczyć. Podobny wniosek nasuwa mi moje własne doświadczenie, oparte na dwuletnim stosowaniu intubacji.

Z kolei przechodzimy do rozbioru tych niepożądanych zjawisk, które związane są z pozostawieniem rurki w krtani. Najczęściej mamy tu do czynienia z utrudnionem łykaniem, zwłaszcza płynów. Podczas picia część płynu dostaje się do rurki, wywołując długotrwały kaszel, tak, iż wreszcie chorzy zaczynają odmawiać przyjmowania napojów. Pokarmy stałe bywają znoszone lepiej, niż płynne. Oddawna już proponowane były najrozmaitsze środki celem zaradzenia złemu. WAXHAM obmyślił rurki ze sztuczną nagłośnią, sam jednak wkrótce je zarzucił. Niektórzy doradzają, aby chorzy przyjmowali pokarmy z głową nisko opuszczoną. Inni zalecają wyjmowanie rurki na czas żywienia, co oczywiście przedstawia liczne niedogodności; wreszcie jako środek ostateczny zalecają ławatywy odżywcze. Trudność łykania, zdaje się, pochodzi nietyle stąd, że nagłośnia niedość szczelnie zamyka wejście do krtani, ile z utrudnienia ruchów krtani przez znajdującą się w niej rurkę. To też im mniejsza będzie rurka w stosunku do krtani, tem ruchy te będą łatwiejsze, a co za tem idzie, łatwiejsze będzie łykanie. Praktyka w zupełności przypuszczenie to potwierdza. Używając małych rurek, bardzo rzadko widywałem dysfagię. Chorzy wprawdzie krztusili się od czasu do czasu, nie przeszkadzało im to jednak w jedzeniu i piciu. Wreszcie zaznaczyć należy że wchodzi tu w grę czynniki czysto indywidualne, gdyż przy jednakowych warunkach powikłanie to spotykamy nie u wszystkich chorych.

Co się tyczy złych następstw dysfagii, to, pomijawszy najważniejsze — mianowicie upadek odżywiania, możliweby było zatkanie rurki przenikającymi do niej cząstkami pokarmów albo też przeniknięcie pokarmów do dróg oddechowych. Pierwsze, o ile sądzić można z literatury, zdarza się bardzo rzadko. Osobiście widziałem jeden podobny przypadek. Dziecko, jedząc sucharek, zakrztusiło się i po długim kaszlu wyrzuciło rurkę. Okazało się, że rurka była zatkana tkwiącym w niej kawałkiem sucharka.

Niejednokrotnie dawały się słyszeć głosy, że intubacja wywołuje zapalenie oskrzeli a nawet płuc. Powoływano się przytem na przypadki, w których podczas znajdowania się rurki w krtani rozwijały się objawy zapalne w oskrzelach lub płucach. Oczywiście sam ten fakt nie wystarcza jeszcze do stwierdzenia związku przyczynowego. Należy przeto, celem wyjaśnienia tej sprawy, zastanowić się bliżej nad przypuszczalnym mechanizmem powstawania spraw zapalnych w zależności od intubacji. Zapalenia te mogłyby być bądź zachłystowe wskutek przenikania płynów przez rurkę, bądź też rozwijałyby się wskutek utrudnionego jakoby wykrztuszania.

Dotychczas nie zostało dowiedzionem, ażeby samo znajdowanie się rurki w krtani wystarczało do wywołania zapalenia płuc zachłystowego. W powstawaniu tego cierpienia główną rolę odgrywa niedowład podniebienia i masy mięśni gardzieli, prowadzący do zapalenia płuc i u tych chorych, którzy wcale nie byli intubowani lub też byli tracheotomowani. Z drugiej strony zauważyć należy, że zapalenie płuc powstać może i u tych intubowanych,

u których polykanie odbywało się z łatwością. Można by ztąd wnioskować, że zapalenie płuc podczas intubacji nie jest pochodzenia zachłystowego. W przekonaniu tem utwierdza nas NORTHROP, który przy badaniu pośmier-tnem olbrzymiej liczby intubowanych nigdy nie znajdował zapalenia płuc zachłystowego.

(D. n.).

Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacyi używanych.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER.

Do kazuistyki 101 spostrzeżeń przypadkowego zostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, przy operacyi używanych, ogłoszonych przeze mnie w roku zeszłym w „Medycynie“, dodaję dziś jeszcze 10 spostrzeżeń:

102) BUSCHBECK (Centralblatt für Gynaekologie 1899. Nr. 45, pg. 1375) opisał spostrzeżenie następujące: Przywieziono do kliniki drezdeńskiej profesora LEOPOLD'a dnia 19 września 1896 r. 34-letnią, od 11 lat zamężną kobietę wskutek zapaści i ostrej anemii, powstałej po zemdleniu dnia poprzedniego. Pacjentka raz jeden tylko rodziła i zawsze czuła się zupełnie zdrową aż do ostatnich czasów. Dopiero od 6 tygodni miewała dolegliwości w brzuchu. Zrobiono rozpoznanie krwotoku wewnątrz jamy brzusznej, i BUSCHBECK w nieobecności profesora LEOPOLD'a przystąpił zaraz do cięcia brzuszne-
go. Rozpoznanie sprawdziło się, znaleziono pęknięcie ciężarnej lewej trąbki macicznej, którą wraz z jajnikiem lewym wycięto. Chora szybko powróciła do zdrowia i po miesiącu wypisała się z kliniki. Po upływie dwóch lat jednak ponownie zgłosiła się do kliniki, tym razem narzekając na ból w prawym boku. Ból miał charakter kolki kiszkiowej. Po prawej stronie macicy wymacano jakiś guz wielkości pięści o chropowatej powierzchni. Przy cokolwiek późniejszym wtórnem badaniu guz okazał się nieco większym i więcej zbliżonym do ściany brzusznej. Na razie wyczekiwano. W styczniu 1899 czyli 28 miesięcy po owej operacyi pękła w samym dole blizna po cięciu brzuszne-
m i wylało się sporo ropy. Również wydzielał się w obfitej ilości rzadki kał. Po rozszerzeniu ropiejącej przetoki, wyciągnięto z niej dużą serwetę z gazy, którą zapomniano wtenczas przy operacyi cięcia brzuszne-
go w jamie brzusznej. Serweta miała się dostać do wnętrza кишки i wywołać perforacyę na zewnątrz. W następstwie przewieziono chorą do oddziału chirurgicznego, gdzie d-r STELZNER dokonał rezekcyi chorej pętli kiszkiowej, wycinając kawał około 20 centymetrów długości na drodze wtórnej koeliotomii. Chora ręko-
czny ten dobrze zniosła i od tej chwili już odzyskała zupełnie zdrowie.

103. W trakcie dyskusji nad odczytem BUSCHBECK'a LEOPOLD przytoczył przypadek własny, gdzie znalazł przy sekcji w jamie brzusznej serwetę z gazy. Chora zmarła wskutek anemii w kilka godzin po wycięciu zrakowaciałej macicy na drodze cięcia brzuszno. Ma się rozumieć, że w danym przypadku śmierć nie była następstwem pozostawienia w jamie brzusznej serwety, dobrze wyjałowionej, jakby laik mógł myśleć. LEOPOLD nie może powiedzieć, czy owa serweta nie była pozostawiona w jamie brzusznej świadomie.

104—106. MEINERT przytoczył aż trzy spostrzeżenia własne. Pierwsze spostrzeżenie należy do roku 1885. W trzy tygodnie po cięciu brzuszno, dokonaniem wskutek torbieli jajnika, i po przebiegu pooperacyjnym bezgorączkowym MEINERT wymacał jakąś rezystencyę twardą po prawej stronie brzucha. Dokonał więc nacięcia tego jakoby infiltratu i znalazł tuż pod otrzewną leżącą serwetę z gazy czyli kompres. Po wydobyciu ciała obcego ranę wytamponował. Chora szybko wyzdrowiała. Drugi jego przypadek był więcej skomplikowany. U 20-letniej panny, dotkniętej tuberkulozą obu jajowodów, otworzono przez pochwę ropień jednego jajowodu w roku 1893. W kwietniu tegoż roku czyli w trzy miesiące później dokonano na drodze cięcia brzuszno tak zwanego wycięcia doszczętnego przydatków macicy. Dziewiątego dnia po operacji pękła blizna po cięciu brzuszno i wylała się z przetoki ropa. Przetoka ta okazała się bardzo uporczywą: przedrenowano ją więc od strony ściany brzusznej ku pochwie i dren codziennie przepłukiwano. W końcu maja wymacano stwardnienie wielkości jaja kurzego po lewej stronie od pępka. Ponieważ stwardnienie to w następstwie obniżyło się ku dołowi, mianowicie ku pachwinie, i nareszcie opuściło się do małej miednicy, zaczęto podejrzewać, czy nie chodzi tutaj o ciało obce. Rozszerzono otwór pochwoy przetoki pręcikami tupelo i dnia 30 maja z otworu wyciągnięto długi pasek gazy jodoformowej. Po wydobyciu powstała przetoka kałowa, która dopiero w roku 1895 ostatecznie się zamknęła. Trzecie spostrzeżenie MEINERT'a dotyczy chorej, przez innego lekarza operowanej rok temu — mianowicie wycięto jej przez pochwę przydatki maciczne. Obecnie pacjentka przyszła do ambulansu MEINERT'a skarżąc się na to, że od czasu do czasu z pochwy wydzielają się strzępki gazy. Przy pierwszym badaniu nie znaleziono nic podejrzanego, w 8 dni później jednak wydobyto z małej przetoki w tylnym sklepieniu pochwy serwetę z gazy wielkości damskiej chusteczki od nosa.

107) W sierpniu r. z. praktykujący w Elster zięć ś. p. prof. FRANKENHAUSER'a opowiedział mi, że teść jego pewnego razu w kilka dni po myotomii, połączonej z cięciem brzuszno, musiał dokonać nacięcia powłok brzusznych i w taki sposób wy dobył przypadkowo pozostawioną w trakcie operacji w jamie brzusznej gąbkę. Chora wyzdrowiała.

108) „Kronika Lekarska“ w Nr. 2 z roku 1900 wspomina w referacie o spostrzeżeniu nowem, o procesie, wytoczonym lekarzowi w Ohio w Kolumbii wskutek pozostawienia przez niego w jamie brzusznej przypadkowo serwety muślinowej. Operator przed ostatecznym zamknięciem jamy brzusznej pytał się pomocnicy, która zarządzała materiałami opatrunkowymi, czy wszystkie użyte przy operacji serwety jej zwrócono, i dopiero po otrzymaniu odpowiedzi potakującej ranę brzuszno zaszył. Chora po operacji gorączkowała, dokonano w następstwie wtórnego cięcia brzuszno, przy którym wydobyto z jamy brzusznej serwetę, w niej przypadkiem pozostawioną. Pomimo tej wtórnej operacji chora zmarła wskutek posocznicy.

109) MERTTENS opisuje spostrzeżenie własne („Ein Fall von Einwanderung einer bei Laparotomie zurueckgelassenen Kompresse in den Duenn-darm“ — Centralblatt fuer Gynaekologie. 1900, Nr. 4, pg. 114—116): Chłopka 28-letnia dwa razy rodziła pomyślnie, w następstwie zaś poroniła i po tem poronieniu obarczoną została ropniem w miednicy. Od października 1895 r. do maja 1896 r. przeleżała w łóżku i li tylko bardzo wolno zaczęła powracać do zdrowia. 18 marca 1897 r. zgłosiła się do d-ra MERTTENS'a wskutek silnych bólów przy każdej miesiączce, przy oddawaniu moczu, i wskutek utrudnionego bardzo stolca. Kacheksya, anemia wysokiego stopnia. Rodnica okazała się wmurowaną w konglomerat zapalnych złożeń dookoła ją otaczających i zajmujących oba ustronia przymaciczne. Po długotrwałem darem-nem leczeniu wyczekującym (jod, *kali jodatum*, ichtyol, błotne kąpiele, masaż, okłady i t. d.), chora nareszcie w marcu 1899 r. żądała koniecznie ponownej operacji, bo życie jej się sprzykrzyło w stanie, w jakim się znajduje. MERTTENS zaproponował jej doszczętną operację. Chora ze względów materyalnych udała się do szpitala ogólnego, gdzie inny lekarz, wytrawny operator, dokonał cięcia brzusz-nego z usunięciem obu stronnych przydatków macicy, pozostawiając samą rodnicę nieruszoną. Operacja była bardzo trudna z powodu zrostów rozległych. Po operacji stan chorej mało na korzyść się zmienił, oddawanie moczu i stolca pozostały utrudnione, jak dawniej. W 5 miesięcy po tej operacji chora ponownie zgłosiła się do MERTTENS'a w stanie jeszcze gorszym, niż poprzednio, narzekając na kurczowe bóle w brzuchu. Można było obecnie wymacać rodnicę mało ruchomą z powodu zmarszczenia się ustroni przymacicznych po owej operacji poprzedniej. Rodnica okazała się mało bolesną. Chora też zwróciła MERTTENS'owi uwagę na to, że siedziba kurczowych bólów leży o wiele wyżej. Ku zdumieniu swojemu MERTTENS wymacał na wysokości pępka obok niego guz wielkości pięści, wałkowatego kształtu, o miękkiej konsystencyi, którego dawniej nigdy u tej chorej nie wyczuwał. Mimo woli przyszło mu na myśl, czy tu nie chodzi o jakieś ciało obce, przypadkowo pozostawione w jamie brzusznej przy operacji poprzedniej? Gdy w trakcie obserwacji guz pozostawał niezmienny, podejrzenie MERTTENS'a jeszcze bardziej zyskało na prawdopodobieństwie. Dnia 29. VIII. 1899, przy wskazaniu bezwzględ-nem *quoad vitam* dokonał on cięcia brzusz-nego, przecinając powłoki brzuszne na samym guzie cięciem równoległym do bliżny pooperacyjnej dawniejszej na wysokości pępka i po prawej stronie od niego. Po otworzeniu jamy brzusznej nie natrafiono na razie na ciało obce, lecz znaleziono guz pętli kiszki cienkiej. Ściana kiszki okazała się w górnej części guza ciemno-sinawą. Dolny odcinek guza był otorbiony zrostami zapalnymi i unieruchomiony na prawej *fossa iliaca*. Z powodu miękkiej konsystencyi guza kiszki sądzono na razie, że chodzi o scybała kiszkowe. Przy usiłowaniu odseparowania pętli kiszkowej od zrostów kiszka pękła — w otworze powstałym sterczała serweta z muślinu, kałem przesiąknięta. Jak najprędzej podsunęto serwety, aby jamę brzusz-ną uchronić od zanieczyszczenia. Po wyjęciu ciała obcego, część kiszki, o ile ściany były kruche, wyrezekowano i następnie nałożono szew cyrkularny, aby końce pętli kiszkowej ze sobą spojść. Dla ostrożności oprowadzono pasek gazy jodoformowej dookoła kiszki zeszytej, którego końce wyprowadzono na zewnątrz z rany brzusznej, potem ranę zaszyto powyżej sączka z gazy. Nazajutrz po operacji zimne poty, zapasć, kończyny zimne. Kamfora, eter i lauwatywy odżywcze jednak zwalczyły zapasć tak szczęśliwie, że już do wieczora stan chorej znacznie się popra-

wił. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Już od trzeciego dnia po operacji chora oddawała wiatry, od 10 do 20 dnia powoli usuwano ów pasek z gazy jodoformowej i od 14 dnia zaczęto chorej podawać pokarmy *per os*. Po czterech tygodniach chora wyleczona opuściła łóżko. Serweta owa wywołała stan zapalny dokoła siebie, ropienie i otorbenie. Ropa przerwała się do kiszki, i powoli cała serweta wskutek perystaltyki dostała się do wnętrza kiszki, gdzie wytworzyła ów wrzekomy guz. MERTTENS zna tylko trzy podobne spostrzeżenia: REHN'a, MICHAUX'a i PILATE'go.

III) W lipcu 1900 r., PROCHOWNICK w Hamburgu pokazywał mi jedną półówkę pincety PÉAN'a, wydzieloną z ropnia w ścianie brzusznej przed kilku miesiącami. Druga połowa tkwi jeszcze w jamie brzusznej i prędzej czy później prawdopodobnie również na zewnątrz sobie drogę utoruje.

II2) SCHROEDER w Bononii przedstawił preparat guza, usuniętego przez cięcie brzuszne w półtora roku po dokonaniu *ventrifixationis uteri*. W kilka miesięcy po operacji zjawily się bóle coraz silniejsze, szczególnie przy oddawaniu stolca. Znaleziono na prawo i ku górze od macicy nieco chleboczący guz bolesny. Po oddzieleniu zrostów sieci ze ścianą brzuszną w prawym dole biodrowym ukazał się guz ze siecią zrosnięty i z pętli kiszki cienkiej wychodzący. Przy separacji guza od kiszki, kiszka się naderwała — ranę jej zeszyto. Wydzieliło się sporo ropy przy separacji guza. Okazało się, że guz był tamponem z gazy, ropą otoczonym. Tampon pozostawiono w jamie brzusznej 1½ roku temu. („Medycyna“ 1899, p. 319).

Jedynie w swoim rodzaju jest dotychczas spostrzeżenie, przez E. ZIELŃSKIEGO opisane w Nr. 26, pg. 353 „Przeglądu Lekarskiego“ 1899. „Kilka ciekawych przypadków wydobywania ciał obcych drogą operacyjną“.

25. X. 1897 r. przybył do szpitala wieśniak obarczony obustronną przepukliną pachwinową. Dnia 29. X. dokonano operacji sposobem BASSINI'ego po stronie lewej. Rychłozrost, lecz po 10 dniach powstała mała przetoka, leniwie się gojąca, tak że nie można było przystąpić do prawostronnej herniotomii. Chory na razie wypisał się ze szpitala, aby święta w domu przepędzić. W styczniu 1898 r. powrócił do szpitala: w lewej połowie moszny znaleziono guz owalny, nie wychodzący ani z jądra, ani ze sznurka nasiennego, ani ze ściany moszny, twardy, nie bolesny przy ucisku. Dopiero po nacięciu wyjaśniła się sprawa: D-r CZAPLIŃSKI dokonał operacji; guz, nad którego istotą głowę sobie łamali biegli lekarze, był niczem innym, jak wacikiem, zaginionym w głębi rany przy poprzedniej herniotomii. Wacik w roztworze sublimatu umaczany przeleżał 2½ miesiąca w worku moszny w dobrej harmonii z jądrem, otorbił się nawet, aż doczekał się nareszcie oswobodzenia.

Przytaczam dalej ważny bardzo moment, dotyczący spostrzeżenia SCHRAMM'a. SCHRAMM (patrz Nr. 58 kazuistyki przeze mnie zestawionej) dokonał operacji ekstyrpacji zropiałych jajowodów na drodze pochwowej. Z powodu technicznych trudności musiał jednak i macicę usunąć. Przy operacji tampon jeden ześlizgnął się z imadła i zaginął w głębi rany pochwowo-brzusznej. Ponieważ poszukiwania okazały się daremnymi na razie, SCHRAMM w końcu zaniechał dalszego szukania i pozostawił tampon w jamie brzusznej, licząc na to, że prędzej czy później samowolnie wydzieli się na drodze ropienia; a zatem, pozostawił ciało obce w jamie brzusznej, zupełnie świadomy swego czynu i uważając za mniej niebezpieczne pozostawienie ciała zagubionego obcego gdzie jest, niż dalsze poszukiwania. Obecnie SCHRAMM donosi

(Centr. f. Gynaekologie. 1899. Nr. 43, pg. 1316), że ów tampon wypadł z pochwy w 10 tygodni po operacyi podczas tańca.

Zestawiając kazuistykę odpowiednią lat ostatnich, gdzie do operacyi używamy narzędzi i materyałów opatrunkowych lepiej wyjałowionych, przychodzimy do wniosku, że, co prawda, wskutek przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciała obcego w rodzaju pincety, tamponu, serwety i t. d., powstają nieraz powikłania mniej lub więcej ciężkie, lecz że koniec końcem zwykle sprawa kończy się pomyślnie dla osoby operowanej. Po większej części sama natura prędzej czy później wydziela takie ciała obce na drodze ropienia na zewnątrz bądź przez ścianę brzuszną, bądź przez kiszkę odchodową, lub też obecność ciała obcego zdradza się przez ropień ściany brzusznej, infiltrat, jakoby guz i t. d., w których to przypadkach mała stosunkowo operacya kończy dzieło zbawienne, rozpoczęte przez naturę. Przypadki, aby pozostawione przypadkowo w jamie brzusznej ciało obce stało się przyczyną śmierci operowanej w następstwie, należą do bardzo rzadkich, a przypadek uszkodzenia całości ścian tętnicy, jak ów nieszczęsny przypadek, który przytrafił się w Warszawie, jest po prostu unikatem w całej kazuistyce.

Ma się rozumieć, pozostawienie przypadkowe ciała obcego w rodzaju pincety, tamponu i t. d., jest wielce niepożądanym przypadkiem również dla operowanego, jak i dla operatora, lecz doświadczenie uczy, że takie przypadki zawsze się zdarzały i zdarzają i, niestety, zawsze zdarzać się będą, szczególnie przy operacyach bardzo trudnych i powikłanych przerwaniem narkozy głębokiej. Jest różnica pomiędzy teoretycznym rozumowaniem a praktyką. Aby tylko owe nieszczęsne ciało obce było należycie wyjałowione, to rzadko kiedy wywoła niebezpieczeństwo dla życia osoby operowanej dzięki wysiłkom *vis medicatricis naturae* i rychłej pomocy chirurgicznej.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

116. W. ERB. **Przyczynę do wczesnego rozpoznawania wiału rdzenia.** W ostatnich 25-latach wiadomości nasze co do wiału rdzenia znakomicie się wzbogaciły, wobec czego rozpoznawanie tej choroby, we wczesnych nawet jej okresach, stało się możebnem, a nawet łatwem. Pomimo tego zdarzają się często omyłki, popelniane przez doświadczonych nawet lekarzy, którzy bądź istniejącego wiału nie rozpoznają, jako takiego, lub też inne choroby, np. *myelitis*, *sclerosis multiplex*, *paralysis spinalis spastica* lub *syphilitica* — biorą za *tabes*.

Po większej części, lecz nie zawsze, wkrótce po rozpoczęciu się wiału i po wstępnych jego objawach (ból strzelający, porażenie mięśni oka, osłabienie pęcherza i t. p.), łatwo można rozpoznać tę chorobę po pewnych przedmiotowych objawach: nieruchomości źrenic (*Pupillenstarre*), braku odruchów ścięgniowych, objawie ROMBERG'a, pewnych zaburzeniach czuciowych i t. p. Autor sam był dawniej tego zdania, że wczesne rozpoznanie wiału rdzenia jest zadaniem łatwem, z czasem jednakże przekonał się, że wyjątki od tego prawidła są częste w tej proteuszowej chorobie, i że najdoświadczeńszy nawet lekarz niezwykle

przy rozpoznawaniu napotyka trudności. Ma to miejsce w przypadkach, gdzie u dotkniętych przymiotem istnieją bóle strzelające przez lata całe, a żadnego objawu przedmiotowego nie podobna wykryć. Zadaniem przeto niniejszej pracy jest zwrócić uwagę lekarzy na tego rodzaju wątpliwe przypadki i spróbować rozpoznawania ich za pomocą ścisłego badania.

1) D. P. lat 33, chemik, przed 9 laty wtórny przymiot, leczenie rtęcią; od sześciu lat żonaty, 3 zdrowych dzieci. Od 5 lat silne, świdrujące i strzelające bóle w różnych miejscach. Od roku uczucie hypestezyi na podszwach, później też na brzuchu, plecach i piersiach, uczucie zmęczenia, zmniejszony popęd płciowy, rozdrażnienie nerwowe. Przedmiotowo: ani śladu bezładu, lekka hypalgezja nóg i nadczułość na zimno w ciele; żadnych innych objawów wiądu. Po krótkotrwałym leczeniu wcieraniami szaruchy i po chininie (wskutek jednocześnie istniejącej zimnicy) poprawa, a dalsze wiadomości o chorym dowodzą, że tenże stan trwał nadal. Po roku również nie zauważył ERB żadnych objawów przedmiotowych wiądu u chorego.

2) R. M. 36 lat, adwokat. Przed 16 laty *lues secund.* Leczenie rtęcią przez dwa lata. Chory od 7 lat. Objawy: osłabienie pęcherza, impotencya coraz większa; brak bólów, osłabienie, lekkie parestezye, niepewność w nogach. Brak bezładu, czucie doskonałe, odruchy żywe, źrenice prawidłowo oddziałują. Po roku też same objawy, lecz przy zamkniętych oczach chory chwieje się, prawy odruch kolanowy cokolwiek słabszy od lewego, oddziaływanie źrenic trochę za leniwe.

3) D. 37 lat. Przed 18 laty przymiot, leczenie rtęcią. Chory od 7 lat: napady bólów w nogach, niekiedy w ramionach. Bóle te są typowe: silne, błyskawiczne i zmienne. Zmęczenie w nogach, brak paresteryi i objawów ocznych, pęcherz i siła płciowa prawidłowe. Napady bólów co 2—3 tygodnie. Przedmiotowo tylko odruchowa nieruchomość prawej źrenicy. Wszystkie inne objawy prawidłowe, nie ma bezładu, ani objawu ROMBERG'a, czucie i odruchy prawidłowe. Pęcherz i siła płciowa również. Od r. 1895 nie leczony rtęcią.

4) v. J. urzędnik dworski. Przymiot w 1875 r. Leczenie rtęcią. W 1877 roku leczenie napotne. Od r. 1892 peryodyczne bóle głowy, bezsenność. Jodek potasu bez skutku. Leczenie rtęcią usuwa te bóle w ciągu 1—2 miesięcy. Od 1898 r. bóle strzelające w nogach, parastezye w palcach. Przedmiotowo żadnego bezładu, czucie dobre, brak chwiania się przy zamkniętych oczach, odruchy kolanowe żywe, brak podwójnego widzenia, pęcherz i siła płciowa prawidłowe. *Miosis* wraz z zupełną niemal nieruchomością źrenic (szczególniej lewej). Małokrwistość,

5) v. J. 32 lat, obywatel wiejski, przed 9 laty szankier twardy i przymiot wtórny. Częste nawroty. Przed rokiem influenza. Od 2 lat bóle strzelające w nogach i miejscowa nadczułość w skórze. Różnica w szerokości źrenic. Podwójnego widzenia nigdy nie było, brak parestezyi. Przedmiotowo: jedynie lekka różnica w wielkości źrenic wraz z nieruchomością odruchową i nieznaczna hypalgezja w nogach. Odruchy ścięgniste bardzo żywe. Po 5 latach bóle ustąpiły, pozostało jedynie lekkie osłabienie pęcherza, różnica w wielkości źrenic i odruchowa ich nieruchomość.

Czy to już *tabes*, zapytuje ERB po przytoczeniu powyższych kilku przykładów? Odpowiedź daje potakującą, acz z pewnem wahaniem, we wszystkich bowiem pięciu przypadkach istnieje zaledwie kilka objawów podmiotowych i bardzo nieliczna ilość przedmiotowych, pomimo że cierpienia trwają już lata całe.

Do najczęstszych objawów należą: bóle strzelające, nieruchomość jednej lub obu źrenic, lekka hypalgezya, lekkie parestezye, osłabienie pęcherza i siły płciowej. We wszystkich przypadkach brak innych objawów przedmiotowych wiądu, wszędzie odruchy ścięgniste są zachowane i silnie wyrażone, nawet po 4—7-letniem istnieniu choroby. We wszystkich przypadkach znajdujemy w wywiadach niewątpliwy przymiot. Najważniejszych objawów wiądu brak, a mianowicie: braku odruchów ścięgnistych, chwiania się, analgezyi, anestezji w pasie, analgezyi jąder, nadczułości na zimno, porażeń mięśni ocznych i t. p.

A jednak bóle strzelające, odruchowa nieruchomość źrenic, osłabienie pęcherza i siły płciowej, zaburzenia czucia i t. p. dowodzą, że przymiot podziałał już na ośrodki nerwowe, i że, bądź co bądź, mamy do czynienia z początkami wiądu rdzenia.

Nader podejrzana jest właśnie obecność przymiotu; bez tej choroby w wywiadach z istniejących słabych objawów możnaby rozpoznać neurastenię lub inne jakie cierpienie nerwowe, lecz nie *tabes*.

W powyższych pięciu przypadkach rozpoznaje ERB *tabes*, lecz nie ów klasyczny wiąd, jeno „zaczątkowy“, t. zw. przez francuzów „forme fruste“, który na zawsze w teje samej pozostać może postaci.

Istnieją również przypadki, odznaczające się zupełnym brakiem objawów podmiotowych, gdy objawy przedmiotowe bezwarunkowo wskazują wiąd rdzenia.

6) St. 43 lat, radca rządowy. Przed 18 laty przymiot. Leczenie rtęcią. Oze nił się przed 14 laty. Zdrowe dzieci. Żadnych bólów, lekkie parestezye w palcach, nieznaczne osłabienie pęcherza. Obiektywnie: ślady chwiania się, brak odruchów ścięgnistych, *miosis* i odruchowa nieruchomość źrenic. Wszystkie inne narządy i czynności prawidłowe.

Objawy te nie pozwalają wątpić o istnieniu wiądu, a jednak pacjent ów wygląda i ma się tak doskonale. Tylko badanie źrenic i odruchów kolanowych wskazuje, lecz niewątpliwie, istnienie wiądu, a przymiot w wywiadach potwierdza to rozpoznanie. Z tego więc wnioskuje autor, że w każdym podejrzanym przypadku należy dokładnie zbadać źrenice i odruchy ścięgniste.

Istnieją również przypadki wiądu z rodzaju „poronnych postaci“, których głównym objawem są napady gastryczne z bólami, mdłościami, wymiotami, biegunką, sinicą i wyczerpaniem. Po za tem widzimy niektóre objawy przedmiotowe: nieruchomość źrenic, różnicę w wielkości źrenic, lekkie osłabienie pęcherza i t. p. W wywiadach brak przymiotu w niektórych przypadkach, w innych tenże niewątpliwie istniał.

Z obserwacji podobnych przypadków nabieramy przeświadczenia, że obok klasycznej postaci wiądu rdzenia, opisywanej w podręcznikach i odznaczającej się wszystkimi znamionami dla tej choroby objawami, istnieje bardzo wiele postaci niezupełnie rozwiniętych, zaczątkowych, niewyraźnych, które klinicytom wielkie w rozpoznawaniu sprawiają trudności. To samo zresztą widzimy i w wielu innych nerwowych chorobach, np. rozsianej sklerozie, chorobie BASEDOW'a, chorobie PARKINSON'a, syringomyelii, porażeniu postępującem i t. p. O takich przypadkach zawsze pamiętać należy, aby nie zboczyć w rozpoznaniu na manowce.

(*Münch. Med. Woch. 1900. Nr. 29.*)

L. W.

117. TITTEL. **Tannopina w pedyatrii.** Asystent kliniki prof. FRÜHWALD'a z Wiednia, d-r TITTEL dzieli się z czytelnikami doświadczeniami teje kliniki co do nowego przetworu, ściągająco i antyseptycznie na przewod pokarmowy dzia-

lającego, który od niedawna przez firmę Friedr. Bayer i Co. z Elberfeldu do skarbcza farmaceutycznego wprowadzony został.

Jest to proszek ciemnobronzowej barwy, przbawiony smaku i zapachu, nierozpuszczalny w lekkich kwasach, natomiast w lekko zasadowych płynach łatwo rozpuszczający się. Z tej własności wypływa pożyteczne dla nas działanie środka, nie rozpuszcza się bowiem w żołądku, lecz dopiero w kiszkiach, na błonę śluzową których oddziałują. Proszek ten składa się z tanniny i z urotropiny, z których pierwsza działa ściągająco, druga — antyseptycznie. Podawanie leku w proszku lub w miksturze do wstrząsania jest bardzo łatwe, dzieci chętnie go przyjmują, *corrigenia* lub *obvolventia* są zbyt skuteczne. Dawka wynosi od 0,1 u małych dzieci do 0,3—0,5 na dawkę u starszych, a do 2,0 na dzień. Środek ten uspokaja ruchy robaczkowe kiszki, zmniejsza więc liczbę wypróżnień w rozmaitych nieżytych cierpieniach kiszki, nadto ogranicza ilość wydzielającego się w tych cierpieniach śluzu, wskutek czego wypróżnienia stają się gęstsze. Używano środka tego, oprócz wspomnianych nieżytych — również w biegunkach, występujących u wielu dzieci podczas przyjmowania tranu, osiągając zawsze dobry skutek. W gruźlicy kiszki próbowano również tannopiny, mała jednak liczba przypadków nie pozwala na pewne w tym względzie wnioski. Pod względem działania nowy ten środek przypomina tannigen i tannalbinę, lecz przewyższa je swymi własnościami (brak smaku, zapachu), jako też zupełnie dotychczas nie spostrzeganymi niemiłymi objawami następczemi: zmniejszeniem łaknienia, gniecieniem w dołku, wydymaniami i t. p.

NICOLAÏER, MENDELSON, COHN i CASPER otrzymali co do tannopiny podobne wyniki, jak autor niniejszego.

(*Ther. Monat.* 1900. Nr. 2).

L. W.

118. BLUMENTHAL. **Sydonal, nowy środek leczniczy w dnje.** Na posiedzeniu berlińskiego stowarzyszenia medycyny wewnętrznej z dnia 5 marca r. b. BLUMENTHAL zdawał sprawę z wyników swych doświadczeń klinicznych nad sydonalem, stanowiącym związek kwasu chinowego z piperazyną. Badania wykonane zostały w klinice prof. v. LEYDEN'a, gdzie przekonano się, że 5—8 gramowa dzienna dawka tego leku, przygotowywanego przez firmę Jaffe i Darmstätter, zmniejsza o 30—50% ilość wydzielanego przez artrytyków dziennie kwasu moczowego. Zamiast niego wydziela się kwas hipurowy. Dzięki temu lekowi udaje się zatem upodobnić ludzi do trawożernych zwierząt. Przypuszczano, że kwas moczowy zostaje jeno zatrzymany w ustroju, dalsze jednak spostrzeżenia przekonały, że w czasie, następującym po przyjęciu leku, ilość kwasu moczowego również pozostaje niezmienną.

Środek ten nie powoduje nieprzyjemnych następstw (jak np. urocydyna, sprowadzająca biegunkę) i chętnie jest przyjmowany przez chorych. Co do dalszych wniosków i wskazań niezbędne są liczniejsze spostrzeżenia.

W dyskusji prof. LEYDEN, EWALD, Jakób MEYER, GOLDSCHIEDER i Edmund MEYER potwierdzają spostrzeżenia i wyniki mówcy, przyczem J. MEYER radzi dawać 5 gr. dziennie w dwóch dawkach, rozpuszczonych w wodzie, przez 7 dni z rzędu, przy jednostajnej lekkiej diecie. Bóle artrytyczne, jako też obrzmienia stawowe szybciej ustępowały, a ruchliwość stawów łatwiej powracała przy stosowaniu tego środka. Edm. MEYER leczył nowym lekiem znanego klinicystę, B. FRAENKEL'a, u którego napad dny przeszedł po trzech dniach, gdy dawniej przy innym leczeniu trwał daleko dłużej. Podobne wyniki otrzymał GOLDSCHIEDER u 58-letniego i u 83-letniego mężczyzny, od lat 40 cierpiącego na dnę.

(*Therap. Monat.* 1900. Heft 6).

L. W.

Sprawozdanie

Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

Napisał

Stan. Łagowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 40).

Na ostatniem ogólnem posiedzeniu przemawiał prof. H. HOYER (senior) na temat „O pojęciu przyczynowości w nauce i praktyce“. (Rzecz ta w całości została umieszczona w „Gazecie Lekarskiej“).

Zaznaczywszy, że pojęcie przyczynowości zajmuje pierwszorzędne miejsce w szeregu pojęć zasadniczych, stosowanych stale w rozumowaniu naukowem, prelegent twierdzi, że użycie wyrazu „przyczynowość“ może być dopuszczone jedynie w tem znaczeniu, w jakim bywa stosowane jeszcze w naukowej mechanice, mianowicie, jako przyczyna sprawcza (*causa efficiens*), w innych zaś naukach, osobliwie w dziedzinie morfologii zwierzęcej, powinno być zastąpione przez ściślejsze zwroty mowy, w przyrodzie bowiem nigdzie nie występuje pojedyncza przyczyna i odosobniony jej skutek, ale wszystkie bez wyjątku zjawiska są wynikiem działania niezliczonych czynników. Gdy Roux np. przez zniszczenie jądra w dzielącym się jajku żabiem spowodował rozwój połowicznego tylko zarodka (*hemiembrjo*), lub gdy DRIESCH po zupełnem rozbięciu dzielącego się jajka jęzowców otrzymał z każdej komórki oddzielny zarodek, nauka morfologii zyskała nader cenny materiał spostrzegawczy, ale doświadczenia te nie rzuciły żadnego światła na istotę procesu rozwojowego, nie wykazały przyczyny, kierującej kształtowaniem się ustroju. Mniemane przyczyny kryją się w organizacyi komórki, jajka lub ustroju, inne zaś czynniki przedstawiają rodzaj bodźców, wywołujących zapasy utajonej energii. Pojęcie przyczynowości stwarza bezustanne złudzenie, jakoby ściśle określało wzajemne stosunki zjawisk w przyrodzie, gdy tymczasem może być bez uszczerbku pominięte w naukowem rozumowaniu.

Zupełnie inne znaczenie zyskuje pojęcie przyczynowości w życiu praktycznem. Człowiek, działając celowo, zestawia znane mu z doświadczenia czynniki, kojarzy ze sobą różne przyczyny, które pociągają za sobą oczekiwane skutki. Jak w świecie materialnym, tak też i w zakresie bytu umysłowego i społecznego człowieka panuje pewna stała, nie dająca się uchwycić prawidłowość. Lecz i ów byt może przez odpowiednie skombinowanie działających w nim czynników, czyli rodzaju przyczyn, umiejętnie być pokierowany dla wspólnego pożytku całości i składających ją jednostek. Byt nasz został ułatwiony i udogodniony przez wyniki pracy naszych przodków, sami zaś obowiązani jesteśmy do mnożenia odziedziczonych skarbów dla zaradzenia wzrastającym wraz z kulturą naszym potrzebom materialnym i umysłowym; w tym kierunku toczyć się winna praca każdego badacza, każdej instytucyi, a zatem i każdego zebrania przyrodników i lekarzy.

Sekcja higieny.

Sekcja ta odbyła trzy posiedzenia: jedno sama, jedno łącznie z sekcją medycyny sądowej, a ostatnie łącznie z sekcją wychowania fizycznego.

Na pierwszym posiedzeniu przemawiali.

D-r Józef ZAWADZKI. O organizacyi pogotowia ratunkowego w naszych miastach. Prócz Warszawy i Łodzi, które już posiadają instytucje pogotowia ratunkowego, z innych miast Królestwa na początek kwalifikują się jeszcze do niej: Lublin, Częstochowa, dalej Piotrków, Radom, Pabianice. Jako zasadę postawić należy, aby każda z instytucyi tego rodzaju była obsługiwana tylko przez lekarzy. Do pomocy lekarz powinien mieć wyuczonych sanitaryuszów. Prócz tego powinien mieć wszelkie potrzebne do ratowania przyrządy, narzędzia i leki i t. p. Stacja w największym nawet mieście powinna być jedna. Na stacji może dyżurować jeden lub więcej lekarzy, zależnie od częstości wypadków w mieście. Według obliczeń na każde 200,000 ludności wypadnie jeden lekarz dyżurny. Tam, gdzie jest dużo fabryk, liczba lekarzy stosunkowo powinna być większa. Przy dyżurze jednego lekarza potrzeba trzech sanitaryuszów i dwóch woźniców, jeżeli zaś odległości w miastach są małe, to woźnica i wóz transportowy są zbyteczne.

Obliczony budżet wydatków na stację wynosi około 5000 rb. rocznie, 6000 rb. potrzeba na urządzenie. Cyfry te mogą się zmniejszyć, gdy nie będzie potrzeba utrzymywać koni. Co się tyczy organizacyi towarzystwa, to musi ono uzyskać formę prawną, co, wobec istniejącej już ustawy, jest do przeprowadzenia rzeczą łatwą.

Referent kończy swój odczyt wnioskiem: „IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich postanowił prosić lekarzy, zamieszkujących małe miasta, o prowadzenie dokładnej statystyki wypadków nagłych w miastach, osadach i wsiach i nadsyłanie jej do Tow. rat. warszawskiego“.

W dyskusyi d-r TCHÓRZNICKI wykazuje dodatnie strony pogotowia ratunkowego w Warszawie, proponuje utworzenie kilku filii, któreby ułatwiały zadanie. Do rozwoju tego rodzaju instytucyi nie wystarczy ofiarność obywatelska, potrzebne są subsydia rządu, gminne i t. d.

D-r ZAWADZKI dla ułatwienia zbierania statystycznych danych zamierza ogłosić drukiem i rozesłać do lekarzy kwestyonaryusz, ułatwiający zamierzoną pracę. Na podstawie zebranych danych przyrzeka na przyszły zjazd przedstawić projekt organizacyi pom. rat. w gminach.

D-r MERUNOWICZ wyjaśnił pytania, jakie mają ułatwiać zbieranie danych statystycznych, prosi d-ra ZAWADZKIEGO o zestawienie potrzebnych przyrządów, podanie firm, u których nabyć je można, i przybliżonej ceny całego urządzenia dla mniejszych i większych miasteczek.

D-r FRONCZAK z Ameryki mówi o urządzeniach stacyi ratunkowych w Buffalo.

D-r MAŁKOWSKI podnosi zasługi MAUDY'ego, jakie podjął na d rozwójem takich stacyi u nas i zagranicą. Sądzi, że stacje takie powinny powstawać nie jako samoistne instytucje, lecz przy istniejących już w miastach instytucjach straży ogniowych.

Aug. WRÓBLEWSKI (Kraków). W sprawie t. zw. kontroli rynkowej środków spożywczych. Kontrola taka przed 30 laty powstała i rozwinęła się na Zachodzie, a przyniosła znaczne korzyści, oczyszczając handel od zafałszowanych produktów. Niechże więc i u nas posłuży do podniesienia stanu zdrowotnego handlu środkami spożywczymi.

Kontrola rynkowa jest łatwa w wykonaniu, obejmuje wielką liczbę przedmiotów i stanowi, jak gdyby sito, za pomocą którego z wielkiej liczby przedmiotów można oddzielić małą liczbę, kwalifikującą się do kontroli ścisłej, w wypadkach zaś oczywistego fałszerstwa już sama przez się może być zadawalniająca.

Kontrolą taką mogą zajmować się nie tylko organy rządowe, ale i lekarze, aptekarze i chemicy, a nawet kupcy, mający do tej sprawy zamiłowanie. Jest to tembardziej możebne, że obznajmienie się z metodami kontroli rynkowej nie jest trudne, a potrzebne do tego laboratorium nie kosztowne (około 200 zlr.) a jeżeli brać pod uwagę tylko niektóre przedmioty handlu, to wystarczy i 100, a nawet 70—50 zlr.

W dyskusyi mag. farm. STUZIŃSKI podnosi potrzebę oddania kontroli aptekarzom.

D-r TCHÓRZNICKI zaznacza, że, aby jakiś produkt zniszczono i handlującego karano, to do tego nie wystarczy kontrola rynkowa, lecz potrzebna jest dokładna analiza laboratoryjna, to też na rynkach powinny być małe laboratoria; zwraca dalej uwagę na konieczność szybkiego badania ze względu na to, że wiele produktów łatwo się psuje; jako ważny czynnik do zwalczania fałszerstwa uważa popularyzowanie wiadomości z tego zakresu.

D-r OPIEŃSKI (Żółkiew) sądzi, że wielki wpływ w tego rodzaju kontroli mogliby mieć wykwalifikowani komisarze targowi, i podnosi potrzebę wysyłania na specjalne kursy większej liczby kandydatów.

Popiera go w tem d-r BIER, zaznaczając piekącą potrzebę wydania ustawy sejmowej, któraby określała, jakie miasta powinny ustanowić u siebie wykwalifikowanych komisarzy.

D-r MERUNOWICZ tłumaczy, dla czego ustawa ta dotychczas nie przyszła do skutku, a zarazem zwraca się do prof. BUJWIDA, aby na podstawie materiału, zebranego w zarządzanym przez niego zakładzie do badania środków żywności przedstawił wydziałowi krajowemu konieczność jak najszybszego wydania takiej ustawy.

Prof. BUJWID mówi o potrzebie specjalnych kursów dla lekarzy urzędowych do celów kontroli rynkowej.

D-r NYCZ (Brzesko) sprzeciwia się temu, nadmieniając, że odpowiednie podręczniki mogą w zupełności zastąpić kursy.

D-r RYCHLIŃSKI. Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu. Czy nałogowe pijaństwo jest tylko nałogiem, czy też chorobą, pytanie to dotychczas jest sporne. Prawdopodobnie większość t. zw. opilców, jak również wszyscy bez wyjątku okresowi pijacy są ludźmi chorymi; pewna znowu część nałogowych pijaków to ludzie, którzy przez próżniactwo i zły przykład podlegają nałogowi. Procent wyzdrowienia w zakładach dla pijaków tyczy się przeważnie tych, którzy są wciągani do kieliszka, czy jednak zwyrodniały osobnik, u którego pijaństwo jest wyrazem dziedzicznego obarczenia, wyzdrowieje w zakładzie, jest to bardzo wątpliwe.

Należy: 1) dążyć do tego, by rządy drogą zwoływanych kongresów ustaliły prawodawstwo co do pijaństwa i dążyły do zmniejszenia wytwórczości, jako też do utrudnień w nabywaniu alkoholu, 2) powołać cały szereg społecznych zarządzeń, któreby miały na celu już w młodym pokoleniu szerzenie zasad o szkodliwości alkoholu i 3) pomyśleć o wzniesieniu na ziemi polskiej specjalnego zakładu dla pijaków.

D-r MERUNOWICZ. Sprawa międzynarodowego zjazdu dla zwalczania pijaństwa, mającego się odbyć w Wiedniu w roku 1901.

Powołany do przedstawienia na owym zjeździe stosunków w sprawie alkoholizmu w Galicyi, prelegent naprzód odwołuje się do obecnych z prośbą o dostarczenie mu materyałów co do szynków i rozszerzania się alkoholizmu po wsiach i miastach. Jako ważne czynniki dla zwalczania pijaństwa uważa: stopniowe zmniejszanie liczby szynków, reformowanie ich systemem Gothenburskim, określanie za pomocą ustawy najwyższej zawartości alkoholu w wódce, urządzenie dla klas robotniczych i wiejskich gospód trzeźwości, urządzenie zakładów leczniczych dla opilców z prawem przymusowego umieszczenia, zwalczanie zwyczajów pijackich we wszystkich warstwach społeczeństwa, zniesienie przymusu alkoholowego we wszystkich hotelach i restauracyach, zakładanie i popieranie towarzystw wstrzemięźliwości.

D-r FRONCZAK (Buffalo) przedstawia walkę z alkoholizmem w Stan. Zjedn. Zmniejszenie pijaństwa postępuje tam stale, już to przez ograniczenie liczby szynków i wyoki od nich podatek, dochodzący w niektórych Stanach do 1000 dolarów rocznie, już to przez kary, jakim podlegają szynkujący po za przeznaczone mi na to godzinami, lub też jeżeli ktoś pijany wychodzi z ich szynku. Kara ta równa się utracie koncesyi i zapłaconego podatku. W Stanie New-York szynki są zamykane od godz. 11 wieczorem w sobotę do godz. 5 rano w poniedziałek. Hotelów wstrzemięźliwości jest bardzo wiele. Pijaństwo w Stan. Zjedn. jest niezmiernie rozpowszechnione, gdyż w roku 1899 w więzieniu powiatowym w Erie z 5260 znajdujących się tam mężczyzn za pijaństwo było zesłanych 2359, a z 880 kobiet 457 czyli 42%. D-r FRONCZAK w sprawozdaniu do rady państwa prosi o budowę osobnych zakładów dla pijaków, uważając pijaństwo za chorobę.

Prof. BUJWID podnosi jako czynniki do zwalczania alkoholizmu: dostarczanie ludności w lecie tanich a dobrych musujących napojów, w zimie zupy i herbaty, odzwyczajenie się od niepotrzebnego używania alkoholu przy posiłku codziennym, pouczanie stale i ciągle wszystkich warstw ludności o szkodliwości alkoholu; do tego ostatniego celu mógłby dobrze służyć uniwersytet ludowy.

D-r PIETRZYCKI (Bochnia) nadmienia, że rząd w Galicyi od czasu objęcia zarządu propinacyjnego powinien wydzierżawiać propinacye osobom odpowiednim za cenę niższą, nadto ograniczyć sprzedaż alkoholu w niedziele i dni świąteczne.

D-r TCHÓRZNICKI. W Rosyi zastosowano dwa środki przeciwko alkoholizmowi: 1) monopol t. j. zmniejszenie miejsc, gdzie można pić, 2) utworzenie tow. wstrzemięźliwości, mających na celu budowę herbaciarni ludowych i dostarczanie ludowi rozrywek. Równocześnie z tem istnieje w Rosyi podatek akcyzowy, dochodzący do 700,000 rb. rocznie. Jest to niekonsekwencya—popieranie dochodu akcyzowego przez rząd, walczący z alkoholizmem. Na tę biedę mamy jeden środek, a mianowicie: sprzedaż alkoholu w aptekach, a państwo nie powinno popierać dochodu z niego.

D-r RYCHLIŃSKI zgadza się na wszystkie prawodawcze ograniczenia, przedstawione przez d-ra MERUNOWICZA, i sądzi, że zakład dla opilców nie jest tak potrzebny, jak zreformowanie opieki nad obłąkanymi.

Na posiedzeniu sekcji higienicznej łącznie z sekcją medycyny sądowej ogłosili odczyty.

D-r F. E. FRONCZAK (Buffalo. Now-York, St. Zjedn. Półn. Am.). Medycyna w Ameryce, postęp i obecny jej stan.

Liczba lekarzy w Ameryce, przeszło 125,000, jest większa, niż w którymkolwiek innym kraju na świecie, stosunek tychże jest kilkakrotnie większy, niż w Ro-

syi, Niemczech, Włoszech, Francji i Anglii, aczkolwiek dopiero w r. 1601 przybył do Ameryki pierwszy lekarz. Liczba słuchaczy na medycynie, dentystyce, farmacyi, weterynaryi i szpitalnictwie w ostatnich latach, według sprawozdań rządowych, wzrasta bardzo szybko, tak, że w roku 1899 było ogółem 64,474 słuchaczy.

Czas wykładów i ich długość różnią się w różnych stanach i uniwersytetach i trwają od kilku miesięcy do 5-iu lat. Ogólny majątek uniwersytetów amerykańskich (90,888,118,550 dol.), jako też fundusze podarowane w ostatnich pięciu latach (110,952,199 dol.) mogą być małym dowodem, świadczącym o bogactwach Ameryki. Kobiety znajdują się w uniwersytetach amerykańskich w wielkiej liczbie, gdyż przeszło 10000 ich uczęszcza na wykłady, głównie na wydział lekarski i szpitalnictwo. Egzamin państwowy należy składać w języku angielskim, a rezultat ich w roku ubiegłym dowodzi ich ścisłości, gdyż 22,58% kandydatów przepadło przy egzaminach w Stanie New-York. Nie wszyscy lekarze zajmują się medycyną po jej ukończeniu, a nieraz widzimy ich w zupełnie odmiennej roli. Dochody lekarzy nie są wysokie, przeciętnie mniej, niż 1200 dol. rocznie.

Urzędy zdrowia w Ameryce są bardzo skrupulatnie prowadzone, pomiędzy urzędnikami w tym wydziale w mieście Buffalo są i polacy, którzy ukończyli uniwersytet Jagielloński. W Ameryce nie brak stowarzyszeń lekarskich, pomiędzy którymi najwybitniejsze jest Amer. Stow. Lek. liczące przeszło 12000 członków. Pisma lekarskie są bardzo rozpowszechnione, gdyż wychodzi ich 240.

Na polu medycyny doświadczalnej amerykańanie nie są w tyle, gdyż pracują w kilku kierunkach nad badaniem przyczyn chorób. Lekarzy polaków w Stan. Zjedn. tak z Europy, jakoteż i miejscowych nie brak. W końcu prelegent daje radę lekarzom polakom, którzyby wybierali się do Ameryki. Naprzód, znać język angielski i to gruntownie, następnie przygotować się do egzaminów państwowych w tym języku; przez czas dłuższy, około roku lub dwu, nie spodziewać się wielkiej praktyki, a potem spodziewać się ogromnej konkurencji ze strony tamtejszych lekarzy.

Prof. WACHNOLTZ dziękuje prelegentowi za zajmujący wykład i z uznaniem podnosi okoliczność, że został wypowiedziany tak pięknym i poprawnym językiem polskim przez człowieka, który się urodził i wychował na obcej ziemi.

D-r SZCZĘSNY-BRONOWSKI. Etyka lekarska a wyjawianie prawdy. Autor zaczyna od pytania, czy tak zwana „etyka lekarska“ ma rację bytu, jak winna być rozumiana i co obejmować. Dalej mówi o wyjawianiu prawdy w stosunkach ogólnoludzkich, w stosunku lekarzy do chorych, do ich otoczenia, krewnych i odwrotnie i o pierwiastku altruistycznym i egoistycznym w czynnościach i sądach lekarskich. Kończy swój wykład tem, że prawdziwy i konsekwentnie stosowany altruizm, podporządkowanie interesu osobistego lekarza interesom chorych tylko może bezwzględnie zapewnić niezachwiany szacunek i powagę stanu lekarskiego.

W dyskusji d-r POLAK stawia wnioski, że: 1) etyka powinna być przedmiotem rozpraw kongresów, 2) powinna być uzupełniającym przedmiotem wykształcenia lekarza, 3) należałoby określić oparte na etyce typy postępowania lekarskiego w pewnych kategoriach wypadków (jak np. tajemnica lekarska i t. p).

D-r TCHÓRZNICKI stawia wniosek, iż sekcyja powinna zaznaczyć, że położenie materialne lekarza jest takie, iż w wykonaniu etycznych zadań medycyny napotyka wielkie przeszkody. Społeczeństwo i państwo powinny podnieść płacę lekarzy i postawić ich przez to w możności spełniania swych świętych obowiązków.

Prof. WACHHOLTZ żąda zamknięcia dyskusji, a to z powodu, że temat ten nadawałby się do rozpatrzenia przez ogół lekarski uczestników zjazdu, a nie przez dwie sekcje, których członkowie z zawodu swego mniej się spotykają ze sprawami, wymagającymi zasad etyki lekarskiej, powtórę z powodu, że przez wykłady, dzieła i t. d. nikogo etyki nie nauczymy, kto bowiem zasad etycznych niema wyrobionych, ten ich przez wykład nie nabierze.

Chociaż uchwalono wniosek większością głosów, d-r POLAK sprzeciwia się prof. WACHHOLTZ'owi i zaznacza raz jeszcze potrzebę nauczania etyki lekarskiej.

D-r SZCZĘSNY-BRONOWSKI jest zdania, że przyszła etyka lekarska powinna być oparta na zasadach następujących: 1) winna być ogólno-ludzka, 2) dobro cierpiącej ludzkości mieć na pierwszym planie, na drugim dopiero interes osobisty stanowy lekarski. Wbrew zdaniu prof. WACHHOLTZ'a utrzymuje, że ludzi można kształcić etycznie, a więc i etyka lekarska i jej zadania powinny być stale na zjazdach lekarzy polskich w oddzielnej sekcji rozpatrywane.

D-r OPIEŃSKI (Żółkiew) uważa sprawę podniesioną przez prelegenta za bardzo ważną, ale to tylko jest niejako zapoczątkowaniem rozpraw na ten temat; prelegent za mało uwydatnił potrzebę traktowania etyki lekarskiej osobno, a nie w morzu ogólnej etyki społecznej. Jaskrawy przykład przy ubieganiu się o posady dowodzi, że ogólnymi zasadami etyki sprawy tu wyjaśnić nie można. Godzi się na wniosek d-ra POLAKA, a co do zapatrywań prof. WACHHOLTZ'a, to przyznaje mu rację o tyle, że kwestya ta w istocie powinna być traktowana na posiedzeniach ogólnych i to głównie wśród lekarzy praktyków.

D-r GANTKOWSKI (Witkowo w W. Ks. Poznańskim). Ogólny pogląd na partactwo w lecznictwie czasów obecnych oraz na środki i sposoby, prowadzące do zwalczania go. Wiek ubiegły był dla rozwoju naukowej medycyny nader pomyślny; tyle wykazuje on odkryć wiekopomnych, tyle wynalazków subtelných, ułatwiających badanie chorób, że medycyna z przed 100 lat i obecnie to jakby dziecko i człowiek dorosły. A jednak z tym rozkwitem medycyny naukowej rozszerzyło się i partactwo w lecznictwie, działające głównie pod osłoną trzech sekt leczniczych, a mianowicie: przyrodolecznictwa, wodolecznictwa i homeopaty.

Podawszy krótki pogląd na początek i rozwój przyrodolecznictwa oraz na jego przedstawicieli, autor nadmienia, że nazwa „przyrodolecznictwo“ jest niewłaściwa, bo ono nie jest metodą wyczekującą, ale ma swoje swoiste środki „przyrodne“. W dalszym ciągu zastanawia się nad stosunkiem do niego medycyny naukowej, nad jego etiologią, oraz wpływem dodatnim na medycynę, w końcu omawia stanowisko, jakie zajmuje publiczność wobec przyrodolecznictwa.

Co do wodolecznictwa, to, uwzględnwszy jego historję, podaje prelegent sposób leczenia ks. Kneipp'a i wykazuje, iż już w wieku XVIII tymże sposobem leczyl we Włoszech kapucyn ojciec Bernardyn.

Następnie autor zestawia homeopatyę dawniejszą i obecną, omawia wpływ jej na medycynę naukową i rozbiiera dwa pytania, czy można wierzyć w jakiekolwiek działanie na ustrój leków homeopatycznych i czy należy leki allopatyczne w przeciwstawieniu do homeopatycznych uważać za szkodliwe?

Z powyżej podanych trzech rodzajów sekt leczniczych rekrutuje się spora liczba innych kombinacji, jak np. wegetaryanizm, teoria „dyzemii“ d-ra LAHMANN'a, metoda flzyczno-dyetetyczna, metoda leczenia światłem i t. p.

Partactwo w lecznictwie zatem (niema tu prelegent na myśli „znachorów“) tak niebezpiecznym poczyna być wrogiem lekarzy i byt ich materyalny podko-

puje, że trzeba się z niem liczyć i myśleć o środkach obronnych. Za takie uważać można następujące:

1) Słuchacze medycyny powinni mieć w uniwersytetach możliwość poznania metod fizyczno-dyetycznych i wodoleczniczych.

2) Winni nauczyć się pod kierunkiem docentów dokładnie wykonywać odpowiednie zabiegi, konieczne przy pielęgnowaniu chorych, gdyż partacze te właśnie zabiegi doskonale znają i tem, rzecz prosta, budzą do siebie zaufanie.

3) Lekarze winni być bardzo ostrożni w stosowaniu nowych leków, nie wypróbowanych dostatecznie, bo to dyskredytuje medycynę, partacze bowiem mogą mówić, że to, co dziś uznaje ona za niezawodne, jutro z szeregu leków usuwa.

4) Spostrzeżenia swoje, odnoszące się do partactwa, lekarze powinni podawać w czasopismach lekarskich, by tem dać innym lekarzom broń w rękę wobec bezkrytycznej publiczności.

5) Władze lekarskie powinny się starać wpłynąć na rząd, by lekarzy, którym wydaje dyplomy, wziął szczerzej pod swoją opiekę, zakazując partaczom ich bezgranicznej reklamy i karząc surowo wszelkie ich przestępstwa.

6) Lekarze sami powinni we własnym interesie szanować swoją naukę, nie krytykując się wzajemnie lekceważąco wobec publiczności, bo w ten sposób sami podkopują zaufanie do medycyny naukowej.

7) Dziełka z dziedziny medycyny popularnej potrzeba rozszerzać i popierać.

W dyskusyi d-r TCHÓRZNICKI zaznacza, że przyczyną rozwoju partactwa lekarskiego jest choroba nieuleczalna. Najlepiej ukonstytuowana medycyna nie ma środków na tysiące stanów patologicznych. Ci nieuleczeni rzucają się w prawo i w lewo, tonący brzytwy się chwytają, więc tych brzytwów zawsze jest pewna liczba. Do partactwa przyczynia się też niedostateczne wykształcenie lekarzy. Lekarz po ukończeniu uniwersytetu powinien jeszcze dwa do czterech lat pracować i wtedy dopiero zacząć samodzielnie leczyć. Najlepszym środkiem na partactwo lekarskie jest doskonałość lekarska.

Partactwo lekarskie trwać będzie do końca świata.

D-r OPIEŃSKI żąda, by partaczy karano w drodze administracyjnej; do tego zdania przyłącza się i d-r DEHNEL (Będzin).

Prelegent życzy sobie, by sprawa partactwa była poruszona na posiedzeniu ogólnem przyszłego zjazdu.

Następnie przedstawia d-r L. BIER wniosek swój i d-ra POLAKA: Sekcja higieny uznaje potrzebę rozszerzenia działu higieny na przyszłych zjazdach lekarskich przez utworzenie kilku sekcji, obejmujących całokształt higieny.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

(dawn. Zapasowy).

za miesiąc Wrzesień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 114 (m. 47, k. 67); przybyło we wrześniu 203 (m. 82, k. 177); wypisało się 79 (m. 73, k. 98); zmarło 28 (m. 10, k. 18); pozostało na miesiąc następny chorych 112 (m. 53, k. 59).

Ogólna liczba chorych, jak widzimy bardzo znaczna, zależy od szeroko rozwiniętej w mieście naszym i w okolicach ospy, której liczba chorych doszła w miesiącu ubiegłym do niebywałych u nas rozmiarów. Gdy w tymże miesiącu r. z. mieliśmy tylko 12, obecnie w jednym tylko miesiącu przybyło aż 60 chorych na ospę, — liczba, nigdy jeszcze w szpitalu naszym nie notowana. Wogóle od 3 miesięcy ospa stale i to w zatrwających rozmiarach się zwiększa. Szpital zmuszony był otworzyć drugi oddział ospowy, z uszczerbkiem dla innych chorych zakaźnych, których dla braku miejsc przyjmować nie może. Przebieg choroby jest przytem bardzo ciężki, a śmiertelność znaczna, gdyż przeważnie przybywają chorzy nieszczepieni. Na 15 zmarłych w ubiegłym miesiącu, było 12 nieszczepionych. Dodać trzeba, że chorzy przybywają z najrozmaitszych punktów miasta i okolic.

Wogóle miesiąc ubiegły pod względem sanitarnym należy do bardzo niepomysłnych. Oprócz bowiem epidemii ospy widzimy znaczny wzrost innych chorób zakaźnych, jak róży, szkarlatyny i odry. Rzadziej tylko spotykamy biegunkę krwawą i tyfus brzuszny, t. j. chorób sezonowych.

Najliczniejszą więc rubrykę chorych stanowiła ospa, której przybyło przypadków 60 (m. 29, k. 31), przeważnie u chorych nieszczepionych, z przebiegiem ciężkim i powikłanym. Śmiercią zakończyło się przypadków 15 (m. 7, k. 8), z nich 12 u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Ostrowska 15, Leszno 23, Żórawia 18, Kacza 5, Solec 51 (2 przypadki), Grójecka 3, Królewska 10, Czerniakowska 49 i 67, Smocza 5, Widok 18, Wilcza 38, 54 i 23, Książęca 13, Twarda 24, Nowogrodzka 36, Wolska 47, Mokotowska 48, Śliska 46, Hoża 72, 66 i 68, Wąski Dunaj 12, Daniłowiczowska 4, Freta 10, Dzielna 20, Sosnowa 10, Chmielna 34 (2 przypadki), Brzozowa 20, Plac Warecki 3, Mirowska 3, Stawki 31, Samborska 2, Zielna 24, Wronia 31, Stare Miasto 34, Jerozolimska 37, Marszałkowska 30, Nowolipie 9 i 10, Chłodna 18, Litewska 10, Pańska 46, Nowo-Wolska 2, Stalowa 31, oraz okolice: Marki, Młociny, Czyste (3 przypadki), Wola, Mokotów, Rogatki Belwederskie i Błotnice.

Drugą rubrykę, również znacznie większą niż w sierpniu, zajęła róża, której było przypadków 53 (m. 26, k. 37), z przebiegiem niezbyt ciężkim. Niepomysłnie zakończył się tylko jeden przypadek. Chorzy pochodzili z różnych punktów miasta, między nimi 8 z okolic Warszawy.

Mniej uieco, niż w sierpniu, zanotowano tyfusu brzuszno, przypadków 18 (m. 6, k. 12) z przebiegiem dosyć ciężkim. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki. Chorzy przybyli z ulic i domów: Łucka 7, Czerniakowska 116, Mińska 11, Podwałe 6, Krzywe Koło 22, Wolska 51, Gęsia 45, Hrubieszowska 6, Wspólna 73, Marszałkowska 68, Przytułek Magdalenek, Przemysłowa 11, Średnia 23, Mostowa 10, Maryensztat 4, Wronia 38 i wieś Marki.

Znacznie mniej spostrzegano biegunki krwawej, przypadków 16 (m. 10, k. 6), z przebiegiem dość ciężkim, w stanie zaniedbanym. Niepomysłnie zakończyło się 5 przypadków. Chorzy pochodzili z ulic: Twarda 8 i 13, Młynarska 49, Nowe Miasto 4, Czerniakowska 32, Św. Jerska 18, Freta 10, Nowo-Krochmalna 89, Pańska 10, Fabryczna 6, Wilcza 35, Krochmalna 57, Lipowa 12, oraz Czyste, Marymont i Góra Kalwarya.

Częściej znacznie występuje błonica, której mieliśmy przypadków 11 (m. 2, k. 9), przeważnie u dorosłych. Jeden przypadek zakończył się niepomysłnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Białościcka 23, Brukowa 20, Litewska 7, Freta 37, Skrzemieńska 5, Hoża 46, Wilcza 61, Leszno 52, Nowo-Stalowa 43, Nowo-Krochmalna 89 oraz wieś Wola.

Częściej również zdarzała się o dra, której zanotowano przypadków 7 (m. 4, k. 3), przeważnie u dorosłych.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 14 przypadków zapalenia gardła, 3 — tyfusu wysypkowego (Muranowska 13, Wronia 31 i Niska 64); 3 — ostrego nieżytu żołądka i kiszek; 2 — karbunkułu (wieś Wola 250); oraz po jednym przypadku: gruźlicy, zapalenia płuc włóknikowego i reumatyzmu wielostawowego.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 13 (m. 5, k. 8).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Św. Stanisława wydano 25 (m. 5, k. 20); dla braku zaś miejsc 21 (m. 5, k. 16).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 54 (m. 23, k. 31).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3266 (m. 1307, k. 1959).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 8,83%.

J. Szwańcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= J. MEYER zaleca zamiast jodoformu amyloform w postaci zasypywań lub w postaci gazy amyloformowej we wszystkich przypadkach, w których dotąd stosowano gazę jodoformową. Działanie tego środka ma znacznie przewyższać działanie jodoformu i nie ma prócz tego przykrego zapachu jodoformu. Gazę amyloformową przyrządza się w sposób następujący: Rp. *Amyloformii* 5,0—10,0, *Glycerini* 10,0, *Spiritus* 50,0, *Aetheris* 40,0, *Ol. ricini* 0,5 M. f. *Emulsio*. Przepojoną tym płynem gazę, wyjaławia się w parze. (Die ärztliche Praxis. Nr. 14. 1900).

= COHNHEIM opisuje dwa przypadki rozszerzenia żołądka okresowego (intermittierend). Chory 54-letni cierpi od wielu lat na rozszerzenie żołądka z charakterystycznymi objawami, poczem kilka miesięcy czuje się zupełnie dobrze. Gdy z powodu bólów w kilka godzin po jedzeniu zgłosił się do autora, tenże, przypuszczając, jako przyczynę rozszerzenia, kurcz odźwiernika, dał choremu naczczo 150 grm. oliwy. Bóle ustały, a po 4 dniach żołądek w czasie właściwym okazał się próżnym. Po miesiącu, po błędzie w dyecie, nastąpiła recydywa, którą usunięto również za pomocą oliwy. W drugim przypadku 30-

letni chory cierpiał od kilku tygodni na gwałtowne bóle żołądka, kilka razy wymioty krwawe; żołądek był rozszerzony. Rozpoznawszy wrzód, zalecono odpowiednie leczenie, którego jednak chory nie mógł skutecznie; spróbowano przeto dać 150 grm. oliwy. poczem bóle zaraz ustały. Nastąpiło wyleczenie. (D. M. Zg. 11. 1900).

= Jeśli plwocinę, zawierającą laseczniki gruźlicze, wysuszyć na szkiełkach pokrywkowych i wystawić na wpływ zwykłego światła dziennego, to laseczniki zachowują swą jadowitość około 18 dni; w ciemnym miejscu jednak trwa ona 60—80 dni. Przy poddaniu plwociny gniciu, laseczniki, w niej zawarte, zachowują jadowitość przez 4 miesiące i dłużej; następnie jadowitość się zmniejsza. Laseczniki zachowują zdolność barwienia się nawet po długotrwałem gniciu plwociny, chociaż w mniejszym stopniu. (Gaz. d. osped. 142. 1899).

= W klinice POSNER'a w Berlinie robiono spostrzeżenia nad chorą, której przed 14 laty wycięto nerkę. Dały one następujące wyniki: 1) W obrazie ROENTGEN'a widać pozostałą, znacznie przerosłą nerkę. 2) Koniec moczowodu tej nerki przedstawia u ujścia wypukle-

nie w postaci uchyłka w stronę pęcherza, zależne prawdopodobnie od zwiększonego ciśnienia w moczowodzie. 3) Nerka zdolna jest wydzielić w ciągu doby znaczne ilości wprowadzonego azotu. 4) Błękit metylowy zjawia się w moczu w pół godziny po zastrzyknięciu go; wydzielanie jego trwa 4 dni. (Ctbl. f. Krankh. d. Harnorg. T. 10).

== FEILCHENFELD zauważył, że wzruszenia, którym wielu ludzi podlega przed każdą ważniejszą czynnością, dają się znakomicie uśmierzać przy pomocy strofantu. Z tego założenia wychodząc, zaleca autor przed większą operacją dawać chorym 5—6 kropel nalewki strofantu, zaczawszy na dwa dni przedtem. Najlepiej dawać wieczorem oraz rano w dniu operacji. (Ctbl. f. Chir. 4. 1900).

== HEINTZE spostrzegał chorego, przywieziona do szpitala z objawami pękniętego wrzodu żołądka. Na zwłokach znaleziono żołądek cały; natomiast w przelyku, 6 ctm. powyżej wpustu, pęknięcie 3 ctm. długie. Nie było ani raka, ani zwężenia lub uchyłka. (D. M. Ztg. 16. 900).

== Wiadomo, że serce jest przesuwalne, że przy zmianach położenia ciała lub innych narządów ulegać może przesunięciu. DETERMANN sprawdził to zjawisko u 500 chorych i przekonał się, że u ludzi źle odżywianych, w blednicy i w położu przesuwalność bywa większa; natomiast w rozedmie i stwardnieniu naczyń mniejsza. U neurasteników, zwłaszcza wychudłych, serce przesuwają się w znacznym stopniu; temu zapewne przypisać należy niektóre przypadłości ze strony serca u tych chorych. (D. M. Zg. 19. 900).

== PACKARD opisuje 5 przypadków zapalenia zastawek serca przy zapaleniu migdałów. Najdokładniejsze badanie nie zdołało stwierdzić poprzedzającego gościa stawowego. W jednym przypadku zapalenie wsierdzia nastąpiło jednocześnie z zajęciem migdałów; w drugim chory miał zapalenie migda-

łów na rok przed stwierdzeniem niewątpliwej wady serca; w trzecim choroba serca zaczęła się w tydzień po zapaleniu migdałów. (Amer. Jour. of med. scienc. Styczeń 900).

== Podług badań MOSSÉ'go u dyabetyków, zwłaszcza na tle dnawem, spożywanie kartofli nie tylko może być dozwolone, lecz mogą one nawet zastąpić chleb. Podawanie 1500 grm. kartofli dziennie sprowadzało zmniejszenie ilości moczu i cukru oraz przyrost wagi. Podług BALLAND'a w 3 kilo kartofli mieści się tyleż mączki i części azotowych, ile w 1 kilo chleba. Najodpowiedniejszym gatunkiem kartofla jest ten, który po ugotowaniu nie rozsypuje się, gdyż zawiera mniej mączki, a więcej istot białkowych. (Lyon méd. 28. 1. 1900).

== BOGDANOW spostrzegał przypadek zeszycia z pomyślnym skutkiem pękniętej samoistnie macicy u rodzącej. Przy operacji znaleziono płód nieżywy w jamie brzusznej, skąd go' wydobyto wraz z łożyskiem. Autor przypuszcza, iż częstość samoistnych pęknięć macicy podczas porodu u wieśniaczek rosyjskich zależy od tego, że zażywają w znacznej ilości sporysz. (Wracz. 8. 909).

== DOERR spostrzegał przypadek rurkowatego oddzielenia się błony śluzowej przelyku po otruciu ługiem sodowym. Wydalona rurka miała 13 ctm długości i, jak badanie drobnowidzowe pokazało, obejmowała całą zmartwiałą błonę śluzową, jako też część muskultury okrężnej i podłużnej. W literaturze znanych jest dotąd 8 tego rodzaju przypadków, z których 6 zakończyło się śmiercią. Wydalenie następuje nie wskutek zapalenia tkanki podśluzowej z oddzieleniem zmartwiałej błony śluzowej, lecz w ten sposób, że zeszywniała przez zgorzel błona śluzowa zostaje wypchnięta drogą skurczów mięśniowych. (D. M. Zg. 3. 900).

== W literaturze znane są dopiero 3 przypadki zwichnięcia żeber, opisane przez MARTIN'a, BOYER'a i MALGAI-

GNE'a. Le GUENT opisuje czwarty przypadek. Mularz, spadły z rusztowania, doznał stłuczenia w okolicy wątroby. Wystąpiły bóle, duszność i kaszel. Złamanie żebra nie było. Po 5 tygodniach ból ustał, lecz wystąpił znów po kilku miesiącach i przeszkadzał w pracy. W pewnych pozycjach ciała, np. gdy chory się schylał i w tem położeniu podnosił prawą kończynę górną, spostrzega-

no zgrubienie w okolicy żeber fałszywych z prawej strony.} Mianowicie 9-te i 10-te żebro kładły się na 11-te. Część chrzęstna tych żeber była bolesna aż do wyrostka mieczykowatego. Gdy chory wstawał i prostował się, znikało zniekształcenie żeber. Stały gorset usunął bóle przy pracy, ale stan poprzedni pozostał niewyleczony. (Jour. des sc. méd. de Lille 4. 11. 99).

Wiadomości bieżące.

— Zwracamy uwagę na dzisiejsze sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu św. Stanisława, w którym uderza ogromny wzrost liczby chorych zakaźnych wogóle, w szczególności zaś dotkniętych ospą.

— W dniu 11 b. m. odbyło się poświęcenie „Domu Zdrowia dla chorych nerwowych“ d-rów L. DYDYŃSKIEGO i S. GOŚCICKIEGO przy ulicy Bagatela Nr. 6, wobec licznie zgromadzonych lekarzy, przeważnie neuropatologów. Zakład mieści się w oddzielnym domu w pewnem od ulicy oddaleniu, wśród ogrodów, i składa się z parteru i jednego piętra. Siedm pokoi dla pomieszczenia tyłuż chorych i większy salonik oraz pokój, mieszczący wszelkie przyrządy do elektryzacji, i pokój do zabiegów wodoleczniczych składają się na ten

niewielki lecz z gustem i komfortem urządzony zakład, przy którym jeden z lekarzy stale ma zamieszkać. Punkt wybrany bardzo szczęśliwie, bo zdala od fabryk, w dobrem powietrzu i w miejscu zacisznem. Ogród spacerowy na miejscu oraz naprzeciwko znajdująca się „Bagatela“ pozwolą chorym używać przechadzek bez oddalania się od domu. Komunikacja doskonała, bo tramwaj dochodzi do samego miejsca. W obec braku w Warszawie podobnego zakładu dla chorych nerwowych, zmuszonych szukać przytułku w zakładach poświęconych wszelkiego rodzaju chorym, „Dom Zdrowia d-rów DYDYŃSKIEGO i GOŚCICKIEGO“ jest bardzo na czasie i choć w części uczyni zadość niezaspokojonej dotąd potrzebie.

Od Redakcyi i Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych apteki Fr. Karpińskiego w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 5 Октября 1900 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

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.

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.

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-ej p.p.

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 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.

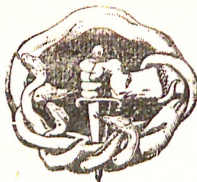
Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

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.“ *L'Indep. méd.* 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

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

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 Marosseika, Spasso-Glinitzowski perentok dom Pugowkina.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-RA JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobów, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko