

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r e d p ł a t y :

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

TREŚĆ: Spostrzeżenia ze szpitala Św. Łazarza w Warszawie. Owrzodzenia szankrowe odbytnicy. Podał dr. E. KLINK, lekarz tegoż szpitala. (dok.)— Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie biologiczne z dnia 26 Listopada r. b. Statystyka obłąkanych.— Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i chirurgicznym leczeniu guzów jamy brzusznej, przez SPENCER'A WELLS'A. Wolny przekład d-ra St. KONDRATOWICZA. (c. d.)— Odcinek. Przyczyny nieporządków w zakładzie dla obłąkanych w Kułparkowie pod Lwowem. Skreślił dr. Z. DOBIESZEWSKI. — Streszczenia i wyciągi. O hysterii obwodowej — Listy otwarte do Redakcyi Medycyny. Projekt ustawy stypendium imienia d-ra med. Polikarpa GIRSZTOWTA. — Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.— Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA ze SZPITALA S-go ŁAZARZA w WARSZAWIE.

Owrzodzenia szankrowe odbytnicy (*Ulcera venerea ani*).

Podał Edward **Klink**, lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

(Dokończenie.— Zob. Nr. 50).

Wielkość wrzodów szankrowych warunkuje się ich charakterem, sblonnością do rozszerzania się wrzodu, czystem utrzymywaniem chorej, zmianami w błonie śluzowej jelita odchodowego spowodowanymi rozszerzeniem żył odbytnicowych (guzy krwawnicowe). Spostrzegaliśmy przypadki, w których owrzodzenia szankrowe jelita odchodowego zajmując całą błonę śluzową tego jelita aż do zwieracza wewnętrznego, rozprzestrzeniały się jednocześnie i w znacznym stopniu na skórę odbytu otaczającą, sięgając również i na skórę powyżej odbytu.

Objawy podmiotowe są bardzo rozmaite i zależne od umiejscowienia się wrzodu, od jego wielkości, charakteru i powikłań. Owrzodzenia pomieszczone na skórze odbytu otaczającej są bardzo mało bolesne i to mianowicie wówczas, gdy oba posładki są oddzielone od siebie dostatecznie grubym pokładem skubanki, i gdy owrzodzenia czysto są utrzymywane.

Owrzodzenia szankrowe pomieszczone na błonie śluzowej jelita odchodowego, lub też na fałdach powstałych z guzów krwawnicowych, które to fałdy mocno nabrzmiwiają, albo też pomieszczone w fałdach skóry promienisto zbiegających się ku jelitu odchodowemu, są bardzo bolesne, połączone z kurczowem ściąganiem zwieracza odbytu, a przy wypróżnieniach kałowych sprawiają chorym niewysłowione bóle. Jako objaw odruchowy przy obecności owrzodzeń jelita odchodowego przytrafia się także

kurczowe zwięzenie odbytu. Przy tego rodzaju zwięzeniu każde wydalanie stolca połączone jest z gwałtownym kłującym bólem w ujściu odbytnicy. Rozumie się że im kał jest bardziej zbity i suchy tym bóle te są dokuczliwsze. Niekiedy odbyty jest tak wrażliwy, że chora nie może ani siedzieć, ani kichnąć i t. p. bez bólu.

Chore takie pozbawione są często snu, tracą łaknienie, podupadają na siłach. Niekiedy, mianowicie przy istnieniu guzów krwawnicowych, każde wydalanie stolca prócz znacznych bólów wywołuje także i obfite kwawienie, co rozumie się jeszcze bardziej przyczynia się do osłabienia chorej.

Przebieg owrzodzeń szankrowych jelita odchodowego jest w poważnej liczbie takż sam jak i w innem miejscu pomieszczonych szankrów; jednakże wszystkie te owrzodzenia cechują się niezwykłą uporczywością w leczeniu.

Przebieg w mowie będących owrzodzeń zależy także od powikłań, z pomiędzy których napotykaliliśmy: zapalenie tkanki łącznej otaczającej odbytnicę i ropnie odbytnicy (*periproctitis et abscessus recti*), przetoki odbytnicze (*fistulae rectales*) i zwięzenia odbytu (*stricturae ani*).

Ropnie w tkance łącznej, która w znacznej ilości otacza jelito odchodowe, jako następstwo owrzodzeń szankrowych umieszczonych w temże jelicie, powstają bardzo rzadko, spostrzegaliśmy bowiem w roku 1876 dwa podobne przypadki, w roku zaś ubiegłym 1.

Rozpoznanie ich dosyć jest łatwe: wypuklają one skórę w okolicy odbytu i chelbotanie dosyć szybko występuje. W czasie wytwarzania się ropnia bóle przy stolcach nadzwyczajnie się powiększają.

W dwóch przypadkach ropień został przecięty i nieprzyszło do przedziurawienia, jelita w trzecim zaś przypadku nastąpiło pęknięcie ropnia do jelita, w skutek czego wytworzyła się przetoka, kończąca się ślepo w tkankach otaczających odbytnicę. W krótkim jednakże czasie potem nastąpiło przedziurawienie skóry w okolicy odbytu i tym sposobem wytworzyła się przetoka odbytnicza zupełna. Otwór był z boku odbytu, z otworu tego sączyła się ropa, a w skutek ciągłego podrażnienia skóry wytworzył się wał otaczający otwór. Chora ta z przetoką została wypisana i po kilkakroć powracała do szpitala z powodu innych cierpień części płciowych; z przetoki zawsze sączyła się nieznaczna ilość ropy. Zapomocą zgłębnika nie udało się nam dojść do jelita odchodowego. Ponieważ cierpienie to nie sprawiało chorej żadnych złych następstw chora na żadną interwencyją lekarską zgodzić się nie chciała.

Prócz tych przetok odbytnicowych spostrzegaliśmy tak w roku zeszłym jak i bieżącym przetoki pochwo-stolcowe, jako następstwo owrzodzenia szankrowego z charakterem żrąco-rozpadowym, pomieszczonego w dolku łódkowatym. W r. 1876 spostrzegaliśmy 8 przypadków przetok pochwo-stolcowych, w r. 1877 zaś 6. We wszystkich przypadkach udawało się nam przeprowadzić zgłębnik do jelita odchodowego, gdzie można go było wyczuć wprowadzonym do jelita palcem. Przetoki te bądź to w skutek zanieczyszczenia kałem, bądź też wypływem z pochwy i macicy częstemu ulegały owrzodzeniu.

Owrzodzenia szankrowe pomieszczone na brzegu jelita odchodowego po zagojeniu wytwarzają blizny, które powodują czasowe zwężenie wylotu odbytu. Tego rodzaju zwężenie przy badaniu przedstawia się jako stosunkowo dosyć twardey bliznowaty pierścień lub półpierścień, co rozumie się zależy od wielkości owrzodzenia. Albo też przy badaniu wyczuwamy podłużne blizny, przebiegające wzdłuż ściany odbytu, które także przyczyniają się do jego zwężenia, a wytwarzają się wówczas, jeżeli owrzodzenie szankrowe rozprzestrzeniało się wzdłuż jelita odchodowego. Napotykalismy także zwężenia całego jelita odchodowego, aż po za zwieracz zewnętrzny odbytu: wówczas przy badaniu wyczuwalismy twardą bliznę obejmującą ze wszech stron jelito odchodowe. Powyżej zwężenia jelito jest jakoby rozszerzone.

Następstwem tych wszystkich zwężeń jest mniejsze lub większe utrudnienie wydalaniu stolca, które dosyć szybko znika przy zwężeniach pierścieniowatych wylotu odbytnicy, trwa zaś dłużej przy zwężeniach jelita odchodowego.

Trudność w rozpoznaniu zachodzi może pomiędzy owrzodzeniem szankrowem jelita odchodowego a pęknięciem, nadżarciem powierzchownem błony śluzowej tego jelita.

W ogóle pęknięcia i nadżarcia są ograniczone tylko do niewielkich przestrzeni, nie mają tego cechującego wyglądu co owrzodzenia szankrowe, nie są pokryte tak grubym nalotem rozpadowym, nie towarzyszą im nigdy znaczne objawy zapalne, nie rozprzestrzeniają się na skórę odbytu otaczającą i nie zajmują nigdy błony śluzowej jelita odchodowego ze wszech stron, ani nie trwają tak długo jak wrzody szankrowe, ani nie powodują tych następstw. Później dopiero przy nieczystem utrzymywaniu się chorej, przy obfitych wypływach śluzoropnych z pochwy, te powierzchowne nadżarcia pogłębiają się i rozszerzają ku górze, obejmują znaczne przestrzenie jelita odchodowego i zamieniają się na owrzodzenia z wielką trudnością dające się odróżnić od owrzodzeń szankrowych.

Owrzodzenia szankrowe pomieszczone na skórze odbytu otaczającej mogą być niekiedy wzięte za owrzodzone lepieże płaskie. Te ostatnie jednakże przedstawiają się jako guziki nieco wystające nad poziom skóry, których powierzchnia jest zlekka owrzodzoną.

Owrzodzenie lepieża płaskiego nigdy nie jest tak znaczne i guziki lepieżowe są od siebie oddzielone zdrową skórą i nie łączą się wzajemnie, mianowicie jeżeli ilość ich jest nieznaczną. Przy czystości i oddaleniu pośladków w dni kilka lepieże zablizniają się. Wreszcie cechy właściwe szankrowe jako to: gruby pokład masy rozpadowej na owrzodzeniu, podminowanie brzegów, nieregularna postać najzupełniej pozwalają odróżnić lepieże płaskie od owrzodzeń szankrowych.

Leczenie owrzodzeń pomieszczonych tak na skórze odbytu otaczającej jako też i w samym jelicie odchodowym nie różni się od leczenia owrzodzeń szankrowych pomieszczonych na innych częściach ciała.

Najpierwszem warunkiem leczenia jest największa czystość; przy opa-

trunku tych owrzodzeń po każdym stolcu chory powinien dokładnie przy pomocy gąbki lub kąpieli nasiadowej obmyć okolice jelita odchodowego. Owrzodzenia szankrowe pomieszczone w jelicie odchodowym potrzebują szeregowej troskliwości, należy się starać o regularne wypróżnienia, przy urządzeniu odpowiedniej diety, po każdym stolcu przestrzyknąć jelito odchodowe roztworem kwasu karbolowego i tegoż roztworu użyć do opatrunku, który należy przynocować przez założenie odpowiedniej przepaski.

Bolesne skurcze jelita odchodowego, mianowicie przy owrzodzeniach szankrowych w samym jelicie pomieszczonech, należy łagodzić za pomocą morfiny do wewnątrz lub podskórnie zastrzykniętej i dodaniem opium do roztworu opatrunkowego. Przy leczeniu powikłań jako to: zapalenia tkanki łącznej otaczającej odbytu, należy starać się o wczesne otwieranie dużym cięciem ropnia od zewnątrz, a to w celu zapobieżenia niepomysłnym następstwom, skoro ropień otworzy się do jelita odchodowego.

Zwężenie odbytu z powodu blizn nigdy nie jest tak znaczne, aby potrzebowało aż rozszerzania jelita odchodowego zapomocą świeczek odpowiednich, zwężenie to samo ustępuje z wolna, pod działaniem naciskającego kału.

Wreszcie usuwanie przetok odbytnicowych odbywa się na drodze chirurgicznej, bądź przez cięcie lub przewiązanie, bądź też przy pomocy pętli galwanokaustycznej.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie bijologiczne z d. 26 Listopadzie 1878 r.

Statystyka obłąkanych.

Na posiedzeniu bijologicznem d. 26. Listop. kol. ROTHE odczytał pracę o Statystyce obłąkanych u nas, którą wygotował jako upominek na rzadką uroczystość 150-letniej rocznicy istnienia szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie. Jakkolwiek są pewne ślady, że dawniej już trudniono się tym przedmiotem w różnych krajach, to jednak niemniej jest pewnem, że statystyka obłąkanych żywiej zaczęła zajmować umysły w ostatnich dopiero dziesiątkach bieżącego stulecia. Z rozlicznych prac dokonanych na tej niwie okazuje się, że na 1000 ludności przypada, w Wirtembergu 4,22 na umyśle cierpiących, w Anglii 3,4, w Szwajcaryi 2,91, w Badenickim 2,68, w Prusach 2,23, w Bawaryi 2,48, w Saksonii 2,21, w Węgrzech 2,4, w Austrii 1,46, we Włoszech 1,64, we Francyi 2,44, w Belgii 1,68, w Hollandyi 1,53, w Danii 2,18, w Stanach Zjednoczonych 1,37. Cesarstwo Rosyjskie nie posiada dotąd ogólnej statystyki tego przedmiotu, wiadomo tylko, że we wszystkich zakładach dla obłąkanych jest miejsc 4802, a zatem że jeden chory na 16,650 ludności może być tamże pomieszczonym. W r. 1876 miało szukać pomocy w tychże zakładach osób 12,493, z których miało wyzdrowieć 6,704, to jest przeszło 53^o/. Zaiste jest to cyfra zanadto rażąca, aże-

by nie miała wzbudzić podejrzenia. W powyższe cyfry jest także wliczone i Królestwo Polskie; chcąc zaś niem tylko wyłącznie się zająć, potrzeba by niesłychane pokonać trudności, któreby chyba przy ogólnym spisie ludności w r. 1880 przypadającym, usunąć się dały. Jeżeli jednak przy zaczątku statystyki Pruskiej wolno było DAMED'OWI wnosić o ogólnej liczbie obłąkanych w całym kraju opierając się na ich obliczeniu w Obwodzie Merseburgskim jedynie, to i my na teraz na tem poprzestać możemy. Otóż z pięknej pracy d-ra KROSNOWSKIEGO, uwieńczonej konkursową nagrodą w r. 1866 przez nasze Towarzystwo, pod napisem Statystyka i topografia lekarska powiatu Lipnowskiego, dowiadujemy się, że w rzezonym powiecie wśród 116,787 ludności, 16,418 miejskiej i 94,369 wiejskiej, żyło 67 obłąkanych czyli jeden na 1492 osób. Porównawszy cyfry te z ogólną ilością ludności Królestwa, wynoszącą około 6,000,000 przypadała by cyfra 4,691 na obłąkanych. Cyfra ta więc jeszcze zyskuje na prawdopodobieństwie, jeżeli ją porównamy z obrachowaniami statystycznymi obłąkanych w ościennych krajach. I tak np. w Galicyi w r. 1875 na 5,416,742 ludności było 2,489 obłąkanych, a zatem 1 na 2489; w Czechach 5,140,000 było 2600, a zatem 1 na 2000. (W Poznanskim według kol. CHOMĘTOWSKIEGO 1 na 1,400, a w Prusach wschodnich 1 na 1200). Dla Królestwa Polskiego cyfra powyższa, musi być zapewne zaniska z powodu, że obliczenie wspiera się na powiecie Lipnowskim, w którym przeważa ludność wiejska, w ogólności mniej obłąkaniu podlegająca, w każdym jednak razie może służyć za podstawę do skrupulatniejszych obliczeń. W obu naszych szpitalach dla obłąkanych w Warszawie mamy miejsc 383, a chociaż te służą tylko prawie wyłącznie na miejscową potrzebę, to jednak nigdy nie są wolne i ciągle na szczupłość tej cyfry są narzekania. Doszedłszy do przekonania, że w kraju naszym mamy pokaźną liczbę osób na umyśle upośledzonych, zachodzi pytanie, w jaki sposób najdogodniej i najskuteczniej rozciągnąć nad nimi opiekę. Obiecując nam obszerniejszą pracę w tym względzie autor zaczyna od skreślenia historii przytułków dla obłąkanych, których cel i forma z przebiegiem czasu zmieniały się wraz z poglądami na przyrodę samego obłąkania. W średnich wiekach gdzie obłąkanych poczytywano za błogosławionych albo za opętanych, byli oni przedmiotem czci albo przesładowania. W wieku zaś tak zwanego odrodzenia (*renaissance*) obłąkany był uważany za istotę szkodliwą dla społeczeństwa i zbrodniczą, kuto go więc w kajdany i gnojono w więzieniach pospołu z przestępcami. Dopiero rewolucja francuska za sprawą PINEL'A zdjęła z niego więzy i włożyła na niego charakter choroego potrzebującego opieki i leczenia. W skutek tego powstały domy dla obłąkanych; lecz skoro zauważano, że niektóre postacie obłąkania są uleczalnymi, domy te zaczęto z dwojakim budować celem: jedne służyły jako przytułek dla nieprzedstawiających żadnej nadziei, a drugie jako szpitale." (*Asiles et hopiteaux des aliénés*). Rozdział ten okazał się jednak wkrótce niepraktycznym z powodów tak lekarskich jak i ekonomicznych. Przy następnym zatem sprawy obłąkanych rozwoju,

oba rodzaje zakładów połączono w jeden, zostawiając tylko osobne dla obu kategorii oddziały i w tym to stanie widzimy je dzisiaj przeważnie, rozsiane po różnych krajach. Skoro zauważano, że obcowanie towarzyskie z ludźmi oraz zajęcie robotami zajmującymi ciągle uwagę niektórych obłąkanych przyczynia się nieraz do przywrócenia u nich równowagi umysłowej, zaczęto zakładać dla nich wiejskie zagrody, opatrywać niemi domy obłąkanych, lub też same domy wśród zagród budować. Najciekawszym tego ostatniego kierunku zjawiskiem jest jak wiadomo osada wiejska dla obłąkanych w Gell w Belgii istniejąca od wieku, na którą nader baczną zwrócono uwagę, której jednak, jak się pokazało, wyniki lecznicze są nierównie niższe od tych, jakie się w domach obłąkanych osiąga, a śmiertelność wyższa bezporównania. Co do urządzeń domów obłąkanych na obecnem stanowisku nauki, oraz administracyjnego doświadczenia bardzo daleko jeszcze od zgody. I jakkolwiek przedmiot ten ma już bardzo obszerną literaturę, to jednak pod względem praktycznym bardzo wiele jeszcze do życzenia zostaje. Przy zakładaniu nowych dla obłąkanych przytułków, które na nieszczęście przy obecnym stanie ogólnego umysłowego nastroju, stają się coraz potrzebniejszymi, budowniczy i lekarz w niemałym znajdują się kłopotcie, a że właśnie taki obowiązek spada na kol. ROTHE'GO, boć przecież wkrótce musimy mieć w Warszawie odpowiedni zakład, zdaje się zatem, że w dalszym ciągu swej pracy zamierza objasnić nas, jak się z tego zadania wywiązać pragnie, względnie do naszych miejscowych stosunków.

W końcu posiedzenia kol. MAYZEL w dalszym ciągu swych ciekawych poszukiwań o dzieleniu się jąder w komórkach, przedstawił zajmującą pracę segmentacji w jajach robaków. Ponieważ do zrozumienia tej pracy potrzebne są liczne rysunki, musimy przeto poprzestać na krótkiej o niej wzmiance, w nadziei, że ją wkrótce zobaczymy w jednym z pism naszych specjalnych.

WYKŁADY KLINICZNE.

O rozpoznawaniu i chirurgicznym leczeniu guzów jamy brzusznej.

Sześć lekcyj klinicznych T. SPENCER'A WELLS'A. F. R. C. S. profesora na Hunterowskiej katedrze patologii i chirurgii na rok 1878.

Wolny przekład z niemieckiego przez d-ra St. Kondratowicza.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 42, 44, 45, 47 — 50).

Po zeszytciu rany zakłada się opatrunk. SPENCER WELLS, idąc za radami JAMES PAGET'A, utrzymuje ranę o ile można w suchości. W tym celu używa on woreczków wypełnionych proszkiem węgla, lub karbolizowanym wapnem, waty, oraz bibuły chemicznie czystej. W nowszych czasach najlepsze wyniki daje gaza tymolowa, jest to środek opatrunkowy przeciwnie, zupełnie suchy i miękki. Nakłada się ją bezpośrednio na zeszytą ranę, używając do tego kompressów, złożonych w ośmioro lub dziewięcioro, kompressy zaś te przytwierdza się za pomocą pasków plastra

lepkiego. Na wierzch nakłada się opaskę flanelową, którą zapina się szpilkami. Opaska jest podszyta płótnem lub perkalem, by ochronić skórę chorej od drażnienia flanelą. Po ukończeniu opatrunku operowaną przenosi się na łóżko przedtem wygrzane i układa się ją w położeniu na wznak z ramionami nieco wzniesionemi, z kolanami lekko zgiętymi, pod kolana podkłada się w tym celu poduszka; poczem okrywa się chorą ciepłą kołdrą. Jeżeli chora skarży się na ból, to wstrzykuje się do odbytnicy 15—20 kropeł nalewki mاکowca, rozpuszczonej w 40—60 grammach wody. Światło w pokoju się przyciemnia i chorą pozostawia się z osobą, mającą nad nią wyłączny nadzór.

Co się tyczy leczenia następowego, to ważnem jest zadanie regulowania ciepła, dyjety, oraz zadawania wysokości. Z początku SPENCER WELLS umieszczał operowane w pokoju ogrzany do + 21—24 C. (70—75 F.), oraz powietrze utrzymywał w odpowiednim stopniu wilgoci (za pomocą pary wodnej pochodzącej z gotującej się na kominie wody), chorą zaś prócz tego przykrywał kilkoma kołdrami, by utrzymać ją w stanie ciągłego pocenia się. Zadawał też duże dawki mاکowca, w celu zatrzymania ruchu robaczkowego jelit oraz powstrzymania wypróżnień przez pierwsze dni po operacji. Środki pobudzające zadawano w dużej ilości. Niezadługo jednak odstąpił od tych przepisów, i począł zalecać utrzymywanie ciepłoty w pokoju na niższym stopniu, odwietrzanie pokoju za pomocą czystego powietrza nie nasyconego parami wodnymi, ograniczenie pocenia się do stanu prawidłowego, mاکowiec zaś podawał tylko w razie gdy chore skarżyły się na ból, a środki pobudzające, w razie upadku sił. Co się tyczy zadawania wysokości, jako środka dyjetycznego, to bywa on coraz rzadziej używanym, chociaż, jako środek lekarski, w razie upadku sił operowanej, poleca SPENCER WELLS używanie go w wielkich dawkach pod postacią wódki lub wina szampańskiego.

W celu obniżenia ciepłoty, która często po owaryjotomii dochodzi do znacznej wysokości, podaje się małe dawki akonitu, duże dawki chininy, kwas salicylowy w postaci salicylanu sody, oraz inne tym podobne środki obniżające ciepłotę ciała. Ale najlepszym środkiem jest zastosowanie lodu lub wody lodowej na głowę chorej; do okładów lodowych używa się zwykłych woreczków które są bardzo niedogodne dla chorej. THORNTON wymyślił przyrząd ¹⁾ odpowiadający pod tym względem wszelkim wymaganiom. Obok łóżka chorej, nieco wyżej niż jej głowa, ustawia się na podstawie kubel z wodą, w której znajduje się duży kawał lodu; woda wypływa z kubła przez kran, wkręcony u dołu, a połączony z długą cewką kauczukową, która w środku skręconą jest w rodzaj czapeczki, podszytej płótnem, którą nakłada się na głowę chorej. Drugi koniec cewki dochodzi do naczynia stojącego pod łóżkiem, do którego ścieka woda już ogrzana. Obniżanie ciepłoty w skutek podobnego okładu na głowę jest bardzo szybkie i wyraźne.

Okład podobny należy stosować ilekroć tylko ciepłota dochodzi po za + 38 C, i utrzymuje go się dopóty, dopóki nie opadnie znów poniżej + 38 C. Prócz obniżenia ciepłoty, podobny okład ma jeszcze tę własność że wpływa na uspokojenie chorych, przedtem bardzo niespokojnych i bardzo często chore po zastosowaniu okładu szybko zasypiają, przez co unika się często konieczności zadawania im środków nasennych. Jeżeli pomimo wszelkich starań występują po operacji groźne objawy, jak wzdęcie brzu-

¹⁾ Dostać można, podobnie jak innych narzędzi używanych przez SPENCER WELLS'A przy wycinaniu jajników, u firmy Krohne and Leseman. 8. Duke Street. Manchester Square. London.

cha, ból, nudności lub wymioty, podwyższenie ciepłoty: przyspieszenie tętna, w takim razie należy bardzo starannie wy badać czy czasem w jamie brzusznej nie nagromadziła się pewna ilość płynu, jeżeli przy operacyi nie zastosowano drenowania jamy brzusznej. Przy śledzeniu przez pochwę, odbytnicę wykrywamy zazwyczaj, iż w jamie brzusznej znajdują się płyny, które opuściły się do najniższych odcinków tejże jamy. Najczęściej znajdujemy nabrzmienie między odbytnicą a pochwą, po przekłóciu zaś trójgranicem tego wypuklenia przez pochwę, odpływa zazwyczaj smierdzący płyn, po czym stan chorej polepsza się. Cewkę trójgranicą należy pozostawić w otworze tak długo dopóki płyn wypływa. W przypadkach, w których szypuła została przewiązana i opuszczoną do jamy brzusznej, tworzą się czasami prędzej lub później ropnie miednicowe. Taki ropień powstaje niezaraz po operacyi, lecz nieraz w kilka tygodni, lub miesięcy później; ropa zazwyczaj toruje sobie drogę na zewnątrz albo przez pochwę, albo przez odbytnicę albo przez ściany brzuszne a wraz z ropą odehodzą i kawałki tkanki oddzielone przez przewiązanie. W wielu razach po operacyi powstawały przetoki kałowe w kilka miesięcy po operacyi. HEGAR w 109 zeszytce VOLKMANN'A *Samml. klin. Vortr.* opisuje przypadek, w którym, na 16 dzień po operacyi, po stoleu odszedł duży kawał tkanki przez odbytnicę.

O powtarzanem wycinanu jajników, o wycinanu jajników u ciężarnych, oraz o tak zwanej prawidłowej owaryjotomii BATTEY'A (kastracyi kobiet HEGAR'A), wspomniemy tu pokrótce.

Czasami po wycięciu jednego zwyrodnionego jajnika, drugi jajnik ulega także chorobie i zachodzi potrzeba powtórzenia operacyi po raz drugi na tej samej chorej. SPENCER WELLS oprócz 4-eh chorych o których wspomina w pierwszym swoim dziele, a z których dwie umarły a dwie wyzdrowiały, operował po raz drugi też same kobiety jeszcze w 7-u przypadkach i we wszystkich otrzymał wyzdrowienie. Prócz tego operował chorą, u której po wycięciu jajnika dokonaniem przez innego chirurga, utworzyła się torbiel na dawnej szypule (ta chora zmarła), oraz inną u której rozwinęła się torbiel na miejscu dawnego przyrostu, podczas gdy drugi jajnik był zdrowy. W ogóle więc, po raz drugi operował 13 razy i w 10 przypadkach otrzymał wyzdrowienie.

Z 10 chorych, operowanych podczas ciąży, zmarła tylko jedna. (Krótkie opisy tych przypadków, zebrane na jednej tablicy, znajdują się w niemieckim przekładzie niniejszych lekcji na str. 1182, a szczegółowe opisy pierwszych 9-u przypadków, w XIX tomie „*Transactions of the Obstetrical Society of London*”) (P. T.). Z 9-u kobiet które wyzdrowiały, 6 urodziło na czasie i dzieci porodziły się żywe; w 2-eh przypadkach, w kilka godzin po operacyi nastąpiły bóle porodowe i poród przedwczesny odbył się bez wielkich trudności i bez krwotoku. Cztery z pomiędzy operowanych zachodziły w następstwie w ciążę po kilka razy. Odsetka wyzdrowienia wynosi 90%.

Co do operacyi BATTEY'A ¹⁾, to SPENCER WELLS wykonał tylko jedną podobną operacyją i chora wyzdrowiała ale dodaje, iż przez 20 lat widział tylko jedną chorą, u której było rzeczywiste wskazanie do podobnej operacyi.

Co się tyczy operacyi niedokończonych lub przecięcia ścian brzusznych (*laparotomia*) w celach badawczych wykonywanego, to w dziele SPENCER WELLS'A o chorobach jajników wy-

¹⁾ O której szczegółowe sprawoz. podaliśmy w N-ch 24, 26 i 27 Medycyny z r. b. (Red).

danem w r. 1872, na 500 operacy, ukończonych, było 28 operacyj niedokończonych oraz 24 przypadki, w których wykonano przecięcie ścian brzusznych w celach badawczych, razem więc na 500 było 52, czyli nieco więcej niż 10%. W drugiej seryi 400 operacyi było 30 przypadków (więc 7,5%) w których albo niedokończono operacyi albo wykonano przecięcie próbne. W 8-u przypadkach nastąpiła śmierć bezpośrednio w skutek operacyi. W pięciu przypadkach śmierć nastąpiła między 14 a 52 dniem; niektóre z pomiędzy operowanych żyją jeszcze dotąd, a następstwa nie były cięższe jak po zwykłym przekłóciu. Pięć operowanych w r. 1873, 74 i 75, u których wycięto części torbieli zewnątrzajnikowych, wyzdrowiały zupełnie. W dwóch razach pozostałe części torbieli były drenowane, 13-scie operowanych wyzdrowiało a z pomiędzy nich jedna w 5 miesięcy po operacyi, a druga w rok. (Tabela obejmująca te 30 przypadków znajduje się w niemieckim przekładzie na str. 1184) (P. T.).

Ażeby po wycięciu jajnika można kontrolować dalszy los chorych operowanych, SPENCER WELLS, wypisując chore bierze od nich obietnicę, iż co rok każda chora napisze mu o swoim stanie zdrowia, oraz oznajmi czy nie wyszła za mąż, czy nie miała dzieci i t. d. Ale bardzo mało chorych dotrzymuje swych obietnic; dlatego też w 1872 r. gdy przygotował do druku swoje dzieło, rozesłał do wszystkich operowanych drukowany cyrkularz, w którym pomieścił pytania, dotyczące się dalszego życia operowanej, oraz prośbę by w razie jej śmierci, krewni zechcieli odpisać, którego dnia umarła, z jakiej przyczyny i przy jakich objawach. Z odpowiedzi okazało się, iż znaczna liczba pomiędzy operowanych niezamężnych wyszła za mąż i że wiele z nich miały dzieci, po kilka nawet razy, a nawet dwie miały bliźnięta. Okazało się też, iż operacyja nie ma żadnego wpływu na liczbę i na płeć dzieci. U trzech pomiędzy kobiet, którym oba jajniki zostały wycięte, pojawiły się w następstwie krwawienia podobne do prawidłowej miesiączki, u wielu zaś innych nie było już później ani śladu miesiączki.

Teraz winniśmy postawić kilka pytań wielkiej wagi, mianowicie: Jaki jest ostateczny wynik wycięcia jajnika? Jak wiele kobiet umiera bezpośrednio w skutek operacyi? Jak wiele wyzdrowia? i jaki jest ich dalszy los? Czy w następstwie cieszą się one dobrem zdrowiem, czy też podlegają ciągłym cierpieniom? Ile z pomiędzy nich miało potem dzieci? Czy można przypisać operacyi wpływ jakikolwiek na przebieg ciąży, na poród, na płeć, rozwój i zdrowie dziecięcia? Jakie wnioski praktyczne daje nam operacyja wycięcia jajnika względem innych operacyi, mianowicie tych, w których otrzewnia wchodzi w zakres pola operacyjnego?

Co się tyczy śmiertelności, to za podstawę obliczeń można przyjąć cyfry SPENCER'A WELLS'A i tak: z pomiędzy pierwszych 500 operowanych wyzdrowiało 373, umarło 127, czyli 24,6%. Z następnych 300 wyzdrowiało 223, zmarło 77, co daje cyfrę śmiertelności 25,6%. Po tych 800 wykonał on jeszcze 100, z pomiędzy których zmarło 17, tak że cyfry ogólne przedstawiają się jak następuje: na 900 operowanych wyzdrowiało 679, zmarło 221, co daje nam przeciętną cyfrę śmiertelności 24,5%.

Z cyfr tych widzimy, że wycięcie jajnika częściej ocala życie chorej, niż przyczynia się do jej śmierci, i że daje lepsze wyniki niż każda inna wielka operacyja, gdyż po wyzdrowieniu chora jest w stanie powrócić do zwykłych zajęć życiowych i może spełniać wszystkie swe czynności fizjologiczne. Co się tyczy przedłużenia życia chorej przez operacyja, to opierając się na rachunkach prawdopodobstwa, obliczono, iż dla 373, które wyzdrowiały z pierwszych 500 operowanych, przyczyniono ogółem 10817 lat życia, dla wszystkich zaś 900 wypadła 19691 lat, licząc 29 lat za średnie

przedłużenie życia. Właściwie za średnie przedłużenie przyjąć należy cyfrę 25 ponieważ przeciętna cyfra wieku chorych na torbiele jajnika wynosi 38 lat, w Anglii zaś kobieta 38 letnia ma prawdopodobną długość życia jeszcze 29 lat, lecz odjąć należy 4 lata, które przeciętnie każda cierpiąca na torbiel jajnika żyć może, rozumie się przy znacznych cierpieniach, jeżeli nie podda się operacyi. (Obliczenia te dokonywano zapomocą tablic CARLISLE'A, które służą w Anglii za podstawę do wszelkich obliczeń długowieczności). Dotychczas jeszcze nie obliczono ile dzieci urodziło się z tych kobiet, którym wycięcie jajnika uratowało życie. Trudno sprawdzić ile owaryjotomij wykonano od r. 1877. GALLER, który zgromadził wszystkie przypadki ogłoszone aż do r. 1873, (z wyjątkiem tych przypadków, w których jeden chirurg wykonał tylko jedną operacyją) podaje ogólną cyfrę na 1540, z których 1010 wyzdrowiało, co daje 65,5% wyzdrowień. OLSHAUSEN zgromadził wszystkie znane przypadki od r. 1867—1874 w VIRCHOW'A i HIRSCH'A *Jahresberichten* i podaje ogólną cyfrę na 1087, z których było 751 to jest 69,1% wyzdrowień. Prócz tego podał wyniki owaryjotomij wykonanych w Niemczech od początku r. 1877; ogólna cyfra wynosi 613 operowanych, z których wyzdrowiało 354 to jest 57,5%. Aby jednak można ułożyć rzeczywistą statystykę, trzeba by zebrąć wszystkie przypadki ze wszystkich krajów, dlatego też każdy z operujących powinien ogłaszać opisy swych przypadków, bez względu na to czy wynik jest pomyślny, lub też nie.

Porównyując wszystkie te cyfry, dziwić się należy że dwadzieścia lat temu, to jest do roku 1858 znano jeden tylko przypadek z pomyślnem zejściem w wielkich szpitalach Londyńskich (operowany przez Cezara HAWKINS'A). Do tegoż roku w Irlandyi raz tylko wycięto jajnik, a w Szkocyi od LIZARS'A w r. 1825 nie otrzymano też żadnego pomyślnego wypadku. W dziełach chirurgicznych oraz ginekologicznych, wydanych do r. 1860 nie ma wzmianki o tej operacyi, obecnie zaś prawo jej obywatelstwa w nauce nie ulega żadnej wątpliwości. (d. n.)

ODCINEK.

Przyczyny nieporządków w zakładzie dla obłąkanych, w Kulparkowie pod Lwowem.

W niniejszym artykule pragnę zaznaczyć publiczność lekarską ze sprawą, która, przez podniesienie jej w Sejmie Król. Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiem, nabrała rozgłosu i z tego powodu i u nas poruszyła i zaciekała opinię publiczną.

Sprawa to niedzisiejsza, nurtuje ona społeczność lwowską od lat już trzech przeszło, w obecnej dopiero kadencyi sejmowej, z przyczyny wniosku Wydziału Sejmowego galicyjskiego i interpelacyi kilku posłów, wniesionych na posiedzeniach Sejmu, nabrała ważności sprawy krajowej. Dlatego też, chcąc mieć należyte o niej pojęcie, trzeba wnikać głębiej w istotę rzeczy, wytłumaczyć wiele okoliczności nieznanych naszej publiczności, a one dopiero rzucą należyte na nią światło i prawdziwych sprawców złego wykażą.

Miejscowi znają wiele okoliczności, ale wszystkiego ujawnić nie chcą, jedynie mając w tem swój osobisty interes, drudzy nie mają odwagi śmiałym wystąpieniem narazić się pewnym osobistościom; ztąd wszystko, co się o tem pisze, co dochodzi do nas, jest jakieś mgliste i nieokreślone i nikogo niezadawalnia; każdy, po przeczytaniu, dalszych wymaga objaśnień.

Pobyt we Lwowie na urzędzie Inspektora szpitali, odsłonił mi wszystkie okoliczności, sprowadzające ten straszny nieład, ten chaos w administracyi galicyjskiej; zbadawszy prawdziwe jego przyczyny, wykazywałem je w broszurze w r. 1872 we Lwowie wydanej („Sprawozdanie z dwuletniego urzędowania w Wydz. Kraj. gal.”); tam dotknęłem spraw szpitalnych. Za mego urzędowania, Kulparkowski zakład dla obłąkanych jeszcze nie istniał, mimo to i w tej sprawie wiele mam do powiedzenia i czynię to w niniejszym artykule dla oświecenia zaciekawionej publiczności.

Od Października r. 1870, t. j. od czasu wejścia mego do Wydziału Sejmowego (Krajowym zwanego), rozpoczęła się prawdziwa reforma, zaniedbanych dotychczas, w najwyższy sposób szpitali w Galicyi. Siostry Miłosierdzia wprowadzono do szpitala lwowskiego 1 Grudnia 1870 r., a pierwszych lekarzy, którzy po dzisiejszemu pojmują obowiązki lekarzy ordynujących, mianowano w Listopadzie i w Grudniu w Krakowie, 1-go Stycznia 1871 r. we Lwowie. Mimo to nie brakło już przed mojem przybyciem usiłowań wprowadzenia rozmaitych reform, ale projekta te układane przez ludzi nie mających zgoła pojęcia o administracyi szpitalnej, zawierały tyle niedorzeczności i sprzeczności z sobą, że nawet ludzi niefachowych raziły i ztąd grzebano je wszystkie w komisyjach sejmowych, na „wieczny odpoczynek”, w archiwum Wydziału Krajowego.

Jednym z przygotowanych dopiero projektów reformy, był plan zbudowania szpitala dla obłąkanych we Lwowie; projekt ten już w części zrealizowano, rozpoczęwszy budowę gmachu na 450 chorych na Kulparkowie pod Lwowem.

Między innymi sprawami, które mi powierzono, była i sprawa tego zakładu, ale z aktów tyjących się jej znajdował się tylko jeden, jedyny protokół posiedzenia ankiety zwołanej, jeżeli się nie mylę, w r. 1868, spisany w kilkudziesięciu wierszach, który mię niczego nie nauczył i tylko mi się zeń tyle dowiedział, że debatowano nad miejscem na wybudowanie zakładu stosownem i nad ilością chorych. W potokule tym istniał ślad, że do wspomnianej ankiety powołał Wydział Krajowy, d-ra MARESCHA, kierującego oddziałem kobiet w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Wiedniu (*Landes-Irrenanstalt*). Dr. MARESCH od lat kilkunastu pracując w psychiatrii w Wiedniu, był w służbie lekarskiej przy otwieraniu tego zakładu, prznosił i rozmieszczał tam chorych (z *Nahrenturm* szpitala powszechnego wiedeńskiego) i złożył wówczas dowody znajomości rzeczy i energii. Oglądając plany rozpoczętej już budowy gmachu, dowiedziałem się, że Wydział wybrał miejsce na zakład w osadzie Kulparkowem zwaney, o 1 milę od miasta odległej, lecz plany te przedstawiały niektóre tylko części gmachu, a budowniczy oświadczył mi, że jest z a m i a r gmach ten zbudować na 450 chorych, lecz gdy Sejm tylko część funduszu na ten cel wyznaczył, część tylko gmachu narysowano i część się też jego buduje; dalsze części, w miarę uchwalania funduszu rysować się i wykonywać będą. O statucie, o ogólnym planie zakładu i t. p. koniecznych rzeczach, nie było mowy, a gdym to wszystko przedstawił Członkowi Wydziału, referującemu sprawy szpitalne, odebrałem od niego odpowiedź, że na to czas jeszcze będzie, gdyż nikt z a r e c z y c i e nie może, czy Sejm uchwali potrzebny fundusz. Sprawą tą zatem nie można się było zajmować. Dopiero w Marcu, 1871 r. zszedłem, wraz z Referentem Spraw szpitalnych i z Dyrektorem szpitali Krakowskich (przypadkiem bawiącym we Lwowie) Kulparków i wówczas przekonałem się, że droga do Kulparkowa jest długa, a w ziemie i na wiosnę, bardzo trudna do przebycia i że brak jest zupełny wody. Na ten stan zwróciłem natychmiast uwagę, zwłaszcza na brak wody, dla zaradzenia

czemu proponowałem studnię artezyjską; poczem już mi tego przedmiotu dotknąć nie pozwolono, a wszystko zostawiono na przyszłość. Wodę do picia i do kąpeli obecnie przywozić muszą do zakładu beczkami, a drogi ani budynku administracyjnego dotychczas nie zbudowano.

W r. 1871, zmuszony w różnych sprawach udać się do Wiednia, postanowiłem poznać się z d-rem MARESCHEM, zdawało mi się bowiem, że on, jako na biegłego powołany, może być osobistością stosowną do zajęcia posady przyszłego Dyrektora zakładu. Skoro do wybadania w tej mierze d-ra M. upoważnił mnie Marszałek Sejmowy, przybywszy do zakładu wiedeńskiego, poznałem się z d-rem M. tydzień cały spędziłem przy nim w zakładzie i przekonałem się, że jest na Dyrektora zakładu zupełnie odpowiedni, posiada bowiem energiję, znajomość gruntowną przedmiotu, ogromne zamiłowanie zawodu i nieporównany takt w obchodzeniu się z obłąkanymi. Sumiennie wyznać mogę, że na kilkadziesiąt zwiedzanych zakładów dla obłąkanych, mało gdzie takich lekarzy spotkałem. Skoro zatem dr. M. stawiał warunki, możliwe, zdaniem mojem do przyjęcia, uważałem za stosowne w mojej relacyi, jego na Dyrektora proponować i ztąd do Wydział Krajowy, przy tworzeniu posady Dyrektora, wyrobił w sejmie znaczne (jak na Galicyję) podwyższenie płacy Dyrektorowi, „jeśli się znajdzie odpowiednio uzdolniony specjalista”, w Galicyi bowiem, oprócz d-ra NEUSSERA w Krakowie, psychiatrów zgoła nie było.

Dr. MARESCHEM mianowany został Dyrektorem, aż tu nagle rozlegają się okrzyki zgrozy, iż mimo jego kierunku w zakładzie, obłąkani się zabijają lub bywają zabijani, że badanie pośmiertne wykrywa połamanie żeber, zgruchotanie czaszki i t. p. szkodliwości, które dowodzą gwałtu zewnętrznego, że lekarze bywają przez swego Dyrektora maltretowani! Jakże to wszystko wytłumaczyć? Powoli.....! dojdziemy po nitce do kłębka!...

Wydział Krajowy galicyjski wiedział doskonale, że Galicyja psychiatrów nie posiada, powinien był wiedzieć, że każda specjalność wymaga wykształcenia osobnego, po nabyciu wykształcenia ogólnego, zatem psychiatrów, w odpowiednio urządzonych zakładach, pod kierunkiem zdolnych przewodników; Galicyja zaś ani jednych ani drugich nie posiadała. Przypadek zdarzył, że do krakowskiego zakładu dostał się lekarz za granicą w psychiatrii wykształcony; we Lwowie, dwóch było wprawdzie lekarzy zajmujących posady w oddziałach szpitalnych dla obłąkanych, lecz nie byli to specjaliści, ale obejmujący każdą wakującą posadę; tak dobrze więc mogli być syfilologami, terapeutami, chirurgami, jak psychiatrami i fakta pokazały, że tak jest istotnie, gdyż jeden z nich jest ordynującym na oddziale syfilitycznym, drugi zaś na oddziale wewnętrznym, skoro w szpitalu dla obłąkanych lepszych posad zabrakło. Wiedział Wydział Krajowy, że o sekundaryjuszów do oddziału obłąkanych we Lwowie, nie prosić się, ale żebrać prawie przychodziło, mimo to przy obsadzaniu posad w zakładzie kulparkowskim, ogłoszono konkurs! Czy Wy wiecie co to znaczy ogłoszenie konkursów na posady szpitalne w Galicyi? Jest to otwarcie wrot do intryg i wszelkiego rodzaju podstępów, wskutek których ludzie zasłużeni, pracowici, zdolni, lecz niezależni, i nieprotegowani ani przez Członków Wydziału, ani przez ich rodziny, zostają usunięci, lub pomijani, a tylko protegowanym, choćby żadnej kwalifikacyi nie posiadali, udzielone zostają posady. Prawda słów moich uwydatnia się szczególnie przy obsadzeniu będącej w mowie posady dyrektora szpitala dla obłąkanych w Kulparkowie.

Do objęcia posady dyrektora zakładu w Kulparkowie, zgłosiło się czterech kandydatów: jednym z nich był wspomniany dr. MARESCHEM, drugim dr. NEUSSER, lekarz ordynujący od lat kilku w oddziale obłąkanych

w Krakowie, trzecim dr. OPOLSKI, ordynujący podówczas na oddziale kobiet obłąkanych w szpitalu lwowskim, czwartym nakoniec dr. Edward SAWICKI ordynujący na oddziale syfilitycznym w szpitalu lwowskim. Wobec takich kandydatów, sprawa obsadzenia posady, przedstawia się nadzwyczaj prostą, byłaby nią niewątpliwie dla każdej władzy, ale nie dla galicyjskiego Wydziału Krajowego.

Drugi z wymienionych kandydatów, w podaniu swoim wyraźnie zaznaczył, że wtedy tylko o posadę Dyrektora ubiegać się pragnie, jeżeli pierwszy kandydat jej nie obejnie, znajduje go bowiem godniejszym w tym razie od siebie. Ten postępek, świadczący o zacności kandydata powinien był jeszcze bardziej Wydziałowi rzecz całą ułatwić; tymczasem Wydział Krajowy cztery miesiące z obsadzeniem jej zwłóczył, przez ten czas zaś urządził zakład, powierzwszy nie specjalistom, bo Dyrektorowi szpitala powszechnego zastępstwo; zgruntu zatem rzeczy, przeprowadzając całe urządzenie wadliwie, co później spowodowało najgorsze następstwa. Przez ten czas, owego tak ulubionego dla austriackich biurokratów prowizoryjum, ostatni z kandydatów rozwinął gorliwe usiłowania, zadaniem których było usunąć pierwszego kandydata bardzo dlań niebezpiecznego; usiłowania te rzucają wcale niekorzystne światło na samego ich autora, Wydział zaś Krajowy, który nie tylko nie umiał końca im położyć, ale postępowaniem swem podniecał takowe, piętnują piętmem niedołężywa i zupełnej obojętności na dobro kraju! Przypatrzmy się im tylko: Dr. SAWICKI Edward, mając oddawna na widoku nęcącą posadę Dyrektora zakładu dla obłąkanych, a nie mając do niej żadnych zgoła kwalifikacyi, (był bowiem najprzód lekarzem powiatowym w Trębawli, a następnie prymaryjuszem na oddziale syfilitycznym), umyślił przedsięwziąć podróż naukową(?) po Europie, dla zwiędzenia zakładów dla obłąkanych! Już ten jedyny względ, że samo zwiedzenie zakładów było, według niego dostateczną kwalifikacją na tę posadę, dowodzi, jak powierzchownie ten kandydat zapatruje się i na psychiatrię i na ważność posady Dyrektora w zakładzie dla obłąkanych. Po odbyciu podróży, wydaje dzieło, będące z tej podróży sprawozdaniem. Nie tu jest miejsce oceniać takowe, zresztą ocenę jego pomieścił w „Przeglądzie krytycznym” wychodzącym w Krakowie prof. BLUMENSTOK i dowiódł całej jego mierności. My tylko ograniczymy się na wyrażeniu przekonania, że podobne dzieła są sromotą dla literatury i że nikt dotąd z taką arrogancją nie poważał się lekceważyć i żartować sobie z publiczności lekarskiej i nielekarskiej. Dzieło to przedstawione zostało przez autora Wydziałowi Krajowemu, jako dowód kwalifikacyi do objęcia posady Dyrektora w zakładzie dla obłąkanych!

Wydział Krajowy jednak wziął na seryjo kandydaturę d-ra SAWICKIEGO i, aby kandydata zrównać z innymi, przesał jego kwalifikacje do osądzenia Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu!!!

Towarzystwo to, znalazło się nadspodziewanie w tej sprawie logicznie: wyrzekło bowiem, iż nie czuje się w kompetencyi do oceniania wartości kandydatów na posady lekarzy szpitalnych w ogólności; w szczególności zaś, o będącym w mowie kandydacie dopóty żadnego zdania wypowiedzieć nie może, dopóki Wydział Krajowy nie udzieli Towarzystwu kwalifikacyi innych kandydatów, gdyż wartość ich można ocenić tylko przez porównanie. Wydział Krajowy zrobiwszy tu zupełne *fiasco*, zwrócił się do Wydziału Lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego, znowu przesyłając do ocenienia tylko kwalifikacje tego samego kandydata. I od Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiellońskiej otrzymał odpowiedź, mniej więcej w powyższym sensie, bo i profesorowie wszechnicy mogli sądzić o wartości kandydatów tylko przez porównanie. (D. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

0 hysteryi obwodowej. Prof. LASÈGUE pod nazwą „*des hystéries périphériques*” opisał (w *Archives génér. de méd.* 1878, *Juin*) ciekawe przypadki jakie prawie każdy praktyk miał sposobność niejednokrotnie spostrzegać. Są one tem ważniejsze iż mogą dać powód do błędów w rozpoznaniu. Hysteryja, ten rodzaj pasożytu, wedle wyrażenia LASÈGUE'A, może udzielać materjaliu patologicznego wszystkim częściom układu nerwowego. Części te mogą cierpieć jednocześnie lub oddzielnie. I tak: u jednych chorych cierpienie objawia się tylko zaburzeniami intelligencji, charakteru i t. d., u drugich napadami drgawek, znieczuleniami lub nadczułością. U innych zaburzenia pochodzenia mózgowego występują razem z zaburzeniami pochodzenia rdzeniowego. Tak samo mogą cierpieć oddzielnie, zdaniem LASÈGUE'A, i nerwy obwodowe. Hysteryja taka obwodowa ma niektóre cechy, które ją zbliżają do hysteryi ośrodkowej. W obu—objawy powstają i znikają nagle, lecz raz powstałe, mimo używania najmniejszych środków lekarskich, trwają uparcie pewien, niedający się z góry oznaczyć przeciąg czasu. Co zaś wyróżnia hysteryję obwodową od ośrodkowej, to to, iż objawy jej umiejscowione zawsze w pewnej ograniczonej okolicy, a co do swej przyrody bywają zaburzeniami czucia lub ruchu, są następstwem podrażnienia mniej lub więcej bolesnego, podrażnienia zaszłego w bliskości miejsca wystąpienia objawów hysterycznych. Początek ten hysteryi obwodowej zbliża ją znów do innych cierpień, przy których występują drgawki, lecz różni się one tem, iż w pierwszej ma miejsce wielka nieproporcjonalność trwania i natężenia objawów do przyczyn je wywołujących. Weźmy kilka przykładów: przy szczelinie odbytu (*fissura ani*) chory przy oddawaniu kału dostaje kurczu mięśni odbytu z uczuciem parcia (*tenesmus*), lecz przechodzi on w kilka godzin a powtórzy się dopiero wtedy gdy przyczyna na nowo podziała. Tak samo kurcz powiek (*blepharospasmus*) przy zapaleniu brzoğu powiekowego lub spojówki, lub kurecz szyjki pęcherza moczowego—jest zawsze w stosunku z trwaniem i natężeniem zapalenia kurecz wywołującego. Co innego zupełnie ma miejsce w hysteryi obwodowej. Za łada najmniejszą, czasem napozór nic nie znaczącą przyczyną powstaje odczyn bardzo silny i bardzo długo trwający. U 14 letniej panienci będącej w pełni zdrowia, podczas zabawy jedna z koleżanek rzuciła garść piasku w twarz, kilka ziarenek którego wpadło do oka prawego. Oko zaczerwieniło się, łzawiło—lecz przeszło to bez śladu po kilku godzinach. Nazajutrz po przebudzeniu się powstał kurcz oka prawego, który uniemożliwił najzupełniej użycie takowego. Mimo przeróżnych sposobów przedsiębranych dla usunięcia go, kurcz ten trwał wciąż bez żadnej zmiany. Dopiero w 4 miesiące, gdy oddawna zaniechano wszelkiego leczenia znikł sam przez się nagle pewnej nocy. Oko pokilkakroć badane, okazało się jak najczystsze.

Podobne objawy kureczu mięśni najczęściej spotykają się w gardzieli, krtani i oskrzeliach, LASÈGUE opisuje kilka przypadków, w których osoby pochodzące z rodziny nerwowej i cierpiące pierwiej lub nie, na napady hysteryi, dostawały po lekkim zaziębieniu niezytu krtani (*laryngitis*), gardzieli (*angina*) lub oskrzeli (*bronchitis*), a w krótkim potem czasie w pierwszym razie zupełnego bezgłosu (*aphonia*), w drugim silnego kurczu mięśni gardzieli, w trzecim kaszlu zupełnie podobnego do kokluszowego, mimo iż badanie fizyczne nie mogło wykryć żadnych zmian, któreby wytłumaczyły te objawy. Trwały one po kilka lub kilkanaście miesięcy, niczem nie dały się usunąć ani zmniejszyć, a znikaly nagle w czasie gdy oddawna zaniechano środków lekarskich. Rzadziej w ten sposób powstaje kurcz pochwy (*vaginismus*). L. opisuje przypadek takowego, u młodej osoby, u której po porodzie nastąpiło lekkie zapalenie pochwy. Kurcz ten czynił niemożliwem spółkowanie, chociaż same pokuszenia były niebolesne. Stan ten tem przykrejszy, iż chora usilnie chciała zostać powtórnie matką, istniał bez zmiany rok cały.

U innej chorej 12 letniej w skutek złego stąpienia powstało przykroczenie mięśni kończyny dolnej. Najpierwsze powagi chirurgiczne przypisywały je zapaleniu stawu biodrowego i odpowiednio leczyły. Żnikło ono nagle, i później znów się kilkakrotnie powtórzyło.

W. Gajkiewicz.

Listy otwarte do Redakcyi „Medycyny”.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu swem w dniu 10 Grudnia r. b. postanowiło, aby wypracowany przez oddzielny komitet, z grona Towarzystwa wyznaczony, i przyjęty przez Towarzystwo projekt ustawy stypendium imienia ś. p. d-ra Polikarpa Girsztowta, przed przedstawieniem takowego do zatwierdzenia właściwej Władzy, podać do wiadomości tych osób, które złożyły ofiary dobrowolne na utworzenie pomienionego stypendium, z prośbą o nadsyłanie pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niccała Nr. 7) uwag swych nad tymże projektem w ciągu jednego miesiąca.

W wykonaniu powyższej uchwały Towarzystwa, przesyłając Szanownej Redakcyi projekt wyżej wzmiankowany, mam zaszczyt uprzejmie ją prosić o zamieszczenie takowego w najbliższym numerze swego pisma ze stosowną od Towarzystwa Lekarskiego odczwą.

Warszawa d. 13 Grudnia 1878 r.

Sekretarz stały, dr. Szokalski.

PROJEKT USTAWY

stypendium imienia d-ra med. Polikarpa Girsztowta.

§ 1. Dla uczczenia zasług na polu działalności lekarskiej ś. p. Polikarpa Girsztowta, d-ra Medycyny, profesora Chirurgii w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie i Członka Czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Towarzystwo Lekarskie zebrało, z dobrowolnych ofiar, sumę wynoszącą w Listach Zastawnych Towarzystwa Kredytowego m-ta Warszawy rs. 4600, która stanowić ma fundusz wieczysty, przeznaczony na udzielanie stypendiów imienia d-ra Girsztowta.

§ 2. Fundusz w paragrafie 1 wymieniony Towarzystwo Lekarskie Warszawskie złoży do przechowania w Kasie Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy pod imieniem „Funduszu stypendialnego imienia Polikarpa Girsztowta”.

§ 3. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie czuwa nad bezpieczeństwem i całością funduszu stypendialnego. W miarę wylosowania listów Zastawnych zamienia je nowozakupionemi—a zysk z różnicy kursu powstający, obraca na zakupywanie nowych Listów, dla zwiększenia funduszu stypendialnego.

§ 4. Procenty od pomienionego kapitału, wynoszące obecnie rs. 230 rocznie, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podnosić będzie corocznie w miesiącu Październiku z Kasy Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy i sumę tę, stanowiącą stypendium imienia Polikarpa Girsztowta, wypłacać będzie w rocznicę jego śmierci to jest dnia 12 Listopada każdego roku, wybranemu corocznie studentowi kursu piątego (ostatniego) Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, odznaczającemu się zdolnościami chirurgicznymi i poświęcającemu się w szczególności zamięlowaniem chirurgii.

§ 5. Wybór studenta Medycyny (według § 4) i przyznanie mu stypendium imienia Polikarpa Girsztowta, należy wyłącznie do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. O następnym zaś wyborze studenta i przyznaniu mu stypendium Towarzystwo Lekarskie zawiadamia Zarząd Uniwersytetu.

§ 6. Jeśliby w którymbądź roku stypendium nie mogło być wydanem, dla braku odpowiedniego kandydata (§ 4), w takim razie, stypendium z tegoż roku pozostałe, dołącza się do kapitału.

§ 7. W razie zwinienia Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie Warszawskim i braku w Królestwie Polskim wyższego zakładu naukowego dla kształcenia lekarzy, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przeznaczać będzie stypendium imienia Polikarpa Girsztowta studentom medycyny jednego z uniwersytetów Cesarstwa, według regulaminu, który w tym celu przedstawiony będzie do zatwierdzenia Władzy.

§ 8. W razie rozwiązania Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, fundusz stypendialny przechodzi na Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności z obowiązkiem udzielania stypendiów imienia Polikarpa Girsztowta, na zasadach w niniejszej ustawie wskazanych.

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu panu MIANOWSKIEMU p. o. Inspektora lekarskiego w Piotrkowie. Sprostowanie Pańskie wiadomości o karbunkule w Srooku podanej w N-rze 45 Medycyny nadesłane nam łaskawie przez Redakcyję „Kuryjera Warszawskiego”, w naszym czasopiśmie pomieszczenem być nie może, z powodu iż Pan w odpowiedzi swojej z prawdą się rozni-
 jasz, a tak zwane „fakta urzędowe” na których się Pan opierasz, są niestety fałszywe, a mianowicie donoszono Panu w d. 27 Października za N-rem 13,383, że wszyscy chorzy na karbunkul w Srooku wyzdrowieli, tymczasem z nadesłanego nam przez naszego korre-
 spondenta aktu zejścia przez księdza Marcina JANUSIEWICZA wydanego, przekonywamy się, iż Jan Strzopa, l. 62, kolonista, właściciel owej pierwszej krowy, chorej na karbunkul, u którego według słów Pańskich, dr. RONTALER karbunkul rozpoznał, umarł w Srooku d. 8 Października 1878 r. Korrespondent nasz zatem prawdę doniósł i nie jest bynajmniej oszczerca, jak to Panu podobalo się w sprostowaniu swoim go nazwać; przytem pozwolimy sobie zwrócić uwagę Pańską na to, iż w piśmie do druku przeznaczonem nie nazywa się nikogo oszczercą, gdyż można być za to do odpowiedzialności sądowej pociągniętym.

W-mu d-rowsi K. w Kościanie. W trzech ostatnich latach otrzymaliśmy 50 marek, a mianowicie: w r. 1876 i 1878 po 20 marek a w r. 1877 10 marek; że zaś przed-
 pła ta na Medycynę z przesłaniem pocztą zagranicę wynosi 16 marek rocznie, zatem pozostawało u nas 2 marek, za które przesyłamy cały Rocznik, gdyż pierwsza jego część od-
 dzielnie się nie sprzedaje.

Pp. abonentów półrocznych zalegających w opłacie za dobiegające półrocze zawiadamiamy, że Nr. 52-gi wraz ze spisem treści Tomu VI Medycyny nie będzie im wysłany, dopóki zaległej od nich przedpłaty nieotrzymamy.

O G Ł O S Z E N I A.

Rok I—1879.

ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza.

Wyszedł z druku w dwóch częściach, a mianowicie:

Część I (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekar-
 skiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1877 do tegoż dnia 1878 r.) str. 200.

Część II (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i papierków lakmusowych) zawiera: Badanie refrakcyi oka. Badanie moczu. Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne, zakłady lecznicze, wodolecznice i kąpiele morskie, z wymienieniem ostatniej stacyi kolei żelaznej i lekarzy praktykujących. Największe dawki gwałtownie działających leków. Naj-
 większe dawki mniej używanych i nowych leków. Tablice porównania wagi apte-
 cznej z dziesiętną i odwrotnie. Adressa lekarzy praktykujących w War-
 szawie. Dziennik z kalendarzem na rok 1879. Tablicę brzemienności i wy-
 miary położnicze; wogóle 72 str. tekstu i 12 arkuszy dziennika. Cały Rocznik zawiera
 30 arkuszy druku w 16-ce i **sprzedaje się w Redakcyi Medycyny po rs. 1.**

Sprzedaje się nadto:

W Warszawie we wszystkich znaczniejszych księgarniach po rs. **1** w miejscu,
 a z przesyłką po rs. **1** kop. **10**. **W Krakowie** w Administracyi Przeglądu lekarskiego
 i w księgarni Krzyżanowskiego po **1** złr. **35** cent., zprzesłaniem pocztą **1** złr. **45** cent.

Nadsyłający 1 rs. do Redakcyi Medycyny kosztów przesłania nie ponoszą.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.