
Czasopismo Lekarskie

O użyciu środków czyszczących przy zapaleniu wrostka robaczkowego.

Podał Dr. **Feliks Arnstein** (Kutno-Ciechocinek).

Leczenie zapalenia wzrostka robaczkowego należy do najciekawszych zagadnień naszej doby. Nie schodzi też ono z porządku dziennego obrad w towarzystwach lekarskich, a prasa lekarska wszystkich krajów cywilizowanych nie przestaje się niem zajmować. I nic dziwnego. Zapalenie wzrostka robaczkowego stało się w naszych czasach chorobą bardzo częstą i bardzo złośliwą. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że postaci ciężkie tej choroby były dawniej rzadziej spostrzegane, aniżeli dziś. Czemu to przypisać, niełatwo zapewne rozstrzygnąć. Być może, że obecny sposób życia, sposób żywienia się, że, jak niektórzy przypuszczają, zbyt wielka ilość mięsa, jaką dziś spożywamy, sprzyja powstawaniu tej choroby. Być też może, że nawykowe zaparcie stolca częściej dziś spostrzegane i ograniczenie środków czyszczących jest tego przyczyną. Z drugiej strony faktem jest niewątpliwym, że przyczyny wszelkiego rodzaju zakażeń i autointoksykacji stały się w naszej dobie o wiele częstszymi.

Główną oś, około której obracają się rozprawy, dotyczące zapalenia wzrostka robaczkowego, stanowi, w jakich przypadkach właściwym jest leczenie wewnętrzne, a w jakich chirurgiczne; kiedy, t. j. w jakim czasie, przystąpić należy do rękoczynów chirurgicznych i do jakich i t. p.

Dalecy jeszcze jesteśmy od tego, by między klinicystami, tak internistami jak chirurgami, była w tym względzie zgodność w poglądach; im większy gromadzi się materiał kazuistyczny, tem sprawa staje się bardziej zawikłana, coraz nową powstają wątpliwości i kwestye.

Najmniej dyskusji poddawana bywa sprawa wewnętrznego leczenia przy różnych postaciach zapalenia wzrostka robaczkowego,

a jednak w każdym przypadku i przy każdej prawie postaci tej choroby w początkowym jej okresie terapia wewnętrzna jest, nawet przez większość zwolenników wczesnego operowania, zalecana i stosowana przez czas krótszy lub dłuższy.

Nie odmawiając wczesnemu operowaniu pewnej racji bytu w większości przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego i przypuszczając, że z czasem może ono znaleźć daleko obszerniejsze, aniżeli dziś, zastosowanie, sądzę wszelako, że jeszcze przez długi czas leczenie tak zwane wewnętrzne dominować będzie i z tego powodu zasługuje ono, mojem zdaniem, na większe zajęcie się niem i na wielostronniejsze rozważanie, aniżeli to ma miejsce obecnie.

O leczeniu wewnętrznem może być tylko mowa przy postaciach łagodniejszych i we wczesniejszych choroby okresach. Ciężkie bowiem postaci tej choroby wymagają bezwłocznego operowania; przedziurawienie wyrostka robaczkowego, ropnie okołokątnicze w późniejszych okresach choroby, nie mogą być zwalczone terapią wewnętrzną.

Jakie postępowanie lekarskie jest najwłaściwsem w początkowym okresie choroby?

Najwięcej dziś rozpowszechnione jest przy zapaleniu wyrostka robaczkowego użycie środków kojących, szczególnie mاکowca. Podajemy go w mniejszych lub większych dawkach, przez krótszy lub dłuższy czas, od samego początku choroby, a to w celu powstrzymania ruchów robaczkowych kiszek, w przypuszczeniu, że w ten sposób jesteśmy w możności ustrzedz się wielu przykrych następstw, jak zapalenie otrzewnej, przedziurawienie wyrostka robaczkowego, i sprzyjać powstaniu zrostów.

Z tych to powodów leki czyszczące zostały w ostatnich czasach prawie zupełnie usunięte z terapii zapalenia wyrostka robaczkowego. Tłumaczono sobie, że środki czyszczące, pobudzając ruchy robaczkowe kiszek, tem samem sprzyjają przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i jego następstwom.

Nie mamy wszakże ściśle naukowych danych, któreby w sposób niezbity dowodziły słuszności powyższych twierdzeń, a tem samem usprawiedliwiały rozpowszechnione użycie mاکowca w leczeniu będącego w mowie cierpienia, szczególnie w początkowym okresie, a unikanie środków czyszczących.

Z teoretycznego punktu widzenia środki czyszczące w początkowym okresie choroby zdają się mieć najzupełniej-

szą rację bytu. Jakkolwiek nie przyznajemy obecności złożeń kałowych (scybała) w wyrostku robaczkowym dominującej roli w powstawaniu jego zapalenia, coby najzupełniej usprawiedliwiało podawanie środków czyszczących w początku choroby, w każdym razie—ze względu na niewątpliwe infekcyjno-intoksykacyjne pochodzenie choroby, środki czyszczące nie mogą być wyrugowane z terapii zapalenia wyrostka robaczkowego. Zgodzić się bowiem musimy na to, że środki czyszczące stanowią najlepszy środek dla zwalczania zakażeń kiszkiowych.

Sądzymy przeto, że o ile jakieś szczególne okoliczności nie sprzeciwiają się, powinniśmy zacząć leczenie każdego przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego od podania środka czyszczącego, który w miarę potrzeby może być w pierwszych dniach choroby powtórzony. Samo się przez się rozumie, że właściwymi mogą być tylko łagodnie działające leki (ol. rycynowy, kalomel). Podanie środka czyszczącego nie przeszkadza bynajmniej dla uspokojenia silnego bólu, towarzyszącego nieraz początkowi zapalenia wyrostka robaczkowego (colica apendicularis), podanie środka kojącego (zastrzyknięcie morfiny). Z podawaniem jednak systematycznym makowca nie należy, mojem zdaniem, zbyt się śpieszyć, a w żadnym razie od niego nie należy rozpocząć.

Stosując niejednokrotnie w początkach zapalenia wyrostka robaczkowego środek czyszczący, nigdy nie zauważyłem bezpośredniego po niem pogorszenia, i na mocy osobistego doświadczenia nie mogę się zgodzić na to, by środki czyszczące w początkowym okresie choroby mogły niekorzystnie wpłynąć na dalszy jej przebieg, by mogły przyczynić się do przedziurawienia wyrostka robaczkowego.

O ile jednak środki czyszczące są pożyteczne w początkowych okresach zapalenia wyrostka robaczkowego, o tyle w późniejszych mogą się okazać wielce szkodliwymi. Obawa przedziurawienia jest wtedy w zupełności usprawiedliwiona, a środki czyszczące mogą niewątpliwie je przyspieszyć; w późniejszym przeto okresie zapalenia należy istotnie wystrzegać się podawania nie tylko środków czyszczących, lecz i ławatyw. Tu starać się należy o powstrzymanie ruchów robaczkowych kiszki, tu makowiec znaleźć musi obszerne zastosowanie.

Chorzy, którzy szczęśliwie raz przebyli zapalenie wyrostka robaczkowego, są—jak wiadomo—skłonni do nawrotów choroby. Jaka jest tego przyczyna, nie podobna dziś z całą ścisłością określić.

Najprawdopodobniej różne przyczyny mogą dać powód do wznowienia sprawy zapalno-zakaźnej, niezupełnie jeszcze wygasłej, a wśród nich niepoślednie miejsce, zdaje się, zajmuje zaparcie stolca, jakie tak często widzimy u chorych, którzy przebyli zapalenie wyrostka.

Dla zwalczenia zaparcia pożytecznymi okazać się mogą, obok uregulowania diety, środki czyszczące, przez pewien czas po przebyciu zapalenia wyrostka robaczkowego, w pewnych odstępach, podawane.

Mogą one w pewnej mierze odgrywać rolę środka zapobiegającego nawrotom lub przynajmniej wpływać na mniejsze ich natężenie.

W ostatnich czasach w akademii lekarskiej w Paryżu Lucas Championniere w odczycie pod tytułem „O wielkiej częstotliwości ciężkich przypadłości towarzyszących zapaleniu wyrostka robaczkowego i ich przyczynach“ dowodził, że przyczyną ciężkich postaci zapalenia jest ograniczenie w ostatnich czasach użycia środków czyszczących. W dyskusyi Robin i Lancereaux w zupełności podzielali pogląd Lucas Championniera.

Sądzę przeto, że na znaczenie środków czyszczących w początku zapalenia wyrostka robaczkowego i w celu zapobiegawczym należałoby ściślej, aniżeli dotąd, zwrócić uwagę.



Hydropatyczna opaska krzyżowa na piersi.

Podał Dr. Seweryn Sterling.

Nikt mi chyba nie zaprzeczy, jeśli powiem, że wodolecznictwu oddajemy, my lekarze, hołdy raczej platoniczne, aniżeli realne. Uznajemy w tej metodzie czynniki lecznicze potężne, zarazem zaś rzadko z nich korzystamy.

Dla tego choćby to miało wyglądać na dobijanie się do otwartych drzwi, przypomnę—za Winternitzem—o zabiegu wymienionym w nagłówku.

Przy cierpieniach dróg oddechowych lecznicze stosowanie wody na kilka sposobów może naszym chorym służyć:

Drogą ogólnych zabiegów hydropatycznych działamy wodą jako środkiem krzepiącym (tonicum), który zapobiega osłabieniu układu nerwowego i naczyniowego, podnosi czynność oddychania, zmienia przeróbkę materii (ponieważ przyspiesza wydalanie jej wytworów wstecznych), zwiększa łaknienie. Te zabiegi, których technikę wyrobił Winternitz, poprawiają samopoczucie nerwowe, wzmacniają i zwalniają czynność serca, podnoszą ciśnienie krwi, pogłębiają i przyspieszają oddychanie (co zarazem sprzyja krążeniu krwi w płucach.)

Ogólne zabiegi hydropatyczne hartują, to znaczy: zmniejszają wrażliwość termiczną, pobudliwość nerwów obwodowych; ćwiczą przyrządy regulowania ciepła w organizmie; doprowadzają całą powierzchnię ciała do takiej odporności na wpływ zimna, do jakiej doprowadzona jest powierzchnia skóry twarzy i rąk.

Ogólne zabiegi hydropatyczne wzmacniają siły walczącego z chorobą zakaźną organizmu, poprawiając jakość krwi, bo przecież tylko we krwi mamy środki, które mogą zwalczyć zarazki: bezpośrednio lub przez odnowę elementów tkankowych.

Ogólne zabiegi hydropatyczne przy chorobach płuc przebiegających z gorączką — są najłagodniejszym środkiem obniżającym nadmierną ciepłotę.

Lecz nie o tych zabiegach ogólnych chcę tu mówić, jeno o specjalnej postaci miejscowego stosowania wody.

Opaska krzyżowa jest odmianą powszechnie znanego okładu Priessnitzowskiego.

Za pomocą tej opaski wywołujemy bardzo czynny i bardzo różnorodny wpływ na sprawy życiowe rozegrywające się w jamie klatki piersiowej.

Za najważniejsze ogniwo w szeregu tych wpływów należy uważać: miejscowe pobudzenie dopływu i odpływu krwi, sprzyjanie sprawom dyfuzji i życia tkanek — dzięki wytworzeniu w koło tkanek schorzałych atmosfery cieplarnianej.

Wilgotne przeziwy i równomierna ciepłota tworzą warunki, które, podobnie jak w cieplarni, sprzyjają sprawom biologicznym. Ten „klimat osobisty“, wilgotny, równomierny, o ciepłocie krwi, godzinami otaczający chory organ klatki piersiowej, powoduje zapalenia reakcyjne, wydalenie i wessanie produktów chorobowych. Opaska krzyżowa sprzyja ukrwieniu tkanek chorych, podnosi życie ich elementów komórkowych — czyli stwarza warunki pomocne przy zwalczaniu chorób zakaźnych, (a przecież większość chorób organów oddechowych, nawet t. zw. „choroby z zaziębienia“, są wywołane przez zarazki.)

Ta atmosfera cieplarniana, którą nad całą powierzchnią klatki piersiowej tworzy opaska krzyżowa, ta warstwa powietrza wilgotnego i równomiernie ciepłego, zmniejsza ból i uspakaja kaszel, ponieważ łagodzi podrażnienie błony śluzowej oskrzeli, nerwów oskrzelowych; ona miarkuje oddychanie, rozrzedza wydzielinę, ułatwia wykrztuszenie płwociny.

Więc wilgotna opaska krzyżowa zwalcza zarówno samą sprawę chorobową, jak i jej objawy!

To też stosowanie jej zalecają zarówno przy najłżejszych cierpieniach dróg oddechowych, jak i przy najpoważniejszych, zarówno przy ostrych, jak i przy przewlekłych.

Wyższość opaski krzyżowej nad zwykłym okładem Priessnitza sama się rzuca w oczy: okład otacza ledwie trzecią część powierzchni płuc, ponieważ sięga tylko pod pachy, przytem łatwo się zesuwa (czyli: by dłużej leżał na miejscu, musi być mocno związany — rzecz nieobojętna, ponieważ ogranicza ruchy oddechowe); opaska krzyżowa dokładnie i szczelnie obejmuje całą klatkę piersiową, jej wpływ sięga i na wierzchołki płuc, a nałożona bez ucisku pozostaje na miejscu przez długie godziny.

Na opaskę krzyżową użyć najlepiej płótna grubego (np. t. zw. Kneipowskiego), mogącego wchłonąć wiele wody; z tego płótna przyrządzamy bandaże różnej długości (stosownie do wieku chorego): 1½, do 3 metrów, szerokości 10 do 20 centymetrów. Te bandaże zwijamy i pogrążamy w zimną wodę na jaki kwadrans, by zupełnie wodą nasiąkły. (Bandaże pierwszy raz używane pozostawiamy w wodzie przez pół godziny; wewnętrzne skrety zbyt mocno zawiniętych bandaży czasem się wcale nie zwilżają!).

Wyżęty bandaż nakładamy szybko na obnażoną klatkę piersiową chorego w ten sposób: począwszy od lewej jamy pachowej idziemy przez powierzchnię przednią piersi ukośnie ku ramieniu prawemu; podwinąwszy na niem bandaż, idziemy dalej ukośnie przez plecy aż do punktu, z któregośmy wyszli. Teraz prowadzimy bandaż w poprzek przez piersi do prawej jamy pachowej, a ztąd znów przez plecy ukośnie ku lewej jamie pachowej, by, po podwinieciu, pokryć nim dotąd niepokryte części klatki.

Teraz w podobny sposób prowadzimy zawijanie klatki w suchy bandaż flanelowy, którym szczelnie pokrywamy ten wilgotny, płócienny. Ceratki przy tem nie używamy, tylko: płótna i flaneli.

Nałożona w powyższy sposób opaska leżeć może do 12 godz. Czy nie zachodzi potrzeba zdjecia jej, przekonywamy się, sięgając palcem pod płótno: dopóki ono jest ciepłe i wilgotne — opaska może być pozostawiona. O tem nie należy zaniedbać uprzedzić pielęgnujących chorego, jak i o tem, że po zdjeciu opaski należy skórę klatki piersiowej mocno wytrzeć suchym ręcznikiem (by pobudzić do skurczu naczyńia skórne, rozkurzone pod wpływem długiego działania wilgotnego ciepła).

Zamiast opaski z bandaży obmyślono t. zw. kamizelki hydro-patyczne: na gołe ciało kładziemy wilgotną kamizelkę z płótna, a na tę — kamizelkę z flaneli; ta ostatnia zupełnie pierwszą pokrywa. Przekonałem się jednak, że jedynie kamizelka doskonale przykrojona może zastąpić opaskę z bandaży; najczęściej bowiem kamizelka źle przylega, zostawia wolne przestrzenie, co chory natychmiast odczuwa jako uczucie zimna.

U ludzi ubogich zastępuje się bandaże, płócienny i flanelowy, w ten sposób: dwa prześcieradła (lub dla dzieci—dwa ręczniki)

pograżam w wodę i wyżymam; jednym owijam klatkę pod pachami, drugi zakładam na kark i na ramiona, a jego końce — po ich skrzyżowaniu na piersiach — na plecy. Po tem każę chorego owinąć w chustkę wełnianą, którą zakładam tak, jak to dopiero co wspominałem o drugim ręczniku; chustka musi szczelnie pokryć obydwą ręczniki. Naturalnie, taka opaska trzyma ciepło o wiele krócej, aniżeli nałożona lege artis, więc też z tem większym naciskiem upominać należy w tych razach o kontrolowanie ciepłoty pod opatrunkiem.



Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek nowotworu uda.

Podał **Dr. Alfred Michelis**, lekarz szpitala w Chełmie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego.)

W dniu 22 Września 1898 r. zgłosiła się do mnie Krystyna K. ze wsi Kamień, gminy Turka, powiatu Chełmskiego, prosząc o poradę z powodu narodziła się na lewej nodze i nie pozwalającej jej chodzić. Z wywiadów okazało się, że pacjentka ma lat 66; była zawsze zdrowa; odbyła 12 porodów szczęśliwie; od szesnastu lat nie miewa regularności; nie upadła, nie uderzyła się, nogi nie stłukła. Przed 12 laty zauważyła pośrodku lewego uda, na powierzchni wewnętrznej, guzik wielkości śliwki, niebolesny, ruchomy; ten guzik miał w ciągu pierwszych pięciu lat bardzo powoli powiększać się, dopiero w ostatnich czterech latach rósł szybciej; w miarę powiększania się guza chora coraz trudniej chodziła z powodu wzmagających się bólów w krzyżu.

Przy badaniu okazało się: pacjentka średniego wzrostu, mierzalnie odżywiona, wątłej budowy ciała; w płucach i w sercu zmian niema; stwardnienie tętnic obwodowych. Obnażywszy dolne kończyny pacjentki, przekonałem się, że na lewej kończynie, mianowicie na lewym udzie, znajduje się dużych rozmiarów guz, z zaokrąglonymi brzegami, o szerokiej podstawie, która z przodu rozpoczyna się u lewego więzów Pouparta i sięga do kolana, z tyłu zaś zaczyna się pod lewym pośladkiem, a kończy się w dole podkolanowym. Skóra na guzie wszędzie zdrowa, cała, daje się przesuwać; znajdują się w niej mocno rozszerzone żyły, szczególnie z przodu guza. Przy obmacywaniu guz zdaje się być ruchomy

nieprzyrośnięty do kości; miejscami twardy; chelbotania nigdzie nie zauważyłem. Objętość guza, mierzona od pośladka lewego do fossa poplitea, wynosi 70 ctm. Poniżej kolana żyły silnie rozdęte. Rozpoznanie: mięsak (sarcoma).

23 Września 1898 r., pacjentka zapisała się do szpitala, gdzie wykonano (pani Sierocińska) dwa zdjęcia fotograficzne, z których jedno tu załączam.

W dniu 24 Września 1898 r. po dokładnem oczyszczeniu skóry całej kończyny, przy łaskawej pomocy kolegów Gerenreicha i Ponaszczateńko, przystąpiłem do usunięcia nowotworu. Ze względu na stan tętnic zastąpiliśmy odurzenie chloroformem przez znieczulenie miejscowe; przez środek nowotworu robiłem wstrzykiwania płynu Schleich'a w skórę i w tym samym kierunku poprowadziłem cięcie w skórze; po przecięciu skóry przekonałem się, że mam do czynienia z wolnym guzem otorbionym, który tylko u samej podstawy był silnie zrośnięty ze skórą.



Wierzchnią warstwę torebki stanowiła siatka misternie utkana z włókien mięśniowych i z rozgałęzień v. saphenae; podwiązawszy pień v. saphenae przeciąłem torebkę przez całą jej długość i wtedy dojrzałem nowotwór, odkleiwszy na tępo nowotwór od torebki, próbowałem wyjąć go z takowej, lecz to się nie udało; przy bliższem rozpatrzeniu się przekonałem się, że wzdłuż całego nowotworu, bliżej podstawy jego, przebiega kanał, gdyby lufa od broni palnej, a w tym kanale znajduje się n. cutaneus fem int.; rozciąwszy nowotwór w kierunku kanału, oswobodziłem nerw, który leżał w nim swobodnie, nigdzie nie będąc przyrośnięty, i dopiero wtedy udało mi się wyjąć nowotwór; z torebki. Następnie odpreparowałem na tępo torebkę w miejscach, gdzie była zrośnięta z tkanką łączną, wymyłem 3e/0 roztworem kwasu bornego całe pole operacyjne, wytamponowałem gazą jodoformową i, odciąwszy nadmiar skóry, zeszyłem ją, nałożywszy na to wszystko antyseptyczny opatrunek. Operacja trwała 50 minut, chora zniosła ją cierpliwie i względnie dobrze, krwawienie stosunkowo było niewielkie.

Analizując przypadek przekonałem się, że kość udowa, zupełnie gładka, nie wspólnego z nowotworem nie miała; że tętnica udowa była oddzielona od nowotworu warstwą mięśni biodra, że n. cutaneus fem. int. dwa razy większy, niż zwykle, przebiegał przez kanał wytworzony bliżej podstawy nowotworu; że m. extensor cruris quadriceps jako taki nie istniał, włókna jego stanowiły wspólnie z rozgałęzieniami v. saphenae siatkę torebki nowotworu.

Makroskopijne badanie nowotworu wykazało: nowotwór, waży 25 funtów, ma postać dużego bochenka chleba, o powierzchni gładkiej, składa się z tkanki tłuszczowej; imponuje na pierwszy rzut oka jako ogromny lipomat; obróciwszy go do góry podstawą, znalazłem w nim kilka guzów różnej wielkości i różnej spistości: jedne z nich w dotyku miękkie, drugie więcej twarde, a trzy największe stanowi tkanka kostna; łącznikiem pomiędzy tymi guzami jest tkanka tłuszczowa.

Badanie mikroskopowe, wykonane przez Prosektora Warsz. Instytutu anatomo-patol., Dr. Dmochowskiego, za co mu na tem miejscu wyrażam serdeczne podziękowanie, dało wynik następujący: przeważna część guzów należy do grupy sarcomata fusocellularia, inne są to melano-sarcomata także fusocellularia, w innych nareszcie guzach znaleziono skostnienie; ogólna więc nazwa nowotworu będzie osteosarcoma melanodes fusocellularis.

Przebieg pooperacyjny: przez pierwsze trzy tygodnie wieczorem ciepłota podniesiona do 38,0 lub 38,5; z rana ciepłota normalna; ropienie z rany; szwy po bokach trzymały dobrze, rana zabiżniła się, pośrodku zaś szwy puściły, tędy ropa spływała; powstała zatoka w górnej części rany. Po rozszerzeniu zatoki i przesączkowaniu jej ciepłota spadła do normy i rana w piątym tygodniu po operacji zagoiła się. Pacjentka przez cały czas pobytu w szpitalu uskarżała się na drętwienie w całej nodze, które to uczucie miało potęgować się, gdy pacjentka próbowała chodzić, lub stać na operowanej nodze.

1 Listopada 1898 r. pacjentka opuściła szpital z wygojoną raną; jedyną dolegliwością było drętwienie w kończynie.

Pod względem anatomicznym postać guza z wyżej opisanego przezemnie przypadku jest dość zwykłą postacią mieszanego guza; osobliwość tego guza polega:

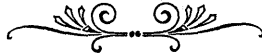
1) na różnorodności tkanek znajdujących się w nim, co się samą nazwą jego, osteo-sarcoma melanodes fusocellularis, określa;

2) na niewiadomej przyczynie powstania sarkomatu, gdyż pacjentka moja stanowczo utrzymuje, że ani stłuczeniu, ani skaleczeniu nogi nie uległa, a podług Billrotha cechą charakterystyczną w powstawaniu właśnie mięsaka jest miejscowe podrażnienie lub obrażenie (locale Reizung auch Verletzung);

3) nakoniec, na rozwoju guza—powstaje on niespostrzeżenie jako mały guzik, powiększa się bardzo powoli przez pierwsze lata istnienia; następnie wciąga do swej tkanki v. saphena i m. extensor cruris quadriceps, szybko się powiększa, lecz nie sprawia żadnych dolegliwości pacjentce; chwyta, jakby w kleszcze, n. cuta-

neus fem. int. i odtąd daje się swe znaki zarówno ciężarem swoim, gdyż doszedł do wagi 25 funtów, jak i bólem w krzyżu i drętwieniem kończyny.

W cztery miesiące po przebytej operacji pacjentka czuje się dobrze, drętwienie w nodze prawie ustało.



Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 Stycznia 1901.

I. Na członka czynnego przyjęto jednogłośnie D-ra Wernica.

II. Dr. Merkel odczytał statystykę chorób zakaźnych z miesiąca Grudnia: ospy 15 przypadków (1 z zejściem śmiertelnym), szkarlatyny 9 (1), dyfterytu 3, koklusu 2, gryppy 14, tyfusu brzuszego 5.

III. Dr. Wojciechowski demonstrował samowar do ogrzewania wody w wannie pomysłu jego brata.

IV. Dr. Drozdowski mówił o sposobie ogrzewania wody w szpitalu Sw. Trójcy w Kaliszu.

Posiedzenie z d. 18 Lutego 1901 r.

I. Przewodniczący zakomunikował odezwę stowarzyszenia lekarzy rosyjskich imienia Pirogowa i zawiadomienie fabryki chemicznej Trampedach et C. w Rydze o przygotowaniu hematogeny w pastylkach.

II. D-r. Merkel odczytał statystykę chorób zakaźnych z miesiąca Stycznia; było wypadków: ospy 18 (1 z zejściem śmiertelnym), szkarlatyny 2 (1), dyfterytu 3, gryppy 10; tyfusu brzuszego 2.

III. Do biblioteki nadesłano katalog narzędzi chirurgicznych Tryndina.

IV. D-r. Edward Beatus obserwował wypadek ospy, której stadium incubationis trwało 21 dni. Rzecz tak się przedstawia: do szpitala zapisała matka z dwojgiem dzieci, z których jedno miało wysypkę nieokreślonej formy; na trzeci dzień pobytu w szpitalu wyklarowała się ospa zlewająca się.

Natychmiast matka i dziecko izolowane zostały do osobnego budynku. Drugie dziecko pozostało nadal w szpitalu; pomimo że dotem pomiędzy niemi niebyło żadnej łączności, dziecko po upływie 21 dni dostało w szpitalu ospy.

V. D-r. Zucker mówił o porodzie trojaczkami: Kobieta lat 34, z wadą serca, wyszła za mąż 3 lata temu; podczas 4 ostatnich tygodni ciąży miała silne nabrzmienie nóg; ostatnie dwa tygodnie nie mogła leżeć i chodzić, a pozostawała tylko w pozycji półsiedzącej. Wezwany do rodzącej Z. znalazł, że dziecko idzie nóżkami, a że otwarcie macicy było całkowite, wydobyl żywą dziewczynkę, ważącą $4\frac{1}{4}$ f. długości 45 ctm; długość pępownicy 92. Drugie dziecko szło główką, a że matka niechciała się zgodzić na jakikolwiek rękoczyn, czekano 40 godzin i po upływie tego czasu wydobyto dziecko kleszczami—chłopca ważącego $2\frac{1}{4}$ f., długości 38 ctm., długość pępownicy wynosiła 35 ctm.; zaraz potem przekonawszy się, że jeszcze jest 3-cie, zrobił obrót, i wydobył chłopca $4\frac{1}{4}$ f., długości 45 ctm.; długość pępownicy 37 ctm. Drugie z kolei dziecko w parę dni umarło, matka i pozostałe dzieci zdrowe. Z wywiadów okazało się, że tylko żona brata męża raz jeden miała dwojaczki.

Dr. Godlewski sądzi, że jeżeli matka żyje i jest zdrowa, zawdzięcza sama sobie, że nie zgodziła się na ekstrakcję 2-go dziecka i czekała 40 godzin; porównywał bowiem ciążę trojaczkami z hydramnion, przy którym radzi się nie odrazu wypuszczać cały płyn ze względu, że nagłe opróżnienie jamy brzusznej powoduje jej przekrwienie, a to źle wpływa na czynność serca.

Dr. Wilczewski jest zdania, że często przy wadach serca połogi bardzo dobrze się odbywają, dopóki nie jest kompensacja zakłócona; obrzęki nóg nie są dowodem że w danym przypadku było zaburzenie kompensacji, gdyż u ciężarnych i przy zdrowem sercu bywają obrzęki.

Dr. Edwardus widział tę położną na 4 tygodnie przed porodem i wtedy już miała mocno wyrażone szmeru w sercu.

Dr. Zucker odpowiedział D-rowskiemu, że w danym przypadku niemożna porównywać ciąży i hydramnion, gdzie przy przerwaniu pęcherza odrazu następuje opróżnienie macicy z kilku litrów płynu; tutaj można tylko porównać z ciążą dwojaczkami, gdzie za zasadę przyjęto po urodzeniu jednego wydobyć w krótkie i drugie dziecko. Hydramnion można tylko porównać z ascites; tak tu, jak tam jest wskazane powolne opróżnianie. W myśl D-ra Zuckra mówił Büdiger i J Beatus.

VI. Dr. Rüdiger przytoczył historię ciąży jajowodowej. Pacjentka, będąc panną, miała zawsze peryody obfite i długotrwałe (8—9 dni), a po zamążpójściu i bolesne. Poddała się operacji dilalationis cervicis uteri z wstrzykiwaniem jodyny. Po tym zabiegu stan poprawił się; peryod trwał od 3—4 dni, niebolesny, umiarkowany; stan taki trwał przez pół roku, następnie peryod opóźnił się o 2 tygodnie i pacjentka była pewna że jest w ciąży. Po dwóch tygodniach zaczęło się krwawienie i ból w dolnej części brzucha, przy badaniu można było stwierdzić powiększenie macicy i bolesność tylnego sklepienia. Chora wyjechała do Wrocławia, gdzie przy wyskrobywaniu macicy znaleziono deciduam. Zrobiono laparatomię i okazał się płód jeszcze żyjący, umiejscowiony w jajowodzie.

Dr. Godlewski sądzi, że w danym przypadku laparatomia nie była wskazana z tego powodu, że płód był jeszcze żywy; trzeba było czekać. Z kliniki prof. Jordana w Krakowie przytacza taki przypadek: chora w początkach ciąży pozamacicznej krwawiła, następnie krwawienie to ustąpiło i chora dochodziła 9 miesięcy, lecz pomimo to czekano dopóty, dopóki płód sam nie zamrze i nie nastąpi zarosnięcie naczyń worka płodowego; dopiero wtedy miano przystąpić do operacji. Dr. Werner zapytał się, w jakim stanie były sklepienia; prof.

Sniegirjew zabrania jakichkolwiek rękoczynów na macicy, jeżeli tylko jest podejrzanie ciąży pozamacicznej. Dr. Zucker przytoczył zdanie prof. Winklera, który w takich przypadkach zastrzykiwał morfinę do worka płodowego, by tym sposobem wstrzymać rozwój płodu. D-ra Kasprzaka dziwi, że na klinice pro. Jordana pozwolono płodowi rozwinąć się do 9-ciu miesięcy, aby potem wyczekać przerwanie jego życia, w nadziei na zarośnięcie naczyń w worku płodowym; podobny sposób postępowania nie zgadza się ani ze sztuką lekarską, ani też z prostą logiką; należało bowiem wtedy, kiedy dziecko było zdolne do życia, zrobić laparotomię, wydobyć dziecko, a worek płodowy wszyć w ranę i zatamponować, aby na wypadek krwawienia można było działać ad oculos.

Posiedzenie z. d. 18 Marca 1901.

I. Dr. Merkel odczytał statystykę chorób zakaźnych z miesiąca Lutego: ospy 17 (1 śmierć.) szkarlatyny 3, tyfusu brzuszniego 7 (2 śmierci.) koklusu 5, influenzy 12.

II. Dr. Kasprzak o: Oddziale o położniczym. Ruch położnych tak się przedstawia: w ciągu roku było ich 21, z tych mężatek 13, niezamężnych 8, z Kalisza 10, z przedmieść 5, z powiatu kaliskiego 5 i jedna chwilowo bawiąca w Kaliszu. Kilkakrotnie rodzących 13, pierwszy raz rodzących 8. Chłopców urodziło się 9, z tych 4 nieżywe. Pomoc operacyjna była stosowana w 10 przypadkach, kleszcze 2 r., kraniotamia 1, kranioklasia foetus 5 r., obrót płodu na nóżkę 3 r. i embryotomia 1 r.; w jednym przypadku, po zrobieniu obrotu, okazała się potrzeba, perforatio-
ris et excerebrationis. Embryotomia zrobiona była przy wypadnięciu pępowiny, rączki, ścianek pochwy i szyjki macicznej, na płodzie poczynającym się rozkładać. Po dokonaniu operacji u chorej z wypadniętą pochwą i portio vaginalis uteri, za pomocą masażu udało się części owe wprawić. Przebieg pooperacyjny bez gorączki; wyszła ze szpitala zdrowa, 8 dnia. Jedna z położnych, na płodzie której była zrobiona perforatio, wstąpiła z pęknięciem macicy; wyzdrowienie nastąpiło bez operacji. Przy graviditas tubario uterina, krwawiącej 3 miesiące, wydobyto ręcznie 5-cio miesięczny martwy płód i placentę; wyzdrowienie. Ostatnie dwa przypadki były zakomunikowane Towarzystwu przez kolegę Chodakowskiego. Jedna chora, dostawiona do szpitalu w 30 godzin po odejściu wód, zmarła na posocznicę. Miednica płaska była u 4, ogólnie zwięzła u 1.

Dlaczego tak mało kobiet korzysta z utworzonego oddziału? Na to składa się wiele przyczyn. Uboga ludność nie przyzwyczaiła się jeszcze do tego rodzaju przytułku; kobiety podejmujące się roli babek widzą w oddziale położniczym poderwanie swego bytu, wszelkimi więc sposobami starają się mu szkodzić; niejedną powstrzymuje też wydatek. Że oddział ma rację bytu, wskazuje nie ilość odbytych porodów, lecz różnorodna pomoc operacyjna zastosowana w odpowiednich przypadkach.

III. Dr. Zucker zreferował dwa przypadki krwistka a powłok brzusznych opisane przez D-ra Stsekla. Wylew krwi do powłok brzusznych powstały nie na tle urazu zewnętrznego nie był dotąd notowany.

Pierwszy przypadek dotyczył IV r. rodzącej; pierwszy po-

ród był kleszczowy następnie prawidłowe; ostatnio poroniła 2 r., w III i IV mies. ciąży. Obecnie znajduje się w VI m. ciąży; w ostatnich dniach uległa przeziębieniu, skutkiem czego trapi ją kaszel męczący. Podczas napadu kaszlu uczuła silny ból w dolnej części brzucha, przyczem zauważyła obrzmienie okolicy nadpachwinowej prawej. Bóle po kilku dniach się zmniejszyły, nagły zaś wpływ dosyć dużej ilości wody z pochwy zniewolił pacjentkę szukania pomocy w klinice.

Na pierwszy rzut oka zauważył autor silny obrzęk dolnej części brzucha, od spojenia łonowego do pępka, przyczem średnia część była więcej wypuklona i całe obrzmienie ku zewnątrz równomiernie się zmniejszało i oddzielało się od zdrowych części wyraźnym wałkiem. To miejsce obrzmiałe można było swobodnie ująć jedną ręką wsuniętą pomiędzy powłoki brzuszne i ciężarną macicę i drugą znajdującą się na powłokach brzusznych. Z powodu silnego krwotoku macicznego poród musiał być, przy rozszerzonym dostatecznie ujściu, ukończony przez obrót. Ogromne łożysko samo odeszło. Połóg zupełnie prawidłowy.

Obrzmiałe miejsce na powłokach brzusznych bardzo nieznacznie się zmniejszyło, przyczem niemożna było zauważyć chełbotania, jakie znaleziono przy pierwszym badaniu.

Przy różniczkowem rozpoznaniu o tłuszczaku i włókniaku mowy być nie mogło; można było przyjąć pod uwagę jedynie miękki mięsak; lecz przebieg całej sprawy, mianowicie stałe zmniejszanie się nowotworu w okresie popołogowym i to przypuszczenie usunęło; pozostało tylko przyjąć: wysięk lub też wylew krwi; brak wszelkiej bolesności na dotyk, brak podwyższenia ciepłoty i wszelkich objawów zapalnych więcej przemawiał za ostatniem przypuszczeniem. Operacya t. j. cięcie przez całą długość obrzmienia w zupełności rozpoznanie potwierdziło; za przednią ścianą pochwy mięśnia prostego, znaleziono zupełnie otorbiony krwistek, składający się ze starych ciemno-czerwonych skrzepów krwi. Po oczyszczeniu całej, nawiasem mówiąc, dosyć obszernej, jamy ze skrzepów krwi można było zauważyć cały brzeg prawego mięśnia prostego postrzępiony, ciemno-brunatnego koloru.

Po wyłżeczowaniu jamy i odpowiednich opatrunkach—chora po dwóch tygodniach zupełnie wyleczona opuściła klinikę. Drugi przypadek dotyczył też kobiety ciężarnej.

IV. Dr. Wilczewski przypomina, że w literaturze dają się słyszeć głosy o szkodliwości nadużywania trunków przy leczeniu chorych infekcyjnych.

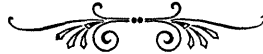
V. Dr. Rüdiger zauważył, że w praktyce spotyka się często jednocześnie kilka przypadków chorób na pozór nie zaraźliwych, np. żółtaczką, peritiphitis etc.

VI. Dr. Piestrzyński obserwował przypadek endocarditis u chłopca 11 letniego, u którego wskutek zatorów utworzyły się zawały stopniowo: w prawem płucu, nerkach, kiszkiach, mózgu i pomimo to chłopiec powrócił do zdrowia. Wezwany w nocy do chorego zastał go przytomnego, sino-białego, z zimne-

mi kończynami, wydzielającego flegmę krwawą, bez pulsu. Przy badaniu stwierdził szmery w sercu, stępienie i trzeszczenia w okolicy prawej łopatki. Z wywiadów okazało się, że w ciągu 2-tygodni miał obrzmienie stawów, które przeszło; chłopcu pozwolono iść do klasy; dzień cały czuł się dobrze; wieczorem, kładąc się spać, przy zdejmowaniu butów, odrazu zsiniał, poczuł brak tchu i zesłabł. Stan bardzo groźny trwał do rana t. j. około 7 godzin; dzień przeszedł znośnie, w nocy znowu puls niewyczuwalny, kończyny zimne, uryny nie oddaje od kilku godzin, w prawem płuciu stępienie, szmery w sercu in statu quo ante.

Na drugi dzień niewiele oddaje uryny i ta zawiera moc białka; w ciągu tego dnia było kilka krwawych wypróżnień, wieczorem do tych objawów przyłączyły się brak przytomności, chrapanie; przy dotykaniu krzyczy; źrenice reagują. Na trzeci dzień powoli odzyskuje przytomność; białka mniej. C. 39,3°. Na czwarty dzień C. 38,3°, krepitacje znikły; przytomny; uryny oddaje więcej; białka w niej niewiele; wypróżnienia normalne; szmery w sercu w jednym stanie. Stopniowo wszystkie zjawiska przeszły, z wyjątkiem szmerów w sercu.

Sekretarz; M. Kasprzak.



REFERATY.

Pollak. O uszkodzeniach narządu słuchowego wskutek nieszczęśliwych zdarzeń. Ocena uszkodzeń narządu słuchowego pourazowych jest bardzo trudną, jeśli poszkodowani zjawiają się do rzeczoznawcy długi czas po zdarzeniu; wywiady są wtedy b. niedokładne; chorzy zwykle przesadzają obecne resp. zatajają stare cierpienia. Na 300 badanych i ocenianych przypadków w połowie istniało cierpienie ucha przed zdarzeniem i tępość słuchu nie od tego zdarzenia zależała.

Określenie związku między złym słuchem a urazem wymaga nader dokładnego badania za pomocą strojnika (kamertonu) i to podług ciągłej skali tonów Bezold'a; w ten sposób wykazujemy u badanych luki w tej skali, co jest ważne dla rozpoznania różniczkowego. Tu jednak lekarz może się znaleźć w trudnem położeniu: niekiedy błona bębenkowa jest normalna, lub stan ucha taki, że wyklucza zaburzenia narządów przeprowadzających dźwięki; jeszcze trudniejsza jest kwestya, jeśli możemy przypuścić it-nienie nerwicy urazowej. W takich przypadkach badamy elektrycuną pokudliwość nerwu słuchowego: łatwa drażliwość tego nerwz-

przy prądzie słabym (1—2 MA.), przy wyłączeniu sprawy wysiękowej w uchu środkowym, przemawia za nerwowem cierpieniem.

Prócz tępości słuchu widziano jako skutki zdarzeń nieszczęśliwych: zaburzenia równowagi, zawroty, bóle głowy, szum w uszach, bezsenność; w celu sprawdzenia zaburzeń równowagi każemy badamy stanąć na jednej nodze, co jest dla prawdziwie chorych niewykonalnem.

Przy ocenie stopnia niezdolności do pracy kierujemy się przede wszystkim rodzajem zajęcia, stopniem zaburzeń słuchu (jedno czy obustronne) i stopniem urazu. Zdolność słyszenia badany głosem pełnym, nie szeptem, gdyż oceniamy tępość względem pełnego głosu.

Jeśli zdolność słyszenia jest zmniejszona z jednej strony i badany słyszy mowę w odległości 2—3 m., oceniamy uszkodzenie na 5^o/_o—10^o/_o zdolności zarobkowej. Jeśli oba uszy są uszkodzone, zajęcie chorego wymaga zdolność dokładnego orjentowania się co do miejsca, liczymy 15—20^o/_o wynagrodzenia. Przy zupełnem zniesieniu zdolności słyszenia z jednej strony lub przy tępości takiej, że rozmowa jest słyszana tylko na odległości 1 m., lub jeśli zawód badanego wymaga słyszenia jednym i drugim uchem, wynagrodzenie wynosi 40^o/_o, przy głuchocie obustronnej 50^o/_o.

Z. Prechner.

Wiener Med. Wochenschr. 0191. № 1.

Zebranie ogólne „Niemieckiego komitetu centralnego budowy sanatoryjów dla chorych piersiowych“ w dniu 23. III. 1901, w Berlinie:

I. Dr. P a n n w i t z. **Stan walki z gruźlicą na wiosnę r. 1901-go, w Niemczech.**¹⁾

W chwili obecnej istnieją w Niemczech 43 ludowe sanatoria i 7 oddziałów szpitalnych dla chorych piersiowych. Prócz tego w 16 sanatoryjach prywatnych znajdują umieszczenie też i chorzy małozamożni.

Dziewiętnaście sanatoryjów ludowych będzie otwartych jeszcze w roku bieżącym.

W budowie jest szesnaście sanatoryjów ludowych.

W chwili obecnej w ciągu roku wszystkie istniejące sanatoria mogą dać przytułek 20,000 chorym.

Kapitał wyłożony, do obecnej chwili, na budowę sanatoryjów ludowych w Niemczech wynosi 40 milionów marek.

Jak widzimy, wyniki wspaniałe!

Mało natomiast zrobiono dotąd dla stanu średniego, dla urzędników, nauczycieli, duchownych, kupców, literatów, lekarzy i t. d.

Wyniki dodatnie 13-tygodniowego leczenia wahają się, w różnych sanatoryjach, w granicach 69^o/_o do 84^o/_o.

Trwałe wyniki dodatnie ocenić można np. ze statystyki sanatoryjum Grabowsee: w r. 1900-ym było: 46^o/_o zdolnych do pracy

¹⁾ P. „Czasopismo“ Tom I. str. 19.

z pośród wypisanych w roku 1896-ym; — 47^o/_o z pośród wypisanych w roku 1897-ym; 58^o/_o—z roku 1898-go; 60^o/_o z roku 1899-go.

Wybór chorych do sanatoryjów ludowych stanowi o pożytku tych zakładów, które tylko wtedy spełnią swe zadania, kiedy w nich będą leczone przypadki niezbyt ciężkie. W tym celu służą: 1) Upowszechnianie broszur i pism ulotnych o gruźlicy. 2) Specyalne ambulatorya do badania chorych piersiowych. Takie zakłady stworzono w Berlinie, Gryfii, Wrocławiu, Halli, Kilonii, Getyndze, Bonn, Marburgu — przy uniwersytetach, w Frankfurcie, Wiesbaden, Heidelbergu, Strasburgu, Hagenau, Szczecinie — przy szpitalach. 3) Specyalne oddziały szpitalne. 4) Przytułki dla rekonwalescentów. 5) Przytułki dzienne podmiejskie. 6) Gminna opieka nad chorymi w domu.

Zwalczanie gruźlicy u dzieci wykazuje za czas od r. 1885 do 1897-go dane następujące:

W koloniach letnich zamkniętych umieszczono dzieci	96,060
„ rodzinach	32,961
„ koloniach „ podmiejskich	88,510
„ sanatoryjach	
a) solankowych	85,386
b) nadmorskich	23,880
	326,798

Pierwszy specyalny oddział dla dzieci przy sanatorium ludowym będzie urządzony w Belzig.

Jako ważny czynnik w walce z gruźlicą dzieci należy uważać powszechne wprowadzenie instytutu lekarzy szkolnych.

Zwalczanie gruźlicy przez poprawę mieszkań wykazuje, że stowarzyszenia ubezpieczeniowe pożyły przedsiębiorstwom budowy zdrowych mieszkań robotniczych—siedemdziesiąt milionów marek.

W tym samym kierunku zwracają swą działalność inspekcje przemysłowe i niektórzy przemysłowcy.

Cały system badań naukowych i środków praktycznych zastosowano w celu zmniejszenia źródeł kurzu w warsztatach, szkołach, na kolejach.

Zarządzono środki i przepisy wydalające chorych na gruźlicę z wojska.

Wydano szereg przepisów usuwających niebezpieczeństwo grożące z powodu spożywania mięsa gruźliczego, mleka gruźliczego i jego przetworów.

Jako środki pośredniej walki z gruźlicą uznano: zwalczanie nadużywania alkoholu i tworzenie kąpiel ludowych i w obu tych kierunkach nie mało zdziałano.

Wydano, w kilku państwach Cesarstwa Niemieckiego, przepisy dotyczące meldowania o przypadkach gruźlicy i przymusowej dezynfekcyi.

II. Odczyty:

R u m p f (Friedrichsheim): **Wybór chorych do sanatoryów.**

1. Jedna trzecia część chorych kierowanych obecnie do sanatoryów ludowych nie nadaje się do leczenia w tych zakładach.
2. Te przypadki nieodpowiednie należy kierować gdzieindziej.
3. Należy urządzić przy szpitalach oddziały, w których będą podlegać obserwacji wszyscy kandydaci do sanatoryów.

B. F r a e n k e l. **Przytułki i schroniska dla gruźliczych.**

1. Sanatoria nie wyczerpują typu lecznic niezbędných w celu zwalczania gruźlicy.
2. Brak nam lecznic dla chorych nienadających się do sanatoryów.
3. Ambulatorya dla gruźliczych spełniają swe zadanie najważniejsze, rozpoznając gruźlicę wcześniej.
4. Należy się starać wszystkich gruźliczych z rodziny usunąć do lecznic.
5. W tym celu należy zbudować specjalne schroniska.
6. Jeżeli przypuścimy, że każdy gruźliczy w ciągu roku zarazi tylko jednego zdrowego, to i w tym razie powstanie podobnych schronisk zmniejszy liczbę chorych na gruźlicę.

O zwalczaniu gruźlicy w wieku dziecięcym.

A. H e u b n e r:

1. Najłatwiej zwalczać gruźlicę u dzieci w okresie gruźlicy gruczołów.
2. Niema specyfiku przeciw gruźlicy dzieci.
3. Leczyć gruźlicę dzieci można jedynie przy pomocy środków higieniczno-dyetyetycznych.
4. Należy utworzyć oddziały specjalne przy szpitalach, klinikach lub oddzielne sanatoria dla dzieci gruźliczych.
5. Dzieci gruźlicze zamożniejsze należy posyłać w góry.
6. Bardzo ważnem jest stworzenie licznych przytułków dla dzieci zdrowiejących po chorobach zakaźnych.
7. Te przytułki należy budować pod miastami.

B. E w a l d:

Walczyć z gruźlicą dzieci można za pomocą wysyłania dzieci dziedzicznie obciążonych, osłabionych, rekonwalescentów—do specjalnych uzdrowisk, przedewszystkiem nadmorskich.

H e y d w e i l e r. **O walce z gruźlicą za pomocą mieszkań.**

Do zadań Komitetu centralnego należy staranie się o budowę zdrowych mieszkań i uzdrowotnienie istniejących złych.

(Deut. Centr.-Komité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkr. Geschäfts-Bericht. Berlin. 1901).

S.

Angerer. Podskórne rozerwania jelit i ich leczenie operacyjne.
Urazy brzucha połączone z podskórnym rozerwaniem jelit są b. ciężkie; z 9 przypadków Angerera wyzdrowiało tylko 2; podobne wyniki otrzymali inni autorzy. Leczenie ran postrzałowych było pomyślniejsze, jeśli je rozpoczynano b. wcześniej; wszakże tego rodzaju urazy łatwe są do szczegółowego rozpoznania. W tych razach do operacji możemy się uciec zaraz po uszkodzeniu. Inaczej się rzecz przedstawia przy urazach bez uszkodzenia zewnętrznych powłok, lecz z rozerwaniem jelit. Niedostateczne dane rozpoznawcze onieśmiałają nas do rychłego zastosowania leczenia chirurgicznego: operujemy w razie wystąpienia zapalenia otrzewny, a wtedy jest już zapóźno.

Urazy brzucha z lekkim przemijającym wstrząsem (shok), nawet z wymiotami i krótko trwałą utratą przytomności nie wzbudzają obaw pod względem rokowania: bóle przemijają, tętno i ciepłota nie przekraczają normalnych granic; jeśli wstrząs trwa dłużej, wtedy Madelung uważa przypadek za poważny. Niekiedy wyczekiwano przez kilka godzin poprawy stanu chorego, a chory tymczasem umierał; na sekcji stwierdzano rozerwanie jelit. Zwykle przy rozerwaniu jelit oczekujemy obecności zawartości kiszki w jamie brzusznej; wahamy się z postawieniem rozpoznania, jeśli niemożemy stwierdzić obecności gazów w otrzewnej, jeśli tępość wątroby nie znika i jeśli na określonym miejscu nie znajdujemy sflumienia, któreby nam wskazywało na obecność zawartości kiszki w jamie otrzewnej. Tymczasem te wszystkie dane często zawodzą. Zarówno objawy przedmiotowe nie zawsze bywają charakterystyczne; w jednym np. przypadku poszkodowany po urazie, połączonym z rozerwaniem jelit cienkich, przejechał konno 2 mile; w drugim istniał apetyt i możność przyjmowania pokarmów.

Dokładne rozpoznanie jest ważne ze względu na szybką interwencję leczniczą. Autor największą wagę przypisuje objawom pierwotnym, zaraz po urazie występującym, gdyż po 24 godzinach mamy już do czynienia z peritonitis septica. Mechanizm rozerwania bywa taki, że poszkodowany zostaje uderzony np. dyszlem lub kopytem, albo też pada na pal lub pień: elastyczna powłoka brzucha nie pęka, zostaje uciśnięta i, przyciskając jelita do kręgosłupa, wywołuje ich rozerwanie; ważne znaczenie ma, rzecz prosta, stan powłok brzusznych i siła urazu. Wstrząs długotrwały (kilka godzin), wzrastające bóle, przyspieszenie tętna, oddech powierzchowny i przyspieszony z zupełnym zniesieniem oddychania brzuszego są to zawsze objawy b. podejrzan. Wymioty występują stale przy rozerwaniach; przy urazie zwykłym tego objawu nie bywa; odbijanie, zgaga i nudności bywają zawsze przy zapaleniu otrzewy. Czasem widzimy ból całego brzucha; jest on często ograniczony, a nawet wcale bólu może nie być przy rozerwaniu.

Makowiec lub morfina maskują stan istotny.

Przy przedziurawieniu kiszek samoistnem zawartość zawsze wylewa się do jamy otrzewnej; przy rozerwaniu urazowem napięcie powłok brzusznych, znaczna nadczułość i silny skurcz кишки nad rozerwaniem, nie dopuszczają do wylania się zawartości kiszkowej. Zniesienie tępości wątroby nie jest niezbędnym objawem rozerwania.

Jeśli zawartość się wyleje zbiera się ona w jednym miejscu, w okolicy uszkodzenia, gdzie opukowo otrzymujemy ograniczone stłumienie; ten objaw ma ważne znaczenie rozpoznawcze. Krwotok wewnętrzny rozpoznajemy na zasadzie objawów nagle powstającej niedokrwistości.

Dla rozpoznania wewnętrznych uszkodzeń narządów brzucha podaje Trendelenburg, że w tych razach prócz powłok brzusznych silnie napięte są też moszna i jądra skutkiem skurczu m. crema steris. Przy zwykłym wstrząsie niema tego napięcia i skurczu m. crem. niema. Przy rozerwaniu kiszek wypróżnień niema, a oddawanie moczu jest odruchowo utrudnione. Przy wypróżnieniach krwistych można przypuścić naderwania błony śluzowej; wtedy do 2 tygodni choremu grozi przedziurawienie.

Jeśli nawet rozpoznamy uszkodzenie кишки, nie wiemy jeszcze, gdzie się ono znajduje i jak daleko sięga, czy mamy do czynienia z naderwaniem, czy z całkowitem rozerwaniem, czy z którąś z postaci pośrednich. Laparotomia jest w tych razach jedynym zabiegiem, który prócz racjonalnej pomocy pozwala ściśle chorobę rozpoznać. Sposób postępowania wyczekujący daje wyniki opłakane (według Petry na 160 przypadków 149 zejść śmiertelnych.) Wstrząs (shok) nie stanowi przeszkody do operacji, gdy (pomijając trudności w różniczkowaniu wstrząsu od zapaści przy rozpoczynającym się zapaleniu otrzewnej) narkoza za pomocą eteru niebezpieczeństwa tu nie przedstawia.

Nie zgadza się autor na małe cięcie podług Mikulicza, lecz radzi cięcie większe, tak aby można dokładnie obejrzeć loca electionis takich rozerwań: jelita cienkie i grube, okolice plicae duodenojejunalis, kışkę ślepą, krezkę i poprzecnicę. Pomimo pęknięcia w jamie otrzewnej może niebyć płynu.

Angerer chorego z wstrząsem operuje w ciepłym pokoju, w położeniu Trendelenburga (z uniesioną miednicą); chory jest owinięty w ciepłe prześcieradła; środki pobudzające dostaje w postaci ławatyw z ciepłej wody z koniakiem, zastrzyknięć olejku kamforowego lub wlewań podskórnych chlorku sodu. Ostrożne znieczulanie ogólne za pomocą eteru; znieczulanie miejscowe nie wystarcza, bo wtedy wstrząs się wzmacnia, jednak uciekamy się do tego znieczulania przy nadmiernej sinicy. Cięcie dość szerokie prowadzimy przez środkową linię brzucha lub po brzegu tego mięśnia prostego, z którego strony stwierdzamy bolesność; jeśli operujemy w kilka godzin po uszkodzeniu — jelita nie są wzdęte i możemy je obejrzeć z łatwością; oglądamy kolejno całe jelita, przesuując je między palcami od plicaduodeno—jejunalis. Naderwania błony surowiczej zaszywamy.

Jeśli operujemy przy istniejącem zapaleniu otrzewny, natenczas kiszki występują z jamy brzusznej i musimy je obejrzeć *extra cavum peritonei*; wysięk septyczny musi być usunięty, najlepiej za pomocą obfitego przemywania jamy brzusznej roztworem fizyologicznym soli kuchennej, która jednocześnie ulega wessaniu i łagodzi wstrząs; wycieranie gazą i tamponami uważa autor za szkodliwe, gdyż ścieramy wierzchnie warstwy nabłonka otrzewnowego i potęgujemy wchłanianie jądów septycznych. W razie rozerwania, zeszywamy kiszki na ogólnych zasadach. Przy licznych rozerwaniach najlepiej wyciąć uszkodzoną część kiszki (*resectio*).

Przy zapaleniu otrzewnej jamę brzuszną drenujemy za pomocą rurek szklanych lub kauczukowych; dreny z gazy nie wydają się autorowi odpowiednimi, gdyż, wchłaniając wysięk, zwiększają ciśnienie wewnętrzne t. j. sprzyjają wessaniu się jądów. Krwawienia zwykle bywają nieznaczne; przy obfitych — należy przypuścić rozerwanie jakiego większego naczynia.

Kwestye powyższe były szeroko omawiane, zwracają na nie uwagę Tillmans i König w swych podręcznikach, a jednak jakże mało są uwzględniane w praktyce! Ten wzgląd skłonił autora do ponownego ich poruszenia.

Z. Prechner.

Archiv f. klin. Chir. T. 61. Zesz. IV.

G a n t k o w s k i. O rozdarciach urazowych pęcherza moczowego. 28-letni chory został uderzony kopytem w dolną część brzucha; poczuł natychmiast silny ból w brzuchu, zaczęło mu się robić słabo i tylko przy pomocy dwóch ludzi zdołał dojść do domu. G., wezwany nazajutrz, znalazł guz wypukły w dolnej części brzucha, ciągnął się półkulisto od pępka do grzebieni kości biodrowych; odgłos wypukowy stłumiony; przy dotyku uczucie ciała ciastowatego. Po ostrożnem wprowadzeniu cewnika Nelatona odeszło z 10-gr. krwi z moczem; po głębszem wprowadzeniu — wypuścił około 1 litra moczu, po czem guz znikł.

Operacyi się oparto. Zastosowano: spokój, okłady Priessnitza, kodeinę. Nazajutrz chory oddał sam mocz. Trzeciego dnia pogorszenie: mocz nie odszedł, guz na brzuchu znowu wystąpił, ciepłota 38,5; po wypuszczeniu moczu cewnikiem guz znowu znikł. Stopniowe polepszenie i wyzdrowienie.

Jakkolwiek przypadek powyższy zakończył się wyzdrowieniem, za prawidłó uważać należy, że: rozdarcie pęcherza śródotrzewne wymaga jaknajwcześniejszego otwarcia jamy brzusznej, przepłókania jej i zeszczenia rany pęcherza; przy rozdarciu zaotrzewnowem wystarcza wykonanie cięcia wysokiego (*sectio alta*).

Szczęśliwe zejście bez operacyi należy tu do wyjątków.

(Nowiny lekarskie. 1900 № 12).

E. Mendel. Padaczka i uraz: Epilepsia genuina dorosłych pozwala na wyodrębnienie takich 5 postaci:

1. Padaczka objawowa po uszkodzeniu czaszki i istoty mózgu (epilepsia korowa).

2. Padaczka alkoholowa, przy której uraz może grać rolę momentu wyzwalającego.

3. Drgawki padaczkowe przy przymiocie mózgu.

4. Zupełnie odrębnego charakteru napady histero-epileptyczne.

5. Rzadkie przypadki padaczki odruchowej zależnej od blizn.

Pozostaje jeszcze nieliczna grupa przypadków, kiedy padaczka jest skutkiem urazu głowy.

Uraz jako przyczyna padaczki dzieci jest też zbyt pochopnie uznawany. Bardzo często urazowi ulega dziecko właśnie podczas pierwszego napadu.

(Aerztl. Sachv.-Zt. 1901. № 2.)

Blum. **Choroba nosa jako cierpienie zawodowe tokarzy.** Autor opisuje chorobę zawodową nosa, którą spostrzegął w fabryce lasek u tokarzy toczących kije, zaprawione w dwuchromianie potasu. Pod każdą tokarnią ustawiony był w tej fabryce ekshaustor do kurzu.

Cierpienie opisane przypomina zupełnie *Ulcus septi perforans* (Hajek); tylko że tu schorzeniu uległa nie tylko przegroda, ale i muszle.

Objawy polegają na obrzmieniu nosa, utrudnionem oddychaniu, nalocie błony przegrody i muszli nosa. Po kilku dniach tworzą się owrzodzenia na śluzówce, chrząstki ulegają martwicy, przegroda zostaje przedziurawiona. Zejście: prócz tego przedziurawienia jeszcze zanik muszli. Ztąd powstaje wrażliwość na powietrze chłodne, wysychanie gardzieli, przewlekły nieżyt gardzieli.

(Wien. klin. Woch. 1901).

Haag. **Nephritis et Oedema Laryngis z powodu zaziębnienia i wdychania pyłu—jako nieszczęśliwe zdarzenie przy pracy.** Malarz miał podczas pracy zgrzać się, a potem zaziębnąć. Musiał pracować w gęstych obłokach kurzu; podległ napadom zaduszania z powodu ostrego obrzęku głośni. Tracheotomia. Z czasem rozwinęło się zapalenie nerek.

Instytucya ubezpieczeniowa, biorąc pod uwagę opinię lekarską, że zap. nerek mogło być skutkiem zaziębnienia—uznało zaziębnienie w danym razie za zdarzenie nieszczęśliwe przy pracy i przyznało poszkodowanemu odszkodowanie. Autor sądzi, że zaziębnienie bywa stałym towarzyszem pewnych prac zawodowych, więc nie może być uznane za przypadek niespodziewany.

(Monats. f. Unfallh. 1900. 9.)

Flesch. **Przypadek Sclerosis multiplicitis pochodzenia urazowego.** Do roku 1871, kiedy Leube pierwszy podobny przypadek opisał, nie uznawano związku między Sclerosis mult. a urazem, z powodu zbyt znacznego okresu utajenia.

F. opisuje przypadek, w którym u 40-letniego robotnika, uderzonego w krzyż buforem wagonu, w ciągu 4 miesięcy stopniowo roz-

winał się obraz cierpienia ośrodkowego, z objawami poczęści organicznymi, poczęści czynnościowymi.

Jako objawy organiczne należało uważać: osłabienie mięśni, drżenie zamiarowe, zaburzenia równowagi przy zamkniętych oczach, chód niepewny, nieco sztywny, uczucie zawrotu, mowa drżąca, napady duszności, wzmożenie odruchów; jako objawy czynnościowe: zachowanie psychiczne, trwożliwość, nadezłość słuchowa, przeskakiwanie odruchów na okolice oddalone.

(Wiener med. Blät. 1901. № 7).

Struppeler. Przypadek przepukliny przeponowej: Młody człowiek uległ urazowi przed 6½ laty. Po 3 miesiącach pierwsze dolegliwości: ból w piersi po jedzeniu. Choroba długo była fałszywie rozpoznawana (między innymi—jako Pyopneumothorax). Röntgenogramy sprawę zupełnie wyjaśniły. Brak objawu przeponowego. Żołądek leży w lewej połowie klatki piersiowej na wysokości połowy łopatki, otoczony kiszka i siecią, które też przeszły przez otwór w przeponie.

(Kongr. med. wewn. Berlin. 1901.)

W badaniach swoich nad **trującym wpływem miedzi** na robotników pracujących w tej gałęzi przemysłu doszedł **Lewin** do wnoszków następujących. Nieznaczne nawet ilości tego metalu wywołują objawy w narządach oddychania i trawienia, zmiany zarówno mechanicznego jak i chemicznego pochodzenia; te zaburzenia, pozornie groźne, prędko znikają bez dalszych następstw. Zatrucie przewlekłego miedzią nie bywa; w razie zjawienia się objawów chorobowych u robotników—należy je przypisać wpływowi innych trujących metali, znajdujących się w rudzie miedzianej, lub też warunkom pracy, albo indywidualnemu usposobieniu, nigdy zaś nie uważać ich za objawy zatrucia miedzią. Jediną zmianą, jaką możemy uzależnić od miedzi, jest brudno zielone zabarwienie zębów; dziąsła nie podlegają zabarwieniu, bywają natomiast bolesne, zaczerwienione i obrzękłe. Włosy nabierają też zielonej barwy.

(Deutsch. Med. Wochenschr. 900 № 43.)

Prof. Dr. S. Talma. Leżenie w łóżku jako pomocniczy zabieg leczniczy przy leczeniu suchot. Rozmaitość wyników otrzymanych przez różnych autorów przy leczeniu suchot płucnych upatruje Talma w tej okoliczności, że zgoda w zapatrywaniach na rozmaite zabiegi lecznicze jest tylko pozorną; zdaje się np., że lubo nikt nie zaprzecza całej doniosłości dla suchotników spokoju duchowego i cielesnego, pomimo to każdy po swojemu czynnikiem tym się posługuje: gdy bowiem jedni zalecają go w większej, inni w znacznie mniejszej mierze go stosują. A jednak zdaniem T. długi, nieraz całe miesiące trwający, spokój jest w wielu wypadkach wprost nieodzownym warunkiem uleczenia; oczywiście, obok spokoju powinniśmy postawić chorego w takie warunki, by skóra jego zawsze miała zapewnioną przyjemną ciepłotę. Codzienne doświadczenie poucza, że oziębienie skóry, zwłaszcza u osób wrażli-

wych, wywołuje czynność wielu mięśni gładkich i prążkowanych, przedewszystkim atoli wzmacnia ruch robaczkowy kiszek, pobudza do częstszego oddawania moczu oraz podnosi ciśnienie krwi owo zaś wzmożenie się pracy oraz napięcia mięśniowego dla wielu suchotników jest szkodliwe. Jeżeli do tego dodamy ujemny wpływ oziębiania skóry na przebieg przeróżnych tak swoistych jak i nieswoistych cierpień nosa, gardzieli, krtani, płuc, żołądka i t. d., łatwo każdy zrozumie, że dla wielu chorych leżenie w łóżku stanowi *conditio sine qua non*, tem więcej, że liczni chorzy dopiero w łóżku pożądaný spokój znajdują. Nie potrzebuję chyba dowodzić, że łóżko powinno być urządzone stosownie do zewnętrznej ciepłoty. Wobec tego, że z potem mogą opuszczać ustrój rozmaite szkodliwe związki, usiłowania zdążające do ograniczenia czynności gruczołów potowych posiadają wątpliwą wartość; pragnąc zaś usunąć szkodliwe następstwa wynikające z nadmiernego pocenia się—chorych leżących w łóżku—okrywamy, oraz wycieramy ich ciepłem suchem płótnem. W okresie zdrowienia pozwalamy choremu używać nieco więcej ruchu i wogóle swobody, z początku atoli niezbędna jest ścisła kontrola, zwłaszcza za pomocą termometru. Bezwzględny spokój wskazany jest wszędzie tam, gdzie choroba płuc już istnieje lub gdzie się powstania takowej obawiamy, np. przez zakażenie wydzieliną z oskrzeli, krtani, z gardzieli, nosa i t. d. W celu niedopuszczenia przenoszenia się zarazy z tych narządów do płuc zaleca Talma powstrzymywanie kaszlu oraz długotrwałe milczenie; w ten sposób udawało się po długich miesiącach uleczyć ciężkie przypadki suchot krtaniowych. Nie mniej korzystny wpływ wywiera leczenie w chorobach kiszek zwłaszcza zaś prostej, jako też w cierpieniach nerek i pęcherza.

Wyniki jakie Talma przez powyżej nakreślone postępowanie osiągnął w niektórych razach były wprost zdumiewające.

Ztschr. f. Tuberculose und Heilstättenwesen 1900 T. I Z 4.

Fr. Grodecki.

A l b u. **Znaczenie leżenia w leczeniu niektórych chorób żołądkowych.** Wiadomo powszechnie, w jak ścisłym a jednocześnie zmiennym do siebie stosunku zostają neurastenia, niedokrwistość oraz podupadłe odżywianie; częstokroć wprost nie jesteśmy w stanie odróżnić, które z tych cierpień jest przyczyną, które zaś skutek stanowi, a przecież grupa powyższych objawów coraz to częściej występuje na scenę we wszystkich warstwach społecznych;—i niema w tem nic dziwnego, wynika bowiem z jednej przyczyny, jest zaś nią owa bezlitośna walka o byt, którą człowiek współczesny na każdym kroku toczyć musi, wyężdżając nieraz do ostateczności wszystkie swe siły, tak duchowe jak i fizyczne. Wynik stąd łatwo przewidzieć: jest nim wyczerpanie przedewszystkim układu nerwowego; na tem się jednak sprawa nie kończy: wskutek naruszonej równowagi w układzie nerwowym powstają zaburzenia czynnościowe różnych narządów wewnętrznych, które, łudząco naśladując schorzenie organiczne, wprowadzają nieraz lekarza na ma-

nowce. Do najczęstszych bodaj cierpień tego rodzaju należą różne schorzenia przewodu pokarmowego. Wadliwe unerwienie tkanek pociąga za sobą cały szereg stanów chorobowych wikłających się w rozmaity sposób z objawami ogólnej lub miejscowej neurastenii.

Należy tu przede wszystkim osłabienie napięcia (tonus) tkanek w całym ciele, wskutek czego powstaje pewne zwiótczenie tych tkanek, z kądem, o ile rzecz dotyczy narządów jamy brzusznej, wyniknąć może obraz opuszczeniu takowych, któremu, o ile zwiótczeniu ulegną mięśnie żołądka i kiszek, towarzyszyć może ich niedowład (atonia). Objawy powyższe, łącząc się ze sobą w rozmaity sposób, składają się zwykle na powstanie dosyć zawikłanego obrazu chorobowego, który występuje w takiej oto postaci: mniej lub więcej wyrażone wychudnięcie, suchość i bladeść skóry, zapadłe oczy i t. d. Jednym słowem, mamy przed sobą obraz podupadłego odżywiania, które w danym razie jest wynikiem zaburzeń czynnościowych narządów trawienia, na tle nerwowem powstałych, może zaś niekiedy dojść do takiego stopnia, że na nieświadomym czyni wrażenie charłactwa rakowatego. Oczywiście, dokładne rozpoznanie natury cierpienia nabiera w tych razach wielkiego znaczenia, od tego bowiem zależy w zupełności leczenie, które przeciw zasadniczemu cierpieniu skierować należy.

Łatwo się każdy domyśli, że jednym z najważniejszych warunków pomyślniej walki będzie zmiana dotychczasowego trybu życia chorego, które lekarz powinien uregulować w najdrobniejszych szczegółach; oczywiście, jest to wykonalne nie inaczej, jak przez wyrwanie chorego z jego zwykłego środowiska i umieszczenie w sanatorium; wtedy tylko bowiem lekarz konsekwentnie będzie mógł przeprowadzić nakreślony plan, którego ostateczny cel sprowadza się do zapewnienia zmęczonym nerwom zupełnego wypoczynku. Jednym z najdzielniejszych środków do powyższego celu zdążających—obok odpowiednio wzmoczonego odżywiania—jest leżenie.

Podczas zaprzestania wszelkiej umysłowej, zwłaszcza zaś mięśniowej, pracy niedokrwiisty, osłabiony ustrój tych chorych może w daleko większej mierze spożytkować skąpy zasób tlenu na potrzeby czynności życiowych. Na tej zasadzie leżenie uważać winniśmy jako leczenie oszczędzające par excellence. Oczywiście, chory powinien leżeć w łóżku, w ten bowiem sposób zapewnić mu możemy daleko wygodniejszy wypoczynek. Najkrótszy czas trwania kuracyi wynosi trzy tygodnie, niekiedy atoli przedłużyć go wypadnie do 4½ a nawet 6 tygodni. Już po upływie krótkiego czasu uczucie znużenia znika, siły przybywają, chory czuje się rzeświejszy i spokojniejszy. Obok leżenia winniśmy zapewnić chorem odpowiednio odżywianie; nie będzie to właściwie tuczenie, w każdym atoli razie odżywianie wzmoczone, ze znaczną przewagą białka w postaci pokarmów płynnych lub papkowatych, a podawanych często w nieznacznej ilości. Po każdym posiłku powinien chory przez pewien czas zachować zupełny spokój. Dla przykła-

du przytaczam następujący szemat diety: 6—8 filiżanek mleka, które naprzemian zastąpić można przez śmietankę, kefir lub kakao na mleku, gęste zupy z mąki owsianej lub Quaker Oats z dodatkiem żółtek, masła, śmietanki lub przetworów białkowych, jak plazmon, somatoza, nutroza i t. d. dalej; twaróg, jaja na miękko, białko, jarzyny w postaci papkowatej, białe mięso oraz owoce w postaci „musu.“

Z innych zabiegów mogą znaleźć zastosowanie mięsienie żołądka i kiszek, rozmaite zabiegi wodolecznicze; wreszcie, nie należy zapominać o dostarczeniu chorym jakiegoś lekkiego, w zupełności odpowiadającego warunkom, zajęcia umysłowego.

Ztschr. f. Krankenpflege 1900 № 10.

Fr. Grodecki.

Prof. Ziehen. Pielęgnowanie chorych na wiał rdzenia. Ponieważ doświadczenie poucza, że caeteris paribus u osób źle odżywianych choroba rozwija się nieco prędzej, wobec tego przy pielęgnowaniu tabetyków szczególną uwagę zwrócić należy na odpowiednie odżywianie, które powinno być mieszane, gdyż większą część tabetyków czuje się przy niem najlepiej. Ze względu na skłonność do zaparcia stolca zaleca się obfite podawanie świeżych jarzyn, kompotu, sałaty i t. d., natomiast napoje wysokokwe, herbatę oraz mocny bulion ograniczyć należy; co do palenia, to najlepiej zabronić je w zupełności, ewentualnie znacznie ograniczyć wypadnie. Zabiegi wodo- i mechaniczne, jakkolwiek mają na widoku inny cel, częstokroć wpływają dobroczynnie na przebieg cierpienia; pożyteczne są również roborantia, szczególnie zaś ze względu na zawartość strychniny następujące pigułki toniczne Erba: ferri lactici 3,0—5,0, extr. chinae aq. 4,0—5,0, Exir nuc. vom 0,4—0,8, Extr. gentiane q. s. ad pil № 100; 1—2 pigułki po każdym jedzeniu. Kwas arsenowy oddaje często dobre usługi.

W dalszym ciągu lekarz powinien zwrócić troskliwą uwagę na cały tryb życia chorego; zaleci mu przeto w każdym wypadku bieliznę wełnianą, szczególnie zaś przestrzegać będzie przed przemoknięciem. Ruch na świeżem powietrzu oddziaływa na tabetyków dobroczynnie, ponieważ atoli uczucie zmęczenia u takich chorych jest chorobliwie zmniejszone, spotykamy więc w tym względzie nadużycia, o ile oczywiście pozwalają na to zaburzenia zborności ruchowej. Wogóle przeto chorym na wiał rdzenia zalecimy $\frac{1}{2}$ —1 godzinny spacer dwa razy dziennie; w razie złej pogody przechadzkę należy zastąpić przez lekką gimnastykę pokojową. Zaniechania zajęć zawodowych domagać się będziemy wtedy, gdy takowe są połączone ze szczególnymi szkodliwościami, np. przemokaniem, forsowaniem nóg i t. Przestrzedz też winniśmy chorych przed nadużyciami płciowymi, zwłaszcza w początkowym okresie choroby, gdy popęd płciowy bywa często wzmógłony; w wielu przypadkach wypadnie stosunków płciowych całkiem zabronić. O ile mamy do czynienia z chorymi zamożnymi, możemy takowych skierować do cieplic obojętnych lub kąpielii siarczanych, borowino-

wych i t. d.; szczególnie wskazane są miejscowości zasłonięte od wiatrów, o nieznacznych wahaniach temperatury; podczas zimy najodpowiedniejszy jest pobyt na południu.

Encyclop. d. Therapie von Liebreich, Mendelsohn und Würzburg 1900. Bd. III str. 766.

Fr. Grodecki.

Związek lekarzy Niemiec dla obrony interesów materyalnych: (Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen) ogłosił swe statuty, z których główne punkty brzmią jak następuje:

§ 1. Związek stanowi osobę prawną; siedzibę ma w Lipsku.

§ 2. Celem związku jest zjednoczenie lekarzy Niemiec dla poprawy ich położenia ekonomicznego, a szczególnie dla popierania tych kolegów, którzy cierpią materyalnie, broniąc swych praw zawodowych wobec krankenkas i podobnych korporacji.

Cel ten będzie osiągnięty:

a) za pomocą założenia kasy wsparć;

b) za pomocą biura wywiadowczego;

c) za pomocą prowadzenia statystyki o stosunku lekarzy do krankenkas

d) przez informowanie lekarzy niepracujących w krankenkasach i pouczanie szerokiego ogółu o obowiązkach i szkodach, jakie obecne stosunki stworzyły dla lekarzy, i o konieczności zaprowadzenia w kasach wolnego wyboru lekarzy;

e) za pomocą pouczania nauczycieli uniwersyteckich i gimnazjalnych, rodziców i maturzystów: o widokach, jakie daje zawód lekarski, by ich ustrzedz od dalszego przepelniania stanu lekarskiego.

f) za pomocą popierania słusznych dążeń lekarzy w ich walce z partactwem lekarskiem.

§ 3. Stowarzyszonym może zostać każdy lekarz aprobowany w Niemczech.

§ 4. Składka stała wynosi 20 Marek rocznie. Prócz tej mogą być pobierane składki nadzwyczajne.

Z Towarzystw Lekarskich.

(Powstawanie chorób wskutek urazu.)

Stubenrauch. **Przypadek coxae varae traumaticae.** Dziewczyna 15 letnia, spadając z drugiego piętra, uległa złamaniu ramienia i złamaniu, początkowo nierozpoznanemu, końca uda prawego (prawdopodobnie oddzielenie się nasady). Przy próbach chodzenia, po dwu miesiącach, stopniowo pogarszające się zniekształcenie w postaci coxa vara. Myotomia mięśni przywodzących, ukosna osteotomia pod krętarzem uda; wynik czynnościowy znakomity.

(Związek lek. w Monach. 14. XI. 00.)

Scheidl. **Zagójone złamanie miednicy; strzaskanie wyrostka łokciowego.** Chory, spadając z drugiego piętra, strzaskał sobie wyrostek

łokciowy i złamał miednicę; krwotok wewnętrzny; krwimocz (musiano zastosować podskórne wlewanie soli kuchennej). Zagojenie złamania miednicy; lekkie chromanie z powodu niekształtnego modelu na złamanych odnogach kości łonowej. Szew kostny na złamany wyrostek łokciowy; zagojenie po 14 dniach; dzięki ortopedycznemu leczeniu następowemu zupełna ruchomość w stawie łokciowym.

(Związek naukowy lek. wojsk. w Wiedniu 31. III. 1900.)

G a n c h e r. **Zona traumatica.** Gancher przytacza trzy przypadki półpaśca z powodu urazu skóry. Wysypka występowała bądź w miejscu urazu, bądź w jego bliskości—w okolicy unerwienia przez pień uszkodzonego nerwu.

(Soc. méd. des Hôpiteaux. 22. II. 01.)

F. S c h u l t z e. **Przypadek głuchoty histerycznej.** Zdrowy 14 letni chłopiec, przestraszony hukiem zapadających się drzwi, nabawił się głuchoty histerycznej, która—po 6 tygodniowym leczeniu poddawaniem myślowem i odosobnieniem—nagle ustąpiła. Innych objawów histeryi nie było.

(Związek lek. Dolnego-Renu 29 IV. 00.)

F. H i r s c h f e l d. **Uraz i moczówka cukrowa.** Claude Bernard pisał, że u psów nie tylko ułknięcie danego punktu rdzenia wywołuje glikozurę, ale też—uderzenie młotkiem po głowie. W zgodzie z tem spostrzeżeniem jest fakt, że właśnie urazy głowy pociągają za sobą w 2 do 10% cukromocz. Co prawda, w doświadczeniach Cl. Bernarda nie było moczówki cukrowej, tylko cukromocz przejściowy; ale właśnie w wielu takich przypadkach pourazowych toż samo widzimy; jakkolwiek widzujemy i prawdziwą moczówkę cukrową po urazie.

Brehmer opisał taki przypadek u maszynisty kolejowego, którego znał przed zdarzeniem nieszczęśliwym, a który zaraz po tem ostatniem zapadł na moczówkę z objawami nerwowymi; pod wpływem troski o wynik sprawy sądowej moczówka się pogarszała; po wyroku przychylnym—cierpienie stopniowo ustąpiło.

Od urazu do wystąpienia moczówki minąć może do roku, a nawet do 3 lat.

Prócz mózgu może tu w grę wchodzić i trzustka. Widziano, mianowicie, powstanie moczówki cukrowej pod wpływem urazu, który dotknął już przewlekłe chorą trzustkę.

Może jednak dopiero uraz wywołać przewlekłe cierpienie uprzednio zdrowej trzustki, którego stopniowy rozwój po miesiącach i latach spowodować może powstanie moczówki cukrowej.

Uraz może pogorszyć istniejącą moczówkę; wiadomo, że wpływy nerwowe ujemnie działają na moczówkę cukrową, że u diabetyków zjawia się śpiączka po urazach, wysiłkach, wzruszeniach.

Ważnem jest doświadczenie wykazujące, że przy moczówce cukrowej pourazowej wczesny powrót do pracy pogarsza cierpienie.

Dyskusya. Litten przytacza przypadek Sennhofs, w którym stawał jako rzeczoznawca. Pewien jegomość upadł na ulicy; mocne stłuczenie jądra; w ciągu nocy obrzmienie tegoż. Nazajutrz silne bóle, potem wymioty, śpiączka. Po

10-dniowem trwaniu śpiączki—zgon. Trzeciego dnia po wypadku w moczu znaleziono 3% cukru. Sekcja: jedynie nieznaczny stopień gruźlicy wierzchołka.

Rzeczoznawcy postawiono 2 pytania: 1. Czy śmierć zależała od wypadku, t. j. czy choroba cukrowa została wywołana przez ten wypadek nieszczęśliwy.

2. Czy też ten wypadek pogorszył istniejące już cierpienie.

L. na pierwsze pytanie, na zasadzie różnych danych wywiadowych odpowiedział przecząco, na drugie—twierdząco. (Rentę rodzinie przyznano).

H. Strauss przypomniał o cukromoczu pokarmowym po urazie, znalezionym w 1/3 wszystkich przypadków; ztąd wnosi, że po zdarzeniach nieszczęśliwych zmniejsza się zdolność przyswajania wodanów węgla. Z tego cukromoczu może się rozwinąć moczówka cukrowa.

Jastrowitz zwraca uwagę na moment psychiczny; sam przestrach może powodować moczówkę cukrową.

(Związek med. wewn. w Berlinie. 29. IV. 1901.)

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

I. Wydział higieny ludowej (16. III. 01.) Przewodniczący zakomunikował że na wniosek wydziału higieny ludowej Rada T. H. udzieliła 400 rb. na łaźnie w Pszczelinie.

Referat p. Milewskiego, obywatela ziemskiego: „O potrzebie zabezpieczenia maszyn rolniczych.“ Pracę swoją referent oparł na dawniejszych pracach lekarskich Szokalskiego i Dobrzyckiego, na pracy technicznej Nawrotła, inspektora przemysłowego dla Galicji, i na spostrzeżeniach własnych i sąsiadów. W r. 1861, na wniosek Szokalskiego, Tow. Lek. Warsz. rozesała kwestyonaryusz w tej sprawie. Otrzymało odpowiedź o 376 wypadkach. Później parokrotnie zajmował się tą sprawą Dobrzycki, który zebrał dane o 1485 wypadkach. Szokalski podawał przypuszczalną liczbę wypadków przy maszynach rolniczych w Królestwie na 40. Dobrzycki w r. 1898 liczy koło 2000. Najwięcej wypadków zdarza się przy młocarni, o połowę mniej przy sieczkarni, niewiele przy młynku. Najniebezpieczniejsze są tryby u maszyn, które dostarczają połowę wypadków, 1/4 wypadków dają cepy, 1/10 kosy w sieczkarni. Daleko częściej zdarzają się nieszczęścia z mężczyznami, niż z kobietami, stosunkowo często z młodzieżą i dziećmi. Do liczby maszyn rolniczych przybyła w ostatnich czasach lokomobila, niebezpieczna z tego powodu, że lud mało obeznany z nią, że lokomobile u nas nie są wcale zabezpieczone: drabina niema poręczy, bęben niema baryery, otwór cepowy jest odkryty i t. p.

Z młocarni konnych stałe pasowe są bezpieczniejsze od trybowych przenośnych. W młocarniach stałych jest więcej pożądany jako bezpieczniejszy kierat górny; najniebezpieczniejsze są jednak młocarnie ręczne, coraz częstsze u drobnych gospodarzy, zupełnie niezabezpieczone.

Sieczkarnie starszego typu Ewans'a, albo wcale nie są zabezpieczone, albo tylko pozornie. Nowsze Bermann'a, Krause'go, mają przyrządy ochronne, lecz są u nas mało rozpowszechnione. Chociaż w wypadkach główną przyczyną jest brak zabezpieczenia maszyn, jednak dużą rolę grają tu inne czynniki, jak np. wiara ludu w przeznaczenie, a stąd lekceważenie niebezpieczeństwa

i brawurowanie, nieposłuszeństwo robotników, brak dozorców, używanie małoletnich do obsługi maszyn, swawola młodzieży, zmęczenie uwagi jednostajną pracą i t. p.

Jako środki zaradcze, referent zaleca zwrócenie uwagi ogółu na tę sprawę, żądanie przez sekcję rolne od fabrykantów i składników sprzedawania maszyn z gotowymi przyrządami ochronnymi, wykształcenie mechaników, którzyby stale maszyny zabezpieczali, umieszczanie wzorów przyrządów ochronnych na wystawach, rozpowszechnianie rysunków, na zebraniach gminnych starać się o uchwały, zalecające zabezpieczenia maszyn pod groźą kary i t. p.

W rozprawach dr. Dobrzycki przypomina, że sprawę obrażeń maszynami podnosił na Zjeździe przyrodników i lekarzy rosyjskich w r. 1876 w Warszawie, a w r. 1898 złożył ministrowi odpowiedni referat. Dr. Skalski przypomina, że w r. 1896 zjazd lekarski w Kijowie obradował nad tem. P. Heryng wskazuje wielką różnicę między częstością wypadków w Niemczech, gdzie prawo nakazuje zabezpieczenie maszyn, a w Austrii, gdzie prawa tego nie ma; dr. Jakimiak, dr. Męczkowski i p. Węgliński sądzą, że częstsze dochodzenie odszkodowania wpłynęłoby korzystnie na tę sprawę u nas. Sprzedaż maszyn bez zabezpieczenia powinna być prawnie zabroniona.

II. Wydział higieny zawodowej i przemysłu (31. I. 01). Posiedzenie poświęcono przedyskutowaniu kwestyi, czy wydział ma nadal istnieć, czy też nie.

Dr. Babiński tłumaczy powody osłabienia działalności wydziału niemożnością wprowadzenia w czyn życzeń wydziału. To ostudziło zapał pierwotny; zabrakło prelegentów i słuchaczy. To ostatnie zmusza do postawienia pytania, czy wydział ma nadal egzystować samoistnie, czy też nie.

PP. dr. Tchórznicki, inż. Rycerski, inż. Szrajber, dr. Rzętkowski, dr. Fabjani inż. Balicki przemawiali za utrzymaniem wydziału, dr. Polak był nawet za utworzeniem podsekcji, jak fabrycznej, rzemieślniczej, kolejowej i t. p. PP. dr. Jakimiak, dr. Babiński i dr. Markiewicz byli za zwinięciem wydziału.

Po dyskusyi znaczna większość oświadczyła się za utrzymaniem wydziału.

Następnie przystąpiono do wyboru prezydium. Największą liczbę głosów na przewodniczącego uzyskał dr. Wacław Męczkowski, który jednak wyboru nie przyjął.

Na sekretarza wybrano d-ra Antoniego Śmiechowskiego.

Wybór przewodniczącego postanowiono odłożyć do posiedzenia następnego.

(Podług protokółów „Zdrowia“)



KRONIKA

— Pomoc lekarska gminna w gub. Płockiej. Od 22 XII. 1898 urządzono tytułem próby na lat trzy organizacją pomocy lekarskiej dla ludności miasteczkowej i wiejskiej w g. Płockiej; tę podzielono na osiem okręgów lekarskich, w których urządzono 8 lecznic i 16 ambulatoryów. Przy każdej lecznicy ustanowiono posadę lekarza, felczera, i akuszerki, przy każdej urządzono szpital na 10 osób. Nadto personel lekarski w dniach ściśle oznaczonych miał co tydzień udawać się do ambulatoryum, aby tam udzielać zgłaszającym się chorym porady i pomocy lekarskiej, a nawet lekarstw. Rozwój instytucji zmusił do powiększenia liczby lecznic do 12.

W roku 1889 udzielono porady 69,138 osobom. W r. 1900-ym 77,691 osobom.

Wydatki na organizację tak się przedstawiały: Lekarz ma pobierać 900 rbl. rocznie, nadto przeznaczono mu 200 rbl. rocznie na kosztą podróży do ambulatoryów co tydzień. Było to za mało, więc rada gubernjalna dobroczynności publicznej postanowiła płacić lekarzom po 5 rbl. za każdą podróż, czyli za 104 podróże w ciągu roku 520 rbl.; felczer otrzymuje 240 rbl. rocznie; felczerka, a zarazem akuszerka, 360 rbl.; na kosztą podróży wraz z lekarzem przeznaczono dla nich dyety po 75 kop. dziennie, to jest 78 rbl. rocznie. Lekarz zastępca pobiera dyety 7 rubli.

Do tej pory lecznice i ambulatorya mieszczą się przeważnie w lokalach, ofiarowanych na ten cel bezpłatnie.

Na żywność dla chorych w szpitalach przy lecznicach asygnowano po 15 kop. dziennie, wydawano zaś po 18 kop. na jednego chorego, czyli dla 10 chorych 657 rbl.; na płacę służby wydawano 168 rbl., na jej żywność 167 rbl. 10 kop. ogółem zatem utrzymanie jednego szpitalika kosztuje 1,022 rbl. 10 kop., nie licząc w to płacy lekarza, felczera, ani wydatku na lokal, światło i t. d.

Na pomoc lekarską w całej gubernii asygnowano 26,640 rbl. rocznie,

pomimo zgodnego protestu wszystkich pism lekarskich, które już z tego choćby jednego powodu uważały cały projekt za poroniony. W lutym r. b. ministerium spraw wewnętrznych zapytało władze tutejsze o wynik prób. Zapytanie to spotkało się z memoriałem władzy gubernjalnej, popartym przez wyższą władzę krajową, a dowodzącym potrzeby powiększenia kredytu na cele pomocy lekarskiej i to do sumy 70,230 rbl. rocznie, wreszcie—przedłużenia terminu próby jeszcze o lat trzy, ponieważ próby dotychczasowej, wobec zbyt szczupłych funduszy, za dostateczną poczytywać nie można.

Podług tego memoriału (jak donosi „Kuryer Warszawski“ № 146 z r. b.) budżet jednego okręgu leczniczego tak się przedstawia:

a) personel: płaca lekarza 900 rbl. i płaca felczera 240 rbl., akuszerki 360 rbl., kosztą wyjazdów 598 rb.; b) utrzymanie lecznicy: lokal 600 rbl., opał i światło 200 rbl., płaca służby 168 rbl., żywność chorych i służby 854 rbl., instrumenta lekarskie do 40 rbl., bielizna do 85 rbl., lokal dwóch punktów dojazdowych 300 rbl.; — ogółem kosztą utrzymania jednego okręgu 4,350 rbl. rocznie.

A zatem utrzymanie 12 stacyi dawnych kosztowałoby 51,302 rbl., czterech nowych, a niezbędnych, 13,808 rbl., razem 65,110 rbl. rocznie.

Prócz tego należyta organizacja pomocy wymaga: utworzenia posady lekarza zapasowego do zastępowania lekarzy chorych z płacą 1,200 rbl., dwóch posad w radzie dobroczynności z płacą 900 rbl., na kancelaryę rad dobroczyn. 1,000 rbl., na podróże inspekcyjne, wynagrodzenia za posiedzenia, rewizye i t. d. 2,020 rbl., na wydatki biurowe 600 rubli.

Ogółem tedy budżet roczny pomocy lekarskiej wynosiłby 70,230 rbl.

Ale zkąd wziąć taką sumę, skoro na ten cel wyasygnowano ze skarbu państwa zaledwie 26,640 rubli?

Władze zaproponowały pobór dodatków do podatków specjalnie na ten

cel, gdyż w ten sposób ziemstwa w Cesarstwie pokrywają swoje wydatki na pomoc lekarską, drogi, szkoły i t. d.

Na pokrycie wydatku w kwocie 56,822 rbl. na pomoc lekarską w rozmiarach dotychczasowych podatek proponowany wynosiłby:

Od obywateli wiejskich 12 $\frac{1}{2}$ % od podatku gruntowego, od obywateli miejskich 23% od podatku podymnego i od kontyngensu liwerunkowego, od kupców i przemysłowców 11 $\frac{1}{2}$ % od opłaty za świadectwa przemysłowe i handlowe, za bilety na prawo zajmowania się handlem i przemysłem, za patenty na zakłady wyrobu i sprzedaży trunków, podlegających akcyzie.

Gdyby jednak władze wyższe zgodziły się na nową organizację pomocy lekarskiej, a więc na powiększenie liczby okręgów pomocy lekarskiej, wówczas na pokrycie kosztów w kwocie 70,230 rbl. rocznie, musieliby płacić dodatek specjalny do podatków wyżej wymienionych:

Obywatele wiejscy 15 $\frac{1}{2}$ %, obywatele miejscy 28 $\frac{1}{2}$ %, kupcy i przemysłowcy 14 $\frac{1}{2}$ %.

W powyższym projekcie poboru dodatku od podatków stanowczo powinna uleść zmianie norma, podług której te dodatki będą obliczane. Mianowicie od obywateli ziemskich ten podatek obliczać należy w stosunku do podatku podymnego zasadniczego, od własności zaś włościańskich — od każdej pewną oznaczoną sumę (np. 1 rub. rocznie.) Zasady i szczegóły tego ostatniego projektu wyłożone są w „Projekcie Ustawy urzędzenia pomocy lekarskiej dla ludności osad i wsi gub. Piotrk.” opracowanym (na skutek odezwy p. Inspektora lekarskiego g. Piotrk.) przez Tow. Lekarskie Łódzkie, a drukowanym w № 25 „Medycyny“ z r. 1898-go.

— Inspektor lekarski gub. Piotrkowskiej, cyrkularzem z dnia 1 Maja r. b., zwraca uwagę szpitali i ambulatoryów na brak odpowiednich zbiorników do płwociny i wszelkich urządzeń do jej unieszkodliwiania.

W celu usunięcia tych poważnych braków poleca:

1) zaprowadzenie w salach i korytarzach szpitali i ambulatoryów spluwaczek stojących, wzniesionych nad poziom podłogi o $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ arszyna;

2) nadanie tym spluwaczkom postaci, któraby chroniła od rozpryskiwania się płwociny;

3) użycie na spluwaczki materiału niepodlegającego zepsuciu pod wpływem materyi dezynfekcyjnych;

4) zaprowadzenie, specjalnie dla chorych piersiowych, spluwaczek ręcznych w postaci kufli, szklanek i t. p.

5) napełnianie tych zbiorników płynami dezynfekującymi;

6) codzienne wyparzanie tych zbiorników i codzienne odnawianie płynów dezynfekujących.

— Kol. H. Rundo w „Gońcu Łódzkim“ nawołuje do urządzania miejsc zabaw i gier dla dziatwy, w Łodzi, wskazując, że w tym celu mogą być bardzo dobrze zużytkowane place puste, których w każdej dzielnicy Łodzi znajduje się po kilka.

Warszawskie Tow. Hyg., instytucja poświęcona sprawom higieny, od 2 lat rozporządza bardzo znacznym funduszem przeznaczonym na założenie i utrzymanie ogródków dziecięcych, a jednak dotąd ich nie założyła...

— Ruch ludności m. Piotrkowa w r. 1900.¹⁾

Ludność Piotrkowa w końcu roku zeszłego wynosiła 31648 osób, które czy to jako stali czy też niestali mieszkańcy przebywali w tem mieście. Z tego było stałej ludności 25289 niestałej zaś 9325 osób.

Na 1000 mężczyzn przypada wśród ludności stałej 1175 kobiet, wśród niestałej zaś zaledwie 624.

Dzieci do 1 roku było: 853, do 5 lat: 1865, do 10 lat: 2215, do 20 lat: 6850, do 40 lat: 11416, do 60 lat: 187, do 90 lat: 1262 osoby.

Małżeństw zawarto 292, według miesięcy 47, 54, 7, 5, 20, 21, 26, 20, 16, 38, 35, 3.

Dzieci urodziło się 1472; co wynosi 46,5 na 1000 ludności; według miesięcy 103, 88, 110, 88, 111, 120, 142, 126, 100, 193, 155, 134; bliźniąt przyszło na świat 52, nežywych urodziło się 3.

Umarło ogółem 801 osoba, czyli 25,3 na 1000 ludności. Największa śmiertelność była w czasie letnich miesięcy, poczynając od Czerwca, kiedy umarło 84 osoby, w ciągu Lipca 106, Sierpnia 102, Września 77 aby później spaść na 60, 5, a nawet 47 w marcu. Najwię-

¹⁾ Podług wykazów magistratu m. Piotrkowa.

cej umierało dzieci od roku do 5 lat—177, następnie dorosłych od 60 do 90 lat 133, i noworodków do 1 miesiąca 88, najmniej, pominąwszy dwu starców ponad 100 lat, młodzieży od 10 do 20 lat—z tej bowiem kategorii umarło 23.

Mężczyzn umarło 410, kobiet 391.

Dr. St. Skalski.

— Rada lekarska uznała, że pradowadstwo obecne nie nakłada na apteki obowiązku utrzymywania w aptekach surowicy przeciwbłonicznej. Co się tyczy wieku surowicy, to wolno sprzedawać surowicę nawet po roku od jej przygotowania.

(Więstn. Obszcz. Hyg. 1901. III.)

— Instytut szczepienia ospy ochronnej D-ra Tchórznickiego w Warszawie szczepi biednym codziennie rano ospę bezpłatnie.

— W celu zachęcenia służby szpitalnej do starannego pielęgnowania umysłowo chorych w szpitalu św. Jana Bożego w Warszawie oraz dobrego obchodzenia się z nimi, rada miejska wyznaczyła na nagrody służbie w tym szpitalu 300 rubli, z fundusów podatku 5-kopiejkowego.

— Zarząd drogi żelaz. war.-wied. postanowił urządzić własne szpitale w Błoniu, Głównie i Błazkach, z przeznaczeniem dla służby kolei kaliskiej.

— Zarząd kolei nadwiślańskich postanowił rozszerzyć szpital kolejowy na Pradze, kosztem 5000 rb.

— W roku zeszłym Warszawskie T-wo higieniczne zwróciło się do rady T-wa dobroczynności w Łomży z propozycją utworzenia przy T-wie przytułku położniczego. — Rada T-wa, nie zasięgnąwszy wskazówek członków T-wa, projekt odrzuciła i poradziła T-wu higienicznemu zwrócić się z tą propozycją do gubernialnej rady lekarskiej, co też T-wo higieniczne zrobiło. Wydział zaś lekarski projekt ten przesłał kuratorowi domów zarobkowych i na posiedzeniu komitetu 3 Kwietnia postanowiono utworzyć przytułek w budynku powięziennym pod egidą domu zarobkowego.

— Z „Ech plockich i Łomżyńskich“ № 38 z r. b.:

(Nadesłane). Płocki oddział T-wa przeciw chorobom zakaźnym przesyła nam następujące zawiadomienie z prośbą o pomieszczenie. „Pozostające pod opieką Jej Cesarskiej Wysockości Maksymiljanówny Oldenburgskiej, T-stwo przeciw chorobom zakaźnym, założone w r. 1896, z ce-

lem niesienia pomocy biednej ludności państwa w walce z chorobami zakaźnymi, a w szczególności z syfilisem, który głównie po wsiach bardzo szybko się rozprzestrzenia, toczy młode siły, zagrażając ludności — moralnie i fizycznym zwyrodnieniem, T-stwo to, posiadając bardzo skromne środki materialne, pozbawione jest możności wykazania swej działalności w takich rozmiarach, jak byłoby koniecznym i pożądanem.

Pomimo to z funduszków T-wa, w osadzie Szreńsk w pow. mławskim otworzono w r. 1899 lecznicę dla syfilityków; obecnie projektuje się otwarcie, pod opieką lekarzy, na czas robót w polu, wiejskich ochronek-żłobków, dla małych dzieci pozostawianych przez rodziców w domu bez należytej opieki. Na utrzymanie jednej takiej ochronki-żłobka, potrzeba około 300 rb.

W ogóle dla osiągnięcia celu T-wo potrzebuje pomocy tak materialnej, jak i osobistej.

Przyjmujący udział w pracy osobistej, mogą być zatwierdzeni przez radę T-stwa w godności członków-współpracowników, wnoszący zaś do kasy T-wa jednorazowo nie mniej jak 100 rb., lub rocznie 5 rb., mogą być zatwierdzeni w godności członków czynnych, pierwsi: dożywotnich, ostatni—rocznych.

Z największą wdzięcznością przyjmowane są i jaknajdrobniejsze jednorazowe ofiary, jak również i deklaracje o przyjęcie w poczet członków można przesyłać pod adresem Rady Towarzystwa (St-Petersburg): Aptekarskiej Perełok № 6), bądź na imię pełnomocnika Towarzystwa na gubern. płocką p. Kudriawcewa, zarządzającego izbą skarbową w Płocku.

Oto lista osób, które przyjęły godność członka czynnego T-stwa z opłatą roczną po 5 rubli:

Kudrjawcew, zarz. płocką izbą skarb., Danilewski, Manulewicz, Goldsztejn z Sierpea. Konownicyn nacz. p-tu z Przasnysza, Barski z Mławy, Stratanowicz z Ciechanowa, Gorodecki nacz. p-tu z Mławy, Szczerbaczew, czł. sądu okręg., Gorodyski, Szychucki z Sierpea, Strzyżowski nacz. p-tu z Sierpea, Lewicki, nacz. wydz. izby skar. z Płocka, Michałowski kas. pow. z Lipna, Zinowicz-Kaszczenko insp. lek. z Płocka, Mazowiecki rejent z Ciechanowa, Olszewski rejent z Mławy, Żochowski r. z Rypina, Dmochowski r. z Lipna Kosenko.

kasyer pow. z Rypina, Świeżyński. kas. pow. Przasnysza, Piechowski rejent z Przasnysza, Cybulski nac. wydz. iz. sk., Suss z Płocka, Gulanicki urz. do szcz. zlec. izby sk., Gołubowicz nac. wydz. izby skar., Tichwiński kas. gub., Wasilewski z Sierpca. Dogurewicz z Lipna, Lewucki z Rypina, Gustaw Pelke i Fryderyk Pelke z Sierpca. Lopatin czł. kom. włoś., Biełkin z Przasnysza, Sipiagin nac. pow. z Rypina, Piotrowski st. fab. insp., Niedumow nac. dyr. nauk płoc.“

— Pan Mayzel, pisząc (Słowo. 1901 № 89) o ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków w gospodarstwie rolnem, powiada: „Ustawy rządowe o obowiązkowym ubezpieczeniu państwowem, istniejące na Zachodzie Europy, w Niemczech od 1833 r., w Austrii od 1887 r., we Francji od 1899 roku, obowiązek ten rozciągnęły zarówno na robotników fabrycznych, jako też i zajętych przy pracy rolnej. Wprawdzie niektóre z ustaw rządowych, jak np. austriacka z 1887 r., stosują przymus ubezpieczenia tylko do pewnej części służby rolnej, tej mianowicie, która zajęta jest przy maszynach lub motorach, jako najbardziej narażonej na niebezpieczeństwo okaleczenia albo śmierci wskutek wypadku podczas pracy. Niemniej przeto tameczni właściciele ziemscy, pragnąc uniknąć odpowiedzialności sądowej, jaka grozi im z mocy ogólnych przepisów prawa za wszelkie wypadki nieszczęśliwe dotykające robotników, nie wyłączając pominiętych ustawą rządową — garną się pod skrzydła towarzystw prywatnych, ubezpieczających zbiorowo ogół służby rolnej.

Wieloletnie bowiem doświadczenie, wsparte statystycznymi danymi, przekonują, że wypadki ciężkiego uszkodzenia na zdrowiu robotników rolnych i leśnych, trafiają się niekonięcznie przy pracy maszynowej, lecz ulegają im nader często przy spełnianiu obowiązków służbowych, i ci oficjaliści, którzy przy maszynach nie pracują, jak np. leśniczowie, gajowi, karbowi, fornale, stangreci i t. p. Wogóle jednak niema wszakże majątku ziemskiego, któryby przy robotach rolniczo-gospodarskich mógł być się w zupełności bez maszyn, chociażby najprostszych jak: młockarnia, kierat, sieczkarnia i t. p.

W naszym kraju, jako przeważnie rolniczym, ilość wypadków nieszczęśliwych przy pracy rolnej, z natury rze-

czy przedstawia się nader poważnie. Na sprawę tę zwrócono dopiero ostatnimi czasy szczególną uwagę.

Badania d-ra Dobrzyckiego wykazują, że przy obsłudze maszyn rolniczych zdarza się w kraju naszym rok rocznie minimalnie 2,000 przypadków „w których liczbie mała tylko część przypada na lżejsze obrażenia, znaczna zaś większość ich kończy się śmiercią, lub co gorsza, ciężkiem kalectwem, którego skutkiem całe setki tych nieszczęśliwych ofiar, nietylko że do pracy są całkiem niezdolne, lecz stanowią wielki ciężar dla społeczeństwa.“

Tow. „Rosya“ opracowało warunki przyjmowania nowej tej gałęzi ubezpieczeń.

„Składki, jakie pracodawcy będą opłacali od tego rodzaju ubezpieczeń, udowodnia przykład poniższy:

Przy odszkodowaniu rodziny poszkodowanego, w wysokości tysiąckrotnego jego zarobku dziennego na wypadek śmierci, oraz przy wynagrodzeniu samego poszkodowanego sumą, dochodzącą odpowiednio do stopnia kalectwa, do wysokości tysiąc pięćsetkrotnego dziennego zarobku, odpowiednia premia stanowiłaby 1) dla majątków ziemskich, nie prowadzących gospodarstwa leśnego i zakładów przemysłowych rb. 10.26 od każdego tysiąca rubli wypłaconej rocznie w naturze i gotówiznie robocizny; 2) dla majątków ziemskich z gorzelnią, browarem i t. p. zakładami przemysłowymi i leśnem gospodarstwem rb. 12.42 od każdego tysiąca wypłaconej jak wyżej robocizny.“

Formalności dla zawarcia takich ubezpieczeń są bardzo proste. Zawierają się one bowiem nie na rzecz każdego z osobna oficjalisty lub robotnika, ani też pod jego nazwiskiem, lecz zbiorowo grupami, w zależności tylko od rodzaju zajęć osób, pełniących służbę w majątku.

Nie wymaga się również żadnych oględzin lekarskich.“

Wiadomość powyższa obejść winna tych lekarzy, którzy mają częste stosunki ze służbą folwarczną i właścicielami wsi, gorzelni, młynów i t. p.

— Na posiedzeniu sekcji górnico-hutniczej Oddziału warszaw. Tow. popier. przem. i handlu w Sosnowcu, 20 IV. 01. p. Nesterowicz z Kielc demonstrował swój opatentowany przyrząd do oddychania dla pracujących w kurzu i pyłe; przyrząd

ten nie nuży robotnika i daje się łatwo i szybko stosować. Wszelkie elastyki, przytrzymujące tego rodzaju maski i wpijające się w delikatne części skóry, są w masce p. Nestorowicza wykluczone i całe umocowanie maski opiera się na rurce krótkiej sprężynowej, osadzonej na pasku rzemiennym, umieszczonym wewnątrz runda czapki; rurka wytknięta jest na zewnątrz runda, w które wsadzona jest druga rurka, dająca ciśnienie wprost na środek maski; uchylenie maski w czasie rozmowy jest łatwe i szybkie. Ciśnienie maski na twarz nie dokucza, ponieważ maska obwiedziona jest delikatną rurką pneumatyczną z miękiej gumy.

Cena maski (bez czapki) wynosi 3 rb. 50 kop.

Sekcja uznała, że dla pracy w kopalniach maska p. Nestorowicza niema zastosowania, natomiast byłaby ona praktyczna przy czyszczeniu kotłów parowych, w hutach cynkowych (przy czyszczeniu kanałów, przy ładowaniu koksiku) i w ogóle przy wszelkich robotach, przy których robotnik musi pracować w kurzu i pyle.

(Kurjer Sosnowiecki № 18. 1901).

— „Gazeta Radomska“ (1901 № 21) podaje taką wiadomość: „W pewnym mieście mieszka dwóch lekarzy: miejski i wolnopraktykujący.

Ten ostatni sprowadzony został przez aptekarza miejscowego, który posiada jedyną aptekę w mieście, bądź co bądź ludnem i ruchliwem.

Ów p. aptekarz, nie mając najmniejszej konkurencji, ponieważ miasto nie posiada nawet składu aptecznego, apteki zaś inne oddalone są o wiorst kilkadziesiąt, ciągnie zyski ogromne, a powodzenie tak mu przewróciło w głowie, że się uważa za człowieka rzadkiej wielkości pod względem rozumu, inteligencji i rodu. To jednak nikomu szkodzić nie może, chyba jemu samemu; gorzej jednak, że ów pan, dla powiększenia dochodów swoich nie przebiera częstokroć w środkach, sądząc, że zawsze ujdzie mu to bezkarnie.

Oto co się dzieje: Lekarz miejski w ciągu kilkoletniej praktyki zdobył sobie wiedzę i rzetelną praktyką zasłużone uznanie i wzięcie w mieście i w całej okolicy, posiada jednak jedną wadę, która się p. aptekarzowi nie podoba.

Jako człowiek uczciwy i zasad wysoce humanitarnych, przepisuje on

chorym tylko środki niezbędne i możliwie najtańsze, zwłaszcza, jeżeli udziela rady ludziom niezamożnym. To się właśnie nie spodobało p. aptekarzowi, sprowadził więc nowego lekarza, który przepisuje chorym, czy trzeba, czy nie trzeba, po kilka recept i to nie tanich.

Nie dość tego, szanowna spółka w celu zmniejszenia praktyki lekarzowi miejskiemu, umieściła w pewnych punktach miasta agentów swoich, którzy czuwając nad posłańcami, przybywającymi do miasta po lekarza, pod pozorem, że doktor miejski wyjechał za miasto do chorego, prowadzą ich do lekarza wolnopraktykującego, chorym zaś dowodzą że doktor miejski na chorobach się nie zna i leczyć nie umie, — włościan zaś wprowadzają w błąd, mówiąc, że lekarz miejski przeprowadził się na inną ulicę.

Bywały wypadki, że włościanin obalamuony w ten sposób, znalazłszy się w mieszkaniu lekarza obcego sobie i ze zdziwieniem wyrzekłszy słowa: „a toć to nie mój pan dochtór“, wynosił się za drzwi, dążąc do lekarza, który go zwykle leczył.

Fakty powyższe komentarze chyba nie potrzebują, i smutnie świadczą o miłych stosunkach wśród inteligencji niektórych miasteczek prowincjonalnych.“

Znów oskarżenie na wiatr rzucone wątpliwej korzyści, ponieważ gołosłowne

— Program „Brytańskiego Kongresu gruźliczego w celu zapobiegania suchotom“ (22—26. VII. 1901 w Londynie) wymienia następujące tematy: obrad:

I. Sekcja państwa i gmin: Statystyka: 1) Śmiertelność od suchot w Wielkiej Brytanii; 2) Podział geograficzny suchot w W. B. 3) Porównanie śmiertelności od suchot w różnych państwach i różnych zawodach. 4) Suchoty podług wieku i płci. 5) Podział suchot podług okręgów sanitarnych Londynu. 6) Statystyka zaprzeczająca dziedziczności suchot. 7) Tabes mesenterica w stosunku do karmienia mlekiem. 8) Suchoty w stosunku do własności gruntu. 9. Wskazówki dla przyszłych ankiet statystycznych.

Obowiązkowe meldowanie o gruźlicy.

Wpływ mieszkań i skupienia ludności.

Kontrola produktów spożywczych.
II. Klimatologia i sanatoria
Klimat w leczeniu gruźlicy; o ile.

gruźlica daje wskazania do leczenia różnymi klimatami?

Tuberkulina.

Sanatoria dla gruźliczych.

III. Patologia i bakteriologia.

Odmiany morfologiczne i fizyologiczne lasecznika gruźlicy.

Zmiany wywoływane przez różne części szkieletowe tuberkuliny.

Zakażenia mięszone.

Odmiany gruźlicy anatomo-patologiczne.

IV. Gruźlica zwierząt.

— „Przerażająca ilość osób, zajmujących się leczeniem bez żadnych w tym kierunku kwalifikacji, reklamujących wynalezione przez siebie cudowne leki, których jako ostatniej deski zbawienia chwytają się łatwowierna publiczność, pobudziła dwa stowarzyszenia lekarskie: w Austrii i Niemczech do ogłoszenia konkursu na dzieło, przedstawiające we właściwym świetle sprawę tę szerszemu ogółowi. Nagrodę w Berlinie otrzymał dr. L. Reissig za dzieło p. t. „Medizinische Wissenschaft und Kurpfuscherei“ (Leipzig 1900). Przytaczamy tu z niego ciekawe szczegóły. Przegląd dzisiejszego stanu partactwa w leczeniu okazuje, że objaw ten wzrasta ciągle. W końcu roku 1896 w Berlinie było Niemniej niż 476 osób, zajmujących się leczeniem bez świadectw i kwalifikacji, a warto zaznaczyć, że nie liczone tu wcale aptekarzy, ani akuszerki, ani felczerów, którzy do swojej specjalności włączają czasem obowiązki lekarza — byli to zatem takie tylko osoby, które nic z medycyną nie mają wspólnego. Urzędowy wykaz w Hamburgu z 1899 wymienia 111 partaczy na 546 lekarzy (1:5), a liczy do tej kategorii tylko osoby, które za swą praktykę były sądownie karane. W rzeczywistości przypada przeciętnie na 3 lekarzy 1 partacz medyczny; w Bawarii w 1894 liczono 1 partacza na 2 lekarzy. Co do właściwego zawodu, to we wspomnianej wyżej statystyce berlińskiej większość niepowołanych lekarzy należała do robotników lub rzemieślników (60%). Z kobiet-lekarek najznaczniejszy procent stanowiły były służące (58%), modniarki (24%) i robotnice (10%). W Hamburgu wśród partaczy medycznych znajdowano byłych kupców, kelnerów, szewców, tokarzy, roznosieli chleba, rzeźników, handlarzy zieleniny, piekarzy, posłańców, handlarzy bydła i jednego żebra-

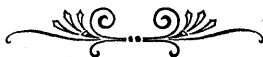
ka, utrzymywanego przez gminę. Jakkolwiek znaczna ich część nie umie pisać ortograficznie, a nawet jednego zdania ułożyć prawidłowo, występują oni jednak przed publicznością jako autorzy dzieł obszernych. I oto genera ogłoszeń, które można czytać w dziennikach: „Poszukuje się literata, któryby zechciał naukowe dzieło medyczne przełożyć z niepoprawnego języka niemieckiego na poprawny“. Stan moralny tych cudownych lekarzy najlepiej okazuje następujące zestawienie: zśród mężczyzn, zajmujących się bez pozwolenia władzy praktyką lekarską w Berlinie, było sądownie karanych 29%, a w Hamburgu 15% (z tych 21/2%, przebywało w domu poprawy); z kobiet w Berlinie 14 1/2% w Hamburgu—3%. Znaczy to, że zawód, który od swych adeptów wymaga nadzwyczajnej obowiązkowości, poczucia odpowiedzialności społecznej, wiedzy ogólnej i specjalnej, bywa potajemnie pełniony przez ludzi niewykształconych i karanych sądownie. Dom poprawy jest dla wielu uczelnia. Rzemieślnik, który tam się nauczył golić brody, lub opatrywać rany, albo wprost przez kolegów został wtajemniczony w sztukę leczenia, staje się po odsiedzeniu kary cudownym lekarzem z obszerną praktyką. Gdy w życiu codziennem mniemamy, że człowiek fachowy najlepiej osądzi i naprawi szkodę w dobrze w znanym przedmiocie, gdy zegarek damy do naprawy zegarmistrzowi, a buty do szewca, znaczna część publiczności powierza swe najcenniejsze dobro—zdrowie pierwszemu lepszemu człowiekowi, gdy ten tylko donośnym głosem rzeczy niemożliwe wypowiada w sposób przekonywający. Im więcej przesady brzmi w jego słowach, tem większa jest jego siła przyciągająca. Nadzwyczaj chętnie powołują się na Priessnitz, Schrotha i Kneipa, aby dowiedzieć, że tacy samoucy są najbardziej powołani do uprawiania sztuki leczniczej, gdyż nie są zaślepieni przez żadną szkołę, ani szablon. To mniemanie jest bardzo fałszywe. Z pewnością po wszystkie czasy w każdej nauce bywali niespecjaliści, którzy poczynili ważne odkrycia i pobudzili ludzi do myślenia. Takim był służący w laboratorium Faradaya, lekarz Kapler, drukarz Benjamin Franklin i kupiec Schliemann. Ale czyż ci ludzie byli w samej rzeczy niespecialistami, a późniejsza ich wiedza wrodzoną lub z nie-

ba spada? W to nikt nie wierzy. Każdy wie, że mieli oni poza sobą długie lata naukowych studyów, zanim wystąpili publicznie z ważnemi pracami. Studya te zastąpiły im szkołę i uniwersytet, nie byli właściwie niespecjalistami, jakkolwiek nie posiadali świadectw urzędowych. Dlaczegoż miałyby tylko sztuka leczenia stanowić w tym razie wyjątek, pozwalając ludziom bez wszelkiej wiedzy przygotowanej pełnić zawód, potrzebujący długoletnich studyów naukowych. Jeszcze żaden z tych cudownych lekarzy nie pogłębił naszej wiedzy o ciele ludzkim, o istocie choroby lub wogóle o życiu. Dopiero w XIX wieku trzech z nich nabrało pewnego znaczenia: Priessnitz, Schroth

i Kneip. Ale przez co? Przez swój fanatyzm, przez jednostronność swych zastosowań, przez rozgłos, że wszystkie choroby bez wyjątku mogą wyleczyć, a przedewszystkiem dzięki potężnej reklamie.“ („Głos“ 1901 № 15.)

— Artykuł o działaniu ubocznem nowych leków (p. st. 239), stanowi streszczenie dziełka O. Seifferta, z którego opuszczono jedynie ustępy, mówiące o wskazaniach i dawkach. Natomiast właściwą treść (o działaniu ubocznem i o przeciwi wskazaniach) uzupełnił kol. Fr. Grodecki podług znanego dzieła L. Lewina.

„Działanie uboczne nowych leków“ będzie odtąd stałą rubryką w „Czasopiśmie“.



Krytyka i bibliografia.

Prof. S. Rydygier. Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka. Odczyty kliniczne 1901 № 145 str. 23. Rysunków 5. W wykładzie swoim, wygłoszonym na IX Zjeździe lek. i przyr. polskich w Krakowie oraz na Zjeździe międzynarodowym lekarzy w Paryżu, prof. Rydygier mówi prawie wyłącznie o wycinaniu odźwiernika. Przedewszystkiem wykazuje, że tak zwany pierwszy sposób wycinania odźwiernika Billrotha jest jego własnym sposobem, mylnie przez innych autorów Billrothowi przypisywanym.

W dalszym ciągu podana jest statystyka wszystkich (100) operacji na żołądku przez R. wykonanych. Dwa przypadki opisał prof. Rydygier szczegółowo, gdyż operowani pacjenci żyją po operacji: jeden 19, a drugi 18 lat. W pierwszym przypadku (wrzód żołądka i zwężenie odźwiernika) wykonane zostało wycięcie, w drugim (wrzód żołądka i zapalenie okołożołądkowe) rozciągnięcie palcami odźwiernika.

Najważniejszą część wykładu stanowią wskazania do wycięcia odźwiernika, które prof. Rydygier chciałby rozszerzyć na koszt zbyt często stosowanej gastroenterostomii. Najczęściej wycięcie odźwiernika wskazane jest przy raku. Rezultaty operacji są już i będą jeszcze lepsze, jeżeli dzięki postępom dyagnostyki wczesnie rozpoznawać będziemy raka żołądka, wycinając guz daleko (do 10 ctm.) od widocznych granic raka i usuwając gruczoly, przerzutami zajęte.

W odpowiednich przypadkach wrzodu okrągłego żołądka R. radzi wycięcie odźwiernika zamiast zwykle stosowanej gastroentostomii ponieważ: a) usuwamy tło, na którym mógłby później rozwinąć się rak, b) uprzedzamy możliwe późniejsze krwotoki i przedziurawienie żołądka przez wrzód.

W końcu R. opisuje w krótkich słowach własną technikę wycięcia odźwiernika. A. K.

F. Arnstein. Ciechocinek, jego czynniki lecznicze i urządzenia. Warszawa. 1901. str. 121+IV.

W literaturze polskiej rzadkością jest książka z dziedziny balneoterapii; natomiast zarzucają nas efektownymi broszurami, wychwalającymi źródła i uzdrowiska zagraniczne. Nic też dziwnego, że przyzwyczailiśmy się książkę o miejscowości leczniczej— uważać za wytwór reklamy.

Wielka to jednak niesprawiedliwość, jeśli mowa o polskich pracach balneologicznych, a stanowczo czysto już naukową ma wartość praca kolegi Arnsteina.

Zawierając liczne spostrzeżenia lekarskie, pisane z równą znajomością patologii i kliniki, jak też i własności leczniczych źródła — ta książka wielką może przynieść korzyść kolegom, którzy swych chorych wysyłają do Birsztany, Druskienik, Rymanowa, Ciechocinka; jeszcze zaś większą tym, którzy, znając wskazania dla Kissingen, Homburga, Wiesbadenu, Nauheimu, Maryenbadu, o Ciechocinku nie wiele lub nic nie wiedzą.

Prócz części ściśle naukowej zawiera praca kolegi A. dział praktycznie o Ciechocinku informujący zarówno lekarzy, jak i inteligentną publiczność.

S.

M. Stępowski. Sztuczne wody mineralne i napoje gazowe. Warszawa. Nakładem redakcyi Wiadomości farmaceutycznych. 1901. Str. 331+1 tablica do zawieszenia.

Uchylając się od fachowej oceny tego podręcznika specjalnego, którego celem głównym było zapoznanie naszych fabrykantów z najnowszymi ulepszeniami, jakie na tem polu wprowadzone zostały za granicą, korzystam z okazji, by zwrócić uwagę sz. kolegów na tak zaniedbane w praktyce *aqua e medicinales*, sztuczne wody lecznicze, nie posiadające podobnych sobie w przyrodzie.

„... na wody mineralne nie można patrzeć inaczej, jak na *medicamenta cruda*, które obok składników, istotnie odpowiadających celowi, zawierają także ciała albo obojętne, albo nawet wprost przeciwne wskazaniom.“¹⁾ „Dr. Walery Jaworski, profesor

¹⁾ Patrz też: „Krytyka lekarska.“ 1901. №№ 3 i 4. G. Lewin: Wody mineralne i sanatorja krajowe.

patologii i terapii w Uniwersytecie Jagellońskim, w broszurze swojej p. t. *Aquae minerales — aquae medicinales effervescentes*“ wypowiedzi się wyraźnie za wodami leczniczymi, w których odpowiednie sole można dawkować i zgęszczać stosownie do efektu, jaki się pragnie wywołać w ustroju, i między innymi tak pisze: „sumiennie przygotowane sztuczne wody mineralne nie tylko dorównują w działaniu naturalnym, ale je po stosownej zmianie w stosunku mieszaniny, przewyższają mogą.“

Otóż tych „*aquae medicinales*“ wymienia autor odmian 16, mianowicie:

- Woda alunowa (Na litr.: 2,0 bezwodnego alunu potasowego).
- „ bromowa (Na litr.: po 5,0 Amm. i Na. bromati i 2,5 Kalii bromati).
- „ chromowa (Na litr: 0,06 Kalii bichromici; 0,2 Kalii nitrici; 0,2 Natrii nitrici; 0,4 Natrii chlorati).
- „ gorzka Meyera (Na litr: 14,0 Magnesia sulfur cryst.; 3,5 Natrii bicarbon).
- „ jodowo-sodowa (Na litr: 4,1 Natrii carbonici anh.; 1,0 Na. chlorati; 6,2 Natrii iodati).
- „ krezotowa słabsza (Na litr: 0,5 Creosoti; 100,0 Cognac).
- „ „ mocniejsza (Na litr: 1,0 Creosoti; 100 Cognac).
- „ litynowa (Na litr: 0, 2 Lithii carbonici).
- „ magnezjowa (Na litr: 16,6 Magnes. carbonic. anh).
- „ salicylowa (Na litr 1,0 ac. salicyl).
- „ z chlorkiem żelazo-amonowym (Na litr. 0,4 Amm. chlorati ferrati oxydati).
- „ z pyrofosforanem żelaza (Na litr: 0,9 Natr. pyrosph. anh).
- „ z węglanem amonu (Na litr. 1,0 Amm. carb.)
- „ z węglanem żelaza (Na litr: 0,1 Ferri carb. oxydati).
- „ z winianem potasu (Na litr: 2,0 Natrii chlorati i 2,0 Kalii tartarici)
- „ z winianem żelazo-potasowym (Na litr.: 2,0 Natr. chlorati, 0,5 Fer. tart. i 23,0 kalii tart.)

Znajdujemy też tu przepisy na mleko gazowe, lemoniady gazowe, wina owocowe, kwasy zbożowe i owocowe.

S.

Röse K. Jak pielęgnować zęby i usta. Przełożył dentysta J. Klejn. Warszawa 1901, str. 56 Rysunków 38.

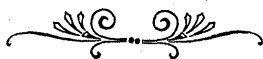
Wobec niepojętego niedbalstwa, jakie u nas panuje w tej kwestyi, wydanie tej broszury było sprawą bardzo pożyteczną.

Treść stoi na wysokości nauki, bo autorem jest jeden z koryfeuszów dentystryki niemieckiej.

Nie możemy się jednak zgodzić na jego pochwały dla odolu; nie rozumiemy też, na co ogółowi się przydadzą rysunki na str. 47-ej (szczegóły dotyczące techniki plombowania zębów).

Przekład dobry; wydanie wytworne.

S.



Działanie uboczne nowych leków.¹⁾

I. Leki przeciwgorączkowe, przeciwgościcowe, oraz przeciwrrwowe.

Acetanilidum, antifebryna. Działanie uboczne z powodu powstawania methemoglobiny jest do tego stopnia niebezpieczne, że stosowanie tego leku powinno być jaknajbardziej ograniczone. Przypadki nadużycia antifebryny, w których chorzy przez 20 miesięcy bez szkodliwych następstw przyjmowali codziennie po 0,3—0,6 antifebryny, bynajmniej niemogą wpłynąć na złagodzenie powyższego surowego sądu: objawy zatrucia występują niekiedy po zastosowaniu małych nawet dawek; składają się na nie: brak łaknienia, skłonność do wymiotów, niepokój, dreszcze, stępienie słuchu, sinica, zapaść, nieregularna oraz osłabiona czynność serca; wysypki zjawiają się rzadko. Objawy zatrucia mogą wystąpić i po zastosowaniu zewnętrznem.

Lewin przytacza jeszcze następujące objawy uboczne:

a) Śmiertelne zatrucie może nastąpić już po dawkach 0,25—0,5; zależy ono, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, od indywidualnego usposobienia, bądź też od chwilowego osłabienia; zwłaszcza źle znoszą antifebrinę suchotnicy, niedokrwieści, oraz kobiety. b) Spadkowi ciepłoty towarzyszą niekiedy złewne poty; ponownemu zaś podnoszeniu się—dreszcze. c) Spostrzegano hypothermiam; d) W jednym przypadku wystąpiło działanie opaczne w postaci hyperthermiae. e) Mogą występować ból i zawrót głowy, śpiączka, bredzenie a nawet stan manjakałny, nieprzytomność, stępienie rąk i nóg, drgawki, rozszerzenie źrenic, podwójne widzenie, krwawienia nosowe lub maciczne; wreszcie ze strony narządów trawienia: ból żołądka, rozwolnienie, zaś ze strony narządu moczowego: zwiększone niekiedy natomiast zmniejszone, wydzielanie moczu. Niekiedy, powodować może antifebryna dotkliwy świąd.

Agathinum w niektórych przypadkach sprawia nudności, ból głowy, pot, uderzenia do głowy, zaczerwienienie twarzy, odurzenie, bezsenność, pieczenie przy oddawaniu moczu.

Amigdopheninum powoduje niekiedy zawrót głowy, szum w uszach oraz obfite poty.

Analgenum sprowadza, w większych dawkach, wymioty, rozwolnienie, nudność, uderzenia do głowy.

Antinervinum, mieszanina składająca się z 250 części antifebryny, 25 cz. soli bromowych i 25 cz. kwasu salicylowego. Ze środek ten narówni z antifebryną wywołać może nieprzyjemne objawy uboczne, dowodzi tego przypadek Wefers'a: u chorego na zapalenie płuc wkrótce po przyjęciu 0,5 antinerviny wystąpiły: sinica, senność, powierzchowny oddech, przyspieszone przepuszczające tętno, oraz zaburzenia mowy w postaci bełkotania.

Antipyrinum. Po użyciu wewnętrznem zdarzały się objawy uboczne przede wszystkim ze strony przewodu pokarmowego: nudność, wymioty, ból w żołądku; dalej poty, uczucie zimna, ogólne rozłamanie, senność oraz bezwiedne wydzielanie moczu; zapaść, bicie serca, osłabienie czynności serca, bóle w piersiach oraz w brzuchu, zmniejszone wydzielanie moczu, szum w uszach, brak tchu, mocny ból głowy, sinica. Z zaburzeń nerwowych znane są: zwiększona drażliwość nerwowa, zawrót głowy, zajęcie sensorii, bredzenie, przejściowa utrata przytomności, stany podniecenia, zanik pamięci, zaburzenia w sferze myślenia. Rozmaitość powstających skutkiem

¹⁾ Streszczenie: O. Seifferta (Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel) z uzupełniami podług L. Lewina (Nebenwirk. d. Arzneimittel)—przez Fr. Grodeckiego.

tego leku wysypek skórnych jest nader wielka; spotykamy wysypki rozlane po całym ciele w postaci pokrzywki, bądź też różyczki, podobnej raz do płonicy to znowu do odry. Niekiedy spostrzegano wysypkę podobną do występującej przy durze osutkowym lub też naśladującą prosówkę białą, bądź wykwyty herpetyczne. Tak zwane przez francuskich autorów osutki stałe (*exanthèmes fixes*), t. j. występujące stale na tych samych miejscach, spostrzegano również w rozmaitych postaciach, już to zbliżone do *erythema exsudativum multiforme*, już to bardziej ograniczone, czerwone z cyanotycznym zabarwieniem, częściowo w zgorzel powierzchowną przechodzące. Niekiedy widzimy stomatitis *ulcero-membranosa*, która może się umiejscowić w najrozmaitszych okolicach jamy ustnej, powodując gwałtowne bóle, jakoteż stanowiąc nie małą przeszkodę w mowie oraz w przyjmowaniu pokarmów. W innych znowu razach wśród znacznej gorączki występują: zaczerwienienie oraz obrzmienie warg, obrzęk twarzy jakoteż pęcherze na śluzówce jamy ustnej oraz polyku. Wysypki te usadawiając się zwłaszcza na podniebienie lub języku, jakoteż na narządach płciowych lub w okolicy odbytu, nastęrczają niekiedy niemałe trudności rozpoznawcze, łudząco bowiem naśladują objawy przymiotowe.

Wstrzykiwania podskórne antypiryny są bolesne, obok zaś ciężkich objawów ogólnych, jak niedokrwistość mózgu, bicie serca, uczucie znużenia, mogą spowodować ropnie a nawet zgorzel w miejscu ukłócia. Bardzo rzadko spostrzegano tak zwane opaczne działanie antypiryny, polegające na tem, że jak i po chininie, wśród żywego palenia w ustach, nosie i oczach, wśród wstrząsającego dreszczu, ciepłota podnosi się nader wysoko (do 41. 5). Klein opisał przypadek, w którym grudkowata osutka występowała nietylko po zażyciu antypiryny do wewnątrz, ale i po prostem dotknięciu się do tego leku, przyczem usadawiała się zawsze na lewej stronie ciała, należała przeto do stałych. Wreszcie, zwrócić uwagę należy, że u osób, które przyzwyczyły się do codziennego przyjmowania antypiryny z czasem rozwija się rodzaj pociągu do tego leku (*antipyrinismus*).

Podług Lewin'a szczególną ostrożność w podawaniu antypiryny należy zachować u chorych na nerki, dusznicę bolesną, stwardnienie tętnic, wreszcie wszędzie tam, gdzie bądź wskutek istniejącej choroby ostrej lub czasowego osłabienia można się spodziewać ujemnego działania leku na serce; znane są bowiem wypadki ciężkiej zapaści, a nawet śmierci, po zastosowaniu małych nawet dawek (0,25—1,0—3,0) antypiryny. Ponieważ antypiryna przechodzi do mleka, niekiedy zaś wywołuje zupełne zaprzestanie wydzielania się tegoż, lepiej przeto karmiącym jej nie podawać, u ssawców bowiem może wywołać rozwolnienie. — Obok przytoczonych wyżej znajdujemy u Lewin'a następujące jeszcze objawy uboczne:

a) ze strony narządów trawienia: ból zębów, ślinotok, obolałość ślinianek, obrzęk języka, odbijanie, nudności, wymioty, nawet krwawe bóle brzucha, rzadziej rozwolnienie, niekiedy krwawe stolce; b) ze strony narządów oddechowych: krwawienie z nosa, chrypka, ból w krtani, bezgłos, zadyszka; bóle w piersiach; krwioplucie, kichanie; c) ze strony serca stany znacznego osłabienia. d) ze strony narządu moczowego: zmniejszone wydzielanie, białkomocz, cukromocz, krwiomocz, e) ze strony narządów zmysłów: łzawienie, obrzęk i przekrwienie spojówek, przejściowa ślepotą, osłabienie siły wzroku, szum w uszach, stopienie słuchu. Wpływ antypiryny na ogólne odżywianie jest b. ujemny — może bowiem wystąpić znaczne zmniejszenie się wagi ciała. Najlepiej lek ten znoszą chorzy umysłowi; w praktyce dziecięcej antypirynę stosować należy ostrożnie. (D. c. n.)

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Joncher, Dr. J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, Cz. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz,

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь. 23 Мая 1901 г.

Друк А. Карського, дзерж. Куліш, Новы Рынек № 11.