

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Poszukiwania gonokoków

w wydzielinie ropnej z organów płciowych u kobiet publicznych

PODAJE

Dr. Wł. Ropytowski.

Ordynator Szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

—>> • <<—

Jak często gonokoki znajdują się w wydzielinie ropnej organów płciowych u kobiet? Odpowiedź na to znajdujemy w wielu pracach, z których jedna z ostatnich, napisana przez Gauera („Ueber Gonococcenbefunde beim Weibe“. Aus dem Laboratorium der Syphilis-Klinik der Charité. Berlin. Festschrift gewidmet G. Lewin. 1896), oprócz własnych spostrzeżeń, zawiera zestawienia prac różnych autorów w tym kierunku. Z liczb, przytaczanych w tej pracy dochodzimy do przekonania, że dane różnych autorów bardzo się między sobą różnią; zawartość gonokoków w wydzielinie szyjki macicy, pochwy, kanału moczowego, gruczołów Bartholiniego jest też nierównomierna.

Dwa lata temu, prowadząc oddział prostytutek w szpitalu Ś-go Łazarza, badałem systematycznie wydzieliny z organów płciowych

u chorych, zaraz po ich przebyciu do szpitala, zbierając oddzielnie wydzielinę z szyjki macicy i oddzielnie z kanału moczowego i gruczołów Bartholiniego, rozumie się o tyle, o ile można było w danym przypadku wydzieliny te otrzymać. Jednocześnie, pragnąc się przekonać, czy peryody wywierają jakiegokolwiek znaczenie w tym kierunku, zaostrezając zazwyczaj ostre cierpienie macicy, badałem zaraz po menstruacji wydzielinę z szyjki macicy. Tak więc materiał, zebrany przezemnie składa się z analiz dokonanych oddzielnie z wydzielin szyjki macicy, przeważnie ropnych, to po peryodzie, to w zwykłych warunkach, z wydzielin gruczołów Bartholiniego, lub zawartość ropni, wreszcie z wydzielin z kanału moczowego. Analizy z wydzielin pochwy pomijam milczeniem, ponieważ *w nich prawie nigdy nie zdarzają się gonokoki.*

U każdej chorej robiłem tylko raz analizę natychmiast po jej wstąpieniu do szpitala, z różnych wydzielin oddzielnie, z wyjątkiem kobiet, które przechodziły menstruację w szpitalu; w takim razie druga analiza robiona była zaraz po ukończeniu peryodu.

Preparaty barwione były nasyconym wodnym roztworem błękitu metyloвого z domieszką 5% kwasu karbolowego i badane przy immersyi. Niektóre z preparatów były podbarwiane jeszcze eozyną.

Na szkiełka wydzieliny były przenoszone zawsze świeżo wypalonym drutem platynowym, rozarte w cienkiej warstwie i natychmiast zasuszone nad płomieniem lampki spirytusowej.

Za gonokoki przyjmowane były tylko takie pasorzyty, które znajdowano w ciałkach ropnych w kupkach; oddzielne pasorzyty składały się z dwudziątek i łatwo barwiły się błękitem metylowym. Metoda Gramma nie była używaną, ponieważ gonokoki odbarwiają się przy stosowaniu tej metody, ujemny więc rezultat barwienia bardzo trudno może być sprawdzony, a to szczególnie odnosi się do preparatów, na których gonokoki występują bardzo rzadko. Jak wiadomo, aby odszukać kupkę gonokoków w ciałku ropnym na preparacie, na którym bardzo mało jest gonokoków, nieraz trzeba przejrzeć całe dziesiątki pól widzenia; odnaleźć też komórkę, po stosowaniu metody Gramma jest nieprawdopodobieństwem przy immersyi. *Wobec tego i cała ta metoda może mieć tylko akademickie znaczenie, bez praktycznej doniosłości.*

Zaznaczyć też tu muszę, na co po raz pierwszy zwrócił uwagę Touton, że odbarwianie się gonokoków metodą Gramma nie zawsze ma miejsce. Touton nawet przypuszcza, że w pewnych fazach rozwoju gonokoki nie odbarwiają się tą metodą.

Przygotowując bardzo często preparaty z ropy, bogatej w gonokoki, i stosując wielokrotnie metodę Grama, zauważyłem w wielu przypadkach, że nie wszystkie gonokoki zupełnie się odbarwiały na preparacie, niekiedy w jednej kupce część gonokoków zatrzymywała w różnym stopniu barwnik. Zjawisko to zależy od wielu bardzo czynników, a przeważnie od stężenia roztworu barwnika, czasu barwienia, podgrzewania pierwotnego aparatu, lub nagrzewania go przy barwieniu, zawartości jodu w roztworze Grama, czasu działania tego roztworu na preparat i t. d.

Przy badaniach gonokoków w preparatach z ropy tryprowej, powinniśmy jeszcze przypomnieć sobie historię odkrycia diplokoka Tourro. Autor ten opisał diplokoka, którego wyhodował na kwaśnych pożywkach z ropy tryprowej, mającego wielkie podobieństwo do gonokoka Neissera z którym go Tourro identyfikował. Dokonywując nawet szczepienia na zwierzętach czystej kultury, autor ten miał otrzymywać na psach objawy charakterystyczne dla trypra.

Przerabiając doświadczenia Tourro w laboratorium patolo-anatomicznym prof. Brodowskiego i Przewóskiego w roku 1895, otrzymałem też trzy razy z trzech różnorodnych tryprów na kwaśnym agarze czystą kulturę dwuziarniniaka, identycznego z opisanym przez Tourro, odbarwiającego się też Gramem.

Okazało się jednak z badań następnych autorów, że dwuziarniniak Tourra nie jest gonokokiem Neissera, wywołującym u człowieka trypra. Jaki jest stosunek tego pasorzyta do trypra i do gonokoka Neissera, chyba dzisiaj stanowczo odpowiedzieć trudno, przy badaniach jednak drobnowidzowych trzeba o tym pasorzycie pamiętać.

Wracając jednak do rezultatu moich analiz zaznaczam, że wszystkich badań dokonałem około 300. Materiał ten może być ugrupowany w następujący sposób:

U stu chorych była badana wydzielina z szyjki macicy; wydzielina ta była to więcej, to mniej ropną; znalazłem gonokoki w dziewięciu przypadkach, co stanowi 9%. Z pomiędzy tych stu chorych, które były leczone w szpitalu miejscowo na trypra, 15 przechodziło menstruację; analiza wydzielin z szyjki macicy, dokonana na drugi dzień po skończeniu menstruacji wykryła tylko u jednej chorej gonokoki.

Po menstruacji u 108 kobiet badana była wydzielina z szyjki macicy raz jeden; wydzielina była mniej więcej ropną, niekiedy z domieszką krwi. Gonokoki znaleziono u 11 chorych, i tylko w tej

liczbie trzy razy w znacznej ilości. Odpowiada to 10⁰%. Dołączając do tej grupy 15 kobiet pierwszej grupy, otrzymamy razem 123 kobiety, które przechodziły menstruację w szpitalu, w 12 przypadkach znaleziono gonokoki, co również odpowiada 10⁰%.

Wydzielinę z kanału moczowego miałem możność badać u 25 chorych; wydzielina ta przeważnie była ropną, niekiedy śluzowo ropną. U chorych tych badana była oddzielnie wydzielina z szyjki macicy; (chore te weszły przeważnie do pierwszej grupy). Okazało się, że w wydzielinie z kanału moczowego gonokoki znajdowały się w dużej ilości w 7 przypadkach, w małej w ośmiu, nie można ich było odszukać w dziewięciu. Razem znaleziono gonokoki w 15 przypadkach na 25, co odpowiada, że przy ropnej wydzielinie z kanału moczowego kobiet gonokoki znajdują się w więcej niż w połowie przypadków (60⁰%). U tychże kobiet wydzielina z szyjki macicy wykazała obecność gonokoków tylko w 2-ch przypadkach.

Nakoniec wydzielina z przewodów gruczołów Bartholiniego i ropa z ropni badana była w 16-tu przypadkach. Gonokoki znaleziono w 4-ch. Odpowiadałoby to 25⁰%. W śluzie szyjki macicy znaleziono u tych 16 chorych dwa razy gonokoki.

Zestawiając więc razem otrzymane liczby znajdujemy, że siedlisko choroby przy tryprze wywiera znaczny wpływ na zawartość gonokoków w ropie. Znalazłem bowiem u prostytutek chorych, zupełnie jeszcze nie leczonych:

gonokoki w wydzielinie ropnej kanału moczowego . . .	60 ⁰ %
„ „ „ gruczołu Bartholiniego . . .	25 ⁰ %
„ „ szyjki macicy zaraz po menstruacji	10 ⁰ %
„ „ w zwykłych warunkach . . .	9 ⁰ %

Jeżeli porównamy liczby otrzymane przezemnie z liczbami cytowanymi w wyż wyszczególnionej pracy Gouera i w pracy Schäffera (Ergebnisse der allgemeinen Pathologie, herausgegeben von O. Lubarsch und R. Ostertag J. 1897 S. 141), to okazuje się, że cyfry podane przezemnie najbliżej stoją cyfr, podanych przez Welandera względem zawartości gonokoków w wydzielinie kanału moczowego. U Welandera w jednej pracy cytowane są liczby na 163 analiz 79 gonokoki, w drugiej na 46—41. Pryor na 197 analiz znajdował 112 razy gonokoki, Hasse na 142—90. Ja znajdowałem gonokoki około 60⁰%.

Większość autorów uważa również cewkę żeńską za miejsce, w którym najlepiej hodują się gonokoki; należy tu wymienić

Pichwin'a, Pescione, Steinschneidera, Fabrège, Martineau i wielu innych.

Co się tyczy wydzielin z szyjki macicy, to liczby znalezione przezemnie (przypadków znajdowania gonokoków) są o wiele mniejsze, od liczb, podawanych przez różnych autorów. Laser znajdował gonokoki w 31,3%.

Większość autorów podaje pod jedną cyfrę gonokoki znajdowane w wydzielinie szyjki macicy i w kanale moczowym; porównać więc żadnych robić nie można. W ten sposób cyfry wystawione przedstawiają się jak następuje. Neisser znajdował gonokoki w 37,76, Büttner w 41,66. Gauer znajdował gonokoki u prostytutek w 25% u wyrobnic, szwaczek, kelnerek w 36%.

Oddzielnych badań nad wydzieliną gruczołów Bartholiniego nie mogłem w literaturze odszukać. Fischer nadmienia, że przy vulvovaginitis u małych dziewczynek w $\frac{1}{3}$ części przypadków znajdował zajęcie gruczołów Bartholiniego. Ja znajdowałem gonokoki w 25%.

Wydzieliną z pochwy jest nadzwyczaj uboga w gonokoki. Na wiele badań w tym kierunku nigdy w tej wydzielinie gonokoków nie mogłem odszukać, natomiast znajdowałem masę przeróżnych bakterii. Laser znajdował gonokoki w $\frac{1}{2}$ % przypadków.

Czy menstruacja ma jakikolwiek wpływ na pojawienie się gonokoków w wydzielinie szyjki macicy? O wiele wiem, w tym kierunku badań dotychczas nie ma, badania moje więc w tym kierunku są dotychczas odosobnione. Na 123 badań z szyjki macicy, zaraz po peryodzie znajdowałem gonokoki w 12 przypadkach; odpowiada to 10%. Cyfra ta o 1% różni się tylko od liczby otrzymanej przy badaniu wydzielinę na gonokoki z szyjki macicy poza okresem menstruacyjnym. Porównując obie liczby 10% i 9% można sądzić, że menstruacja nie wywiera żadnego wpływu na mnożenie się gonokoków, chociaż wnosząc z praktyki można by było sądzić inaczej. Wielu chorych utrzymuje, że zarażenie tryprem dlatego miało miejsce, że dana kobieta podczas stosunku miesiączkowała, albo była dopiero po peryodzie.

Jedno tylko mogłem zauważyć, że ilość drobnoustrojów w śluzie macicy, nie mówiąc już o wydzielinie z pochwy, po peryodzie niepomernie wzrasta. Być może, że temu należy przypisać łatwość zarażenia się tryprem w tym okresie.

Gdybyśmy mogli porównać przekrwienie błony śluzowej macicy z ostrem podrażnieniem cewki moczowej męskiej, wywołanem próbem zastrzyknięciem słabego roztworu lapisu przy przewlekłej rze-

rzączce, należało by oczekiwać chociaż w części przypadków pojawienia się gonokoków u kobiet, które ich przedtem nie miały, a cierpią na chronicznego trypra macicy. Niektórzy bowiem autorowie utrzymują, że gonokoki sadowią się też w głębokich warstwach błony śluzowej macicy, jak to ma mieć miejsce u mężczyzn, a nawet w jej mięśniach. Madlener np. excyrował macicę po 10 tygodniach od zarażenia tryprem, a badając mikroskopowe preparaty znajdował gonokoki w błonie śluzowej i w mięśniach macicy to wewnątrz komórek, to w przestrzeniach międzykomórkowych. Taylor znajdował gonokoki po curettement macicy, chociaż te z powierzchni macicy zniknęły. Lecz znów z drugiej strony Bumm, badając 6 macic po chronicznym tryprze nigdy gonokoków nie mógł odszukać.

Ponieważ przy mych badaniach nie znalazłem powiększenia się ilości gonokoków po peryodzie u kobiet z przewlekłym ropnym wypływem z szyjki macicy, podczas gdy ma to miejsce z innymi bakteriami, występującymi w śluzie macicy, należałoby przyjąć, że albo gonokoki w niezliczonych tylko przypadkach przenikają w głąb błony śluzowej macicy i po peryodzie rzadko się mnożą, albo też, że krew wywiera pewien hamujący wpływ na rozwój gonokoków, tak że te nie mogą się rozwijać. Jeżeli jednak zauważymy, że inne bakterie występują zwykle po peryodzie w znacznie większej ilości w warunkach zwykłych, przypuszczenie pierwsze uważałbym za prawdopodobniejsze.

Chore prostytutki wypisywane są ze szpitala w Warszawie po zupełnem zniknięciu wydzieliny z cewki moczowej i gruczołów Bartholiniego (i przy braku lub też śluzowej wydzielinie z szyjki macicy). Główne więc siedlisko choroby zkaąd pochodzą gonokoki należy uważać za uzdrowione.

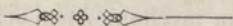
W roku 1894, miałem możność badania większej ilości kobiet publicznych na tymże oddziale przy opuszczaniu szpitala, a które uznane były klinicznie za zdrowe. W śluzie szyjki macicy tych kobiet znalazłem w 8% gonokoki. Rezultat badań podałem w roku 1896 w *Kronice lekarskiej*.

Ponieważ materyał przy badaniach jak w roku 1894 tak i 1896 był ten sam, składały się bowiem na niego kobiety publiczne, przysyłane przez lekarzy policyjnych; były między nimi nawet i te z których wydzielin robiłem preparaty mikroskopowe w roku 1894, liczby więc otrzymane przy badaniach, nawet naukowo biorąc, mogą być porównane. I cóż się okazuje? Okazuje się, że po przebyciu kuracyi, względnie, po doprowadzeniu wydzieliny szyjki macicy do stanu

śluzowego znajdujemy u kobiet, klinicznie uważanych za zdrowe w 8% gonokoki, u tych że samych chorych, wstępujących do szpitala z ropną lub śluzowo ropną wydzieliną gonokoki w 9% lub 10%. Jak widać rezultat kuracyi mało zachęcający. Dla wyjaśnienia istoty leczenia dodać tu muszę, że polegało ono na peryodycznym tuszowaniu szyjki, względnie całej jamy macicy, to roztworem 5—10% lapisu, to jodową nalewką, to mocnemi roztworami siarczanu miedzi i t. d. przy jednoczesnem przemywaniu pochwy dwa razy, 1% lub 2% roztworem wody karbolowej lub $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ roztworem siarczanu cynku. Chore przebywały w szpitalu od 3 tygodni do 2 miesięcy, wyjątkowo dłużej lub krócej.

Główne jednak siedlisko zarazy tryprowej t. j. wydzielina kanału moczowego i gruczołów Bartholiniego zostają znowu przy leczeniu usuwane, wskutek tego i zaraźliwość takich chorych zmniejsza się do minimum, rezultat więc zabiegów leczniczych w szpitalu nie jest bezowocnym. O doszczętnem zaś usunięciu gonokoków z wydzieliny macicy nie zawsze może być mowa, bo wiemy z doświadczenia, że i wyłyżeczkowanie macicy nie daje w tym kierunku pomyślnych rezultatów, z drugiej zaś strony, czyż można kobietę, która codziennie zmuszona jest wystawiać się po parę razy na zarażenie tryprowe poddawać ciągłym operacyom?

Tak więc z badań moich mogę wyciągnąć praktyczny wniosek, że siedliskiem zarazy tryprowej u kobiet jest kanał moczowy, względnie gruczoły Bartholiniego, i że lekarze policyjni, przy odsyłaniu kobiet publicznych do szpitala powinni zwracać większą uwagę na wydzielinę z kanału moczowego i gruczołów Bartholiniego, aniżeli na wydzielinę z pochwy.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

96. Dr. C. Menge. O przygotowaniu rąk do operacji aseptycznych. (Zur Vorbereitung der Hände vor aseptischen Operationen).— (Münch. Med. Woch. № 4. 1898).

Dotychczasowe metody odkażania rąk, w których główną rolę gra użycie alkoholu (Reinicke, Ahlfeld, Fürbringer) nie są bez zarzutu wobec faktów, przytaczanych przez M., że alkohol 70% stosowany na powierzchnię skóry, przenikając przez nią, powoduje ściąganie się, a więc zbliżanie do siebie komórek nabłonkowych. Zamarłe w warstwie komórkowej drobnoustroje ukrywają się ściśle pod nabłonkiem i konserwują bez szkody dla siebie.

O ile drobnoustroje należą do mniej odpornych, ulegających wpływowi alkoholu łatwo — pozostają one, jako ciała obojętne, o ile jednak zaliczają się do więcej odpornych, zupełnie działaniu alkoholu mogą nie podlegać. Po wyparowaniu alkoholu — przez nabłonek przenika napowrót woda, komórki nabłonkowe pęcznieją, rozluźniają się, drobnoustroje z zamknięcia uwalniają się i mogą udzielić otaczającym przedmiotom. Jeżeli więc bakterye należą do zakażających, a środowiskiem, które się zetknie z nimi będzie rana — nastąpić może infekcyja po dokładnem odkażeniu rąk przy pomocy alkoholu.

Z drugiej strony rozczyiny antyseptyczne nie przenikają przez wszystkie warstwy nabłonka i mogą zniszczyć powierzchownie tylko umiejscowioną florę nabłonkową.

Wobec przeto niedokładności metod, przy których stosowaniu bakterye na powierzchni rąk nie dają się radykalnie zniszczyć — pozostaje w swej mocy zwykła procedura odkażania, polegająca, jak wiadomo, na dokładnem mechanicznem oczyszczeniu, następnie trakowaniu antyseptycznem i unikaniu zetknięcia z zarażającymi środowiskami. Wszelkie więc ulepszenia w kwestyi aseptyki rąk operujących są pożądane. Należy do nich zastosowanie w czasie operacyi rękawiczek.

Po wprowadzeniu w użycie rękawiczek przez Mikulicza i Parthena — stosują się one i w klinice Zweifla w Lipsku, gdzie autor pracuje. Przygotowują się z materiału bawełnianego (Baumwolltricothandschuhe), sterylizowanego parą wodną. W czasie porodów znajdują zastosowanie przy trzymaniu krocza. W zabiegach gineko-

logicznych zakres ich zastosowania bywa obszerniejszy i tutaj uwydatniły się ich strony dodatnie i ujemne.

Do dodatnich, jak to już zaznaczył Mikulicz, należy: 1) że ręce operatora i asystentów, stykające się z polem operacyjnym, pokryte są materiałem, dającym się ściśle wyjałowić — szczególnie dogodnym staje się to przy nawlekaniu igieł i podawaniu instrumentów;

2) śliskie powierzchnie (przy coeliotomiach, przy podtrzymywaniu rodzącej się główki) dadzą się dokładniej uchwycić.

Cechy ujemne polegają na: 1) znacznej porowatości bawełny, co pozwala płynom (ascites, rozczyzny antyseptyczne) zetknąć się ze skórą rąk i przejąć ewentualnie od niej zarazki;

2) zmniejszeniem dotyku w rękach, (usuwanie zrostów, rękoczynny porodowe, manewrowanie instrumentami i wiązanie szwów). Według Mikulicza tylko wprawa pokonywa te niedogodności.

3) na uszkodzeniu żywych tkanek przez szorstką powierzchnię rękawiczek.

Wprowadzono różne modyfikacje, mające na celu zmniejszenie cech ujemnych: Zuege v. Mantuffel stosuje rękawiczki z materiału nieprzemakalnego. Perthes proponuje materiał jedwabny dla dokładniejszego dotyku. Wölfler używa rękawiczek gumowanych jedwabnych (gummirte Siedentricothandschuhe), które są nieprzemakalne i nie zmniejszają uczucia w rękach. Zweifel operuje przy pomocy gumowych półrękawiczek, nakładanych tylko na palec, na które nasuwa się ściśle rękaw sterylizowanego fartucha. Można je zastąpić kondonami, które jednak łatwo pękają. Używają również batystu Mosetiga, pociągają rękawiczki warstwą colodium, płynną parafiną, kwasem palmitynowym. Autor proponuje swą modyfikację: pokrycie cienkiego materiału bawełnianego, półjedwabnego, lub jedwabnego mieszaniną parafiny z ksylolem lub parafiny z eterem i następnie wyparowanie ksylołu lub eteru. Rękawiczki dobrze wysuszone w piecyku — pogrąża się w roztwór ksylołu i parafiny (100 cc ksylołu i 10 gr. parafiny o 45° wrzenia) przez kwadrans, następnie mocno wyciska i znowu suszy dla wyparowania ksylołu.

Według Wölflera rękawiczki operacyjne wtedy odpowiadają wymaganym warunkom, kiedy: 1) są możliwie nieprzemakalne; 2) nie są sztywne; 3) trudno rozrywają się; 4) nie uszkodzają skóry; 5) łatwo się sterylizują. Modyfikacja autora według niego samego eksperymentalnie odpowiada wyżej przytoczonym wymaganiom.

Podobnie sporządzone rękawiczki oczyszczają się łatwo ciepłą wodą i mydłem. Modyfikacja Menge nie jest jeszcze dostatecznie wypróbowaną i może posiadać również swoje braki. Autor przeto podaje myśl, aby w zamian rękawiczek pokrywać powierzchnię rąk roztworem parafiny i ksylołu, sterylizowanym przez gotowanie i wysuszonym wyjałowioną serwetą. Płynny z takich rąk, spływają swobodnie, przez nabłonek nie przesiąkają i zatrzymane w skórze przez działanie alkoholu trwale zarazkowe postaci nie mogą się przenosić na zetknięte ze skórą powierzchnie — i naodwrot z otoczenia przez

warstwę parafiny nie przeniknąć nie może. Parafina zmywa się z rąk łatwo przy pomocy eteru, ciepłej wody, mydła i szczotki.

Autor ustanawia następujący porządek procedur przy wyjąłowaniu rąk:

- 1) mechaniczne oczyszczenie wodą ciepłą, mydłem, szczotką;
- 2) staranne obmywanie w płynie antyseptycznym wodnym lub słabo spirytusowym;
- 3) zanurzanie rąk w alkoholu 70% i wysuszenie wyjąłowaną serwetą;
- 4) obłanie powierzchni rąk roztworem sterylizowanym parafiny i ksylołu i wysuszenie wyjąłowaną serwetą.

Tak przygotowanymi rękami można operować bezpośrednio lub założyć na nie rękawiczki, pokryte warstwą parafiny.

Sunderland.

97. Slantena y. **O leczeniu choroby Basedow'a.** (Arch. Gén. de Méd. № II. 1897).

Ogólnie rzecz biorąc, choroba Basedow'a do chwili obecnej zaliczona jest do nieuleczalnych, chociaż trafiają się pojedyncze zawiadomienia o nader szczęśliwym uwięczeniu zabiegów. Leczenie staje się z konieczności objawowym, i tutaj, gdy jedne i te same środki lekarskie działają w jednych przypadkach skutecznie, w innych — nie tylko nie łagodzą objawów pomienionej choroby, lecz nawet spowodują pogorszenie. Podzielone zdania istnieją co do skuteczności jodu (kali jodat.); *belladony*, *cannabis sativae*, *duboisin'y* (zmniejszają czynność wydzielniczą grucz. tarczow.); *bromku potasu* (przeciw bezsenności oraz pobudliwości), *sierczanu chininy* oraz *antypiryny* (przy towarzyszeniu gorączki), *przetworów żelaza i arsenikowych* (w stanach ogólnego osłabienia — Wilson); dla opanowania zaburzeń naczynio-sercowych M. Dieulafoy zaleca pigułki z *ipeacuanhy* wraz z *naparstnicą* i *makowcem*; Fergusson — *strophantus* przeciw tachycardia; Chibret zauważył znaczne polepszenie po zastosowaniu *salicylanu sodu* (5.0 p. die) w 4-ch przypadkach powikłanych zajęciem stawów. Leczenie zapomocą *wyciągu gruczołu tarczowego* daje również ujemne wyniki obok dodatnich. Marie uważa, że środek ten jest skutecznym w przypadkach wola, gdzie objawy choroby Basedow'a wtórnie wywołane zostały (goitre basedowitié), a działa szkodliwie (nawet) w czystej formie tej choroby. Autor wogóle radzi być z tyroidyą nader ostrożnym, zaczynać od małych dawek, stosować wyciąg z gruczołu zwierzęcia młodego (od dorosłego działanie mniej wyraźne), wreszcie stosować długo. Istnieje też kilkanaście zawiadomień (Owen, Cuningham, Cohen, Todd) o nader udatnem leczeniu za pomocą *grasicy* (*thymus*). Gruczoł ten stosowano w postaci surowej lub tabletek w dawce od 10.0 do 25.0 p. die. Wood (z Filadelfii) zawiadamia o kilku dodatnich wynikach po stosowaniu *wyciągu śledziony*, a Seeligmann spostrzegł w paru przypadkach choroby Ba-

zedowa przy atrophia et hypoplasia utero-ovarialis szybkie polepszenie po zastosowaniu *wyciągu z jajnika*. Osiągano dobre wyniki po stosowaniu elektroterapii, dzięki sugestyi oraz leczeniu wodą w połączeniu z zastosowaniem przepisów higieny jak fizycznej tak również moralnej.

Niepowność co do skuteczności środków używanych w medycynie wewnętrznej powołała chirurgię (r. 1876). Autor omawia tylko wyniki zabiegów najszerzej stosowanych: *podwiązanie tętnic tarczowych*, obniżanie gr. tarcz (*exothyropexia*) oraz rezekowanie n. sympatycznego szyjowego (*sympathectomia*).

Podwiązano tętnice tarczowe wszystkie odrazu (Rydygier) lub też stopniowo (Kocher). W większości przypadków uzyskiwano wyzdrowienie zupełne lub polepszenie znaczne, rzadziej nawroty cierpienia; śmiertelność w 9-ciu przypadkach na 100 operacji. (Rydygier: na 22 przypadki operowane — ani jeden nie był śmiertelny). Przeciwno temu zabiegowi przemawiają *trudność* w odnalezieniu naczyń, których stosunki są zmienione przez zmiany zachodzące w gruczole, *niebezpieczeństwo* wskutek możliwości krwotoków pooperacyjnych z naczyń podwiązanych (miejscami kruchych i zwyrodniałych dotąd), a wreszcie notowana ogólnie *a priori* wątpliwość co do wyników po podwiązaniu naczyń i *możliwość nawrotów cierpienia*.

Obniżenie i uzewnętrznienie grucz. tarcz. (*exothyropexia*) ma na celu wywołanie w nim przemiany wstecznej (regressio) Poncét i Jaboulay w 12-tu przypadkach prawdziwej choroby Bazedowa (t.j. nie wskutek ucisku przez wole) po zastosowaniu tego zabiegu uzyskali tylko w 9-ciu wyzdrowienie lub polepszenie znaczne (w 4-ch po upływie roku od operacji, w 2-ch post strumectomiam consecutivam), dwa przypadki zakończone śmiercią, jeden bez skutku.

Wyłuszczenie częściowe lub całkowite, z pozostawieniem otoczki lub wraz z taką (*thyroidectomia partialis* aut *totalis intracapsularis*) stosowano najczęściej (do r. 1896 w 190-u przypadkach choroby Bazedowa); najlepsze wyniki osiągnano po *thyroidectomia totalis* (Péan), częstokroć jednak występowało następczo śluzowate zwyrodnienie tkanki podskórnej (myxoedema) i dość znaczna na ogół śmiertelność (30:100) przy szybko występujących objawach jednakich zawsze (przy ablatio i przy *exothyropexia*): nagle podniesienie ciepłoty, tachycardia do 180—200 uderzeń na minutę, podniecenie ogólne, niepokój, obfite poty i wreszcie zapaść i śmierć. Péan niemniej nigdy stosowania pomienionego zabiegu nie żałował, a cytowane przez innych autorów występowanie myxoedema robi zależnem od pewnych właściwości miejscowych.

Stosowana przez wielu chirurgów (Alexander, Kümmel, Jabich etc.), rezekcja n. sympatycznego szyjowego przeciw objawom epilepsiae essentialis nie wywołała żadnych szkodliwych zmian czynnościowych w obrębie narządów i tkanek, zależnych od pomienionego nerwu i jego węzłów (wbrew Cl. Bernard'a). Rozpoczęto więc tem śmieiej próby nad skutecznością *sympatectomiae* w chorobie Bazedow'a. Rezekowano tedy sznurek nerwowy między węzłem szyjowym górnym, a środkowym lub wraz z węzłem górnym, lub pozosta-

wiając ten ostatni, a wycinając niżej idący sznurek n. sympatycznego wraz z węzłem środkowym, a w innym przypadku usuwano oba węzły ze sznurkiem między nimi idącym, kombinowano wreszcie te zabiegi po obu stronach szyi, nawet wycinając również i węzeł dolny (M. Soutié). Wypadku śmierci po tego rodzaju zabiegach nie było, ani też nie zauważono zmian żadnych w obrębie okolic podległych nerwowi sympatycznemu, czasem tylko występowało zwięźlenie źrenicy, nadwydzielniczość błony śluzowej nosa, opadanie powieki lub wybroczyny na ocznej gałce strony odpowiedniej, co jednak wkrótce znikało.

Co zaś do objawów choroby Basedow'a, to z 12-tu ogłoszonych (Jaboulay, Réclus-Faure etc.) dotąd przypadków przez autora zacytowanych, dla dwóch zabieg przeszedł bez śladu, a w pozostałych zanotowano znaczne nader polepszenia. Najwcześniej (nazajutrz po operacji) znikało wysadzenie gałek ocznych (exophtalmus), nieco wolniej ustępowało drżenie oczu, gruczoł tarczowy zmniejszał się powoli, po dniach 10-u zauważano zwykle zmniejszenie jego znaczne jeśli nie zupełne (u Reclus-Faur'a w 3 tygodnie po operacji); mały wpływ (jeśli nie żaden) wywierał zabieg pomieniony na stan tętna, chociaż przypadłości sercowe stały się mniej uciążliwe. Ponieważ niektórzy autorowie nie uzyskali żadnych skutków dodatnich po stosowaniu sympactectomiae (Que'n'n, Soulié) autor, idąc za Jaboulayem, stara się wytłómaczyć to tem, że mogły tam istnieć pewne zboczenia anatomicznej natury (podwójność z jednej lub z obu stron szyi węzłów górnych sym. lub sznurka pośredniego między węzłem górnym, a środkowym).

Uzupełniając omawianie kwestyi leczenia choroby Basedow'a, autor nadmienia, że niejednokrotnie choroba ta znikała po przepaleniu lub resekowaniu muszli dolnej nosa, zniszczeniu polipów błon śluzowych, nawet uleczeniu chronicznego nieżytu nosa (!), po ablatio fibromatis uteri, po elektryzowaniu trzewiów i t. p.

W zakończeniu autor poleca stosowanie thyreidectomiae extracapsularis enucleationis w przypadku, gdzie przyczyną objawów choroby Basedow'a jest wole resp. ucisk przerośniętego gruczołu (t. j. goître basedowitié); radzi zwracać uwagę czy nie ma przyczyn oddalonych istnienia choroby Basedow'a (choroby jam nosowych, trzewiów, narządów płciowych i t. d.), lub czy nie działają tu bodźce nerwowe (np. histeria), — i w stanach prawdziwej choroby Basedow'a poleca zwlekać ze stosowaniem operacji, o ile nie ma wskazań gwałtownych lub o ile bezskuteczność wewnętrznego leczenia nie jest wiadomą; wreszcie za najwłaściwsze uważa stosowanie *thyroidectomiae partialis* lub też *sympactetomiae*, radząc tę ostatnią, gdy operacja pierwsza przedstawia trudności (wole duże i unaczynione znacznie), lub gdy istnieją silne objawy ze strony oczu nawet przy stosunkowo niewielkim przeroście gruczołu tarczowego.

Cz. Węgierski.

98. Prof. L e m a n d e r. **Cięcie brzuszne przez powięź m. prostych brzucha z odchyleniem ich wewnętrznego lub zewnętrznego brzegu.** — (Ueber den Bauchschurt durch eine Rectusscheide mit Verschichtung des medialen oder Cateralen Rondes des M. rectus). — (Centralbl. f. Chir. № 4. 1897).

Cięcia laparotomijne, jak wiadomo, zwykle prowadzi się albo wzdłuż l. białej, albo przez którykolwiek z mięśni prostych (nie licząc rzadziej używanych cięć ukośnych, np. Borden Leuer'a).

Od r. 1893 *Lemander* przy appendicitis korzystał z ostatniego sposobu, — t. j. prowadził cięcie wzdłuż mięśnia prostego (prawego). Jakkolwiek cięcia takie w niektórych specjalnych razach, np. u kobiet, ma te zalety, że daje możność obejrzeć stan prawych adnaxów macicy, ewentualnie zaś przedsięwziąć pewien zabieg (usunięcie zrostów z nimi, wycięcie torbieli i t. d.), ma ono i dwie strony niedogodne:

- 1) przecięcie vas. epigast. inf. jest nieuniknione;
- 2) często staje się niemożliwym uchronić od przecięcia nerwu m. prostego, co łatwo może wywołać zanik jego części zewnętrznej i 3) we wszystkich przecinanych warstwach linie cięcia leżą w jednej płaszczyźnie.

Zeszywał takie rany *L.* w ten sposób, że jeden szereg szwów katgutowych nakładał na otrzewną i tylną ścianę powięzi; 2-gi — na brzegi mięśnia i przednią ścianę powięzi; 3-ci — na skórę.

Z takiego sposobu zeszywania *L.* również nie jest zadowolony, gdyż zdarzało się, że węzły katgutowe przy częstych wymiotach rozluźniały się i pętle kiszki trafiały pomiędzy brzegi mięśnia lub pomiędzy nim a powięzią. W ten sposób powstawały przepukliny polaparotomijne, naprawienie których częstokroć jest trudniejsze od operacji pierwotnej.

Ze względu na te właśnie strony ujemne techniki powyższej, *L.* od lat 2¹/₂, w 40 przypadkach, z pomyślnością zaczął używać metody następującej:

O $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ (najwyżej 2) ctm. na zewnątrz od brzegu prawego mięśnia prostego prowadzi się cięcie przez skórę i przednią ścianę powięzi. Rana tej ostatniej tamponuje się możliwie mniej, a to w tym celu, aby nie zmaltretować zanadto odżywiania luźnej tkanki łącznej powięzi. Gdy się dojdzie do wolnego brzegu mięśnia (naturalnie, drogą odseparowania pokrywającej go ściany przedniej powięzi), odciąga się go do l. środkowej. Wówczas napotyka się 1—2 nerwy oraz naczynia, ukośnie ku mięśniowi idące; naczynia się przecinają pomiędzy 2 podwiązkami, a nerwy odciąga się ku górze lub ku dołowi. Nareszcie przecina się ścianę tylną powięzi i otrzewną.

Szew następujący: szwem ciągłym katgutowym (№ 2 lub 3) łączy się otrzewną i ścianę tylną powięzi, odciągnięte uprzednio nerwy kładą się na miejscu, brzeg wolny mięśnia (odciągnięty uprzednio ku l. środkowej) puszcza się znowu na zewnątrz i tu przymocowuje się szwem katgutowym (№ 3) do brzegu swej pochwy; brzegi rany przed-

niej ściany powięzi zeszywają się szwem ciągłym katgutowym (№ 3 lub 4) i skóra—podwójnym szwem z fil de Florence: głębokim, chwytającym jednocześnie i przednią ścianę powięzi i powierzchownym.

Zalety takiej techniki:

- 1) dość duża powierzchnia rany;
- 2) można zachować nerwy, idące ku mięśniom prostym;
- 3) pomiędzy otrzewną a przednią ścianą powięzi znajduje się mocny mięsień o nieuszkodzonym prawie obiegu krwi, o ile nie przecięto vasa epigastr. inf. i

4) cięcia przechodzą przez części dolne unaczynione, wobec czego nie może być nekrozy powięzi, jak to zwykle bywa przy cięciach na brzegu zewnętrznym m. prostego.

Ponieważ tutaj dostęp do jamy brzusznej odkrywa się na zewnątrz od l. białej, nazywa *L.* sposób powyższy *laparotomią zewnętrzną* (laterale Köliotomie).

Zupełnie analogicznie robi *L. laparotomię pośrodkową* (mediane Köliotomie), gdzie dostęp do jamy brzusznej odkrywa się w l. środkowej.

Mianowicie: cięcie —przez prawą lub lewą powieź mięśnia prostego, o $\frac{1}{2}$ —2 ctm. od l. środkowej; brzeg wolny wewnętrzny mięśnia odciąga się na zewnątrz i przecina się ścianę tylną powięzi i otrzewną.

Szw: po zeszytciu otrzewny i tylnej ściany powięzi, brzeg zewnętrzny mięśnia odciąga się znowu na zewnątrz i przyszywa się do l. białej, poczem zaszywają się brzegi ściany przedniej powięzi i, narreszcie, rana skórna, jak wyżej, szwem dwupiętrowym z fil de Florence.

Zalety tego sposobu:

- 1) jeszcze szersza powierzchnia rany;
- 2) m. prosty układa się pomiędzy otrzewną i obydwoma ścianami jego powięzi;
- 3) l. biała, wraz ze swemi krzyżującymi się włóknami ścięgnistymi, jest nieuszkodzoną, co daje przewagę nad cięciem wzdłuż l. białej.

A. Zajączkowski.

II. Choroby kobiece.

99. K. Franz. **Laparotomia w celu wyprostowania macicy ciężarnej w tył pochylonej i uwiecznionej.** (Ein Fall von Bauchschurt zur Aufrichtung der rückwärts gebeugten und eingeklementen Gebärmutter bei Schwangerschaft im VII Monat).

Przypadek odnośny tyczy się 18-letniej dziewczyny, która, z powodu obecności dużego guza w organach rodnych wewnętrznych, uniemożliwiającego poród *pervias naturales*, była skierowaną przez lekarza prywatnego do kliniki.

Rzecz cała przestawia się w ten sposób:

Ostatni peryod — w połowie marca r. 1897. W końcu lipca tegoż roku — obstrukcja i zaburzenia w oddawaniu moczu, do czego wkrótce dołączyły się bóle brzucha i obrzęk nóg. Leczenie chorej (jakie?) w ciągu 4 tygodni usunęło objawy powyższe, lecz w końcu września znowu się wznowiły z siłą wzmożoną. 30 września odeszły wody, 1 października zaczęły się bóle, 2 października chora przybyła do kliniki.

W klinice znaleziono: wycięcenie ogólne przy ciepłocie 38^o5 i tętnie 140, wzdęcie brzucha — daleko znaczniejsze, niż to ma miejsce przy ciąży zwyczajnej i bolesność brzucha przy dotykaniu. Z powodu silnego naprężenia ścian brzusznych, wyczuć się daje tylko znaczna rezystencya prawej połowy brzucha, sięgająca do pępka; rezystencyę ową przyjęto za grzbiet płodu. Dno macicy o 2 palce poprzeczne po nad pępkiem.

Badanie zewnętrzne wykazało, że tylna ściana pochwy tak wystaje ku przodowi, że pomiędzy nią a spojeniem łonowem z trudnością daje się wsadzić palec. Przez odbytnicę wyczuwa się guz, wypełniający małą miednicę i przechodzący do dużej. Miejsce pochodzenia tego guza ściśle oznaczyć się nie daje.

Nareszcie na całej przestrzeni brzucha nie daje się słyszeć tonów serca.

Rozpoznano ciążę w 7 mies. oraz guz (przypuszczalnie — cystę dermoidalną), uwięziony w małej miednicy.

Po wypuszczeniu cewnikiem 1 litra mętnej i białko zawierającej uryny i po uspieniu chorej, zaczęto próbować zreponowania guza. Ponieważ jednak próby te okazały się bezskutecznymi, przeto dla późniejszego rozpoznania *wkluto przez ścianę tylną pochwy w guz trójkar*, po czym zaraz wyciekła szaro-różowata miękka i ziarnkowata masa. Masę tę przyjęto za zawartość torbieli dermoidalnej.

Wówczas dopiero zdecydowano się na laparotomię, ażeby tą drogą podjąć guz, uwięziony w małej miednicy i w ten sposób ułatwić poród drogą naturalną.

Po przecięciu ścian brzusznych wzdłuż linii środkowej, przede-wszystkiem napotkano — pęcherz, który, pomimo wypuszczenia zeń litra moczu, sięgał prawie do pępka. Po wtórnem opróżnieniu go, okazało się, że ściany jego są zgrubiałe i że na przestrzeni, zaczynającej się od 4 ctm. od wierzchołka, jest on przyklejony do leżącej po za nim przedniej ściany macicy.

Ku tyłowi od tej „macicy widzialnej“ (jak autor nazywa część przednią macicy, sklejoną z pęcherzem), zaczynając od 2 ctm. po nad promontorium, wgląd małej miednicy, wypełniając ją szczelnie, wsta guz.

Próby wysunięcia tego guza z jamy małej miednicy udały się, przy czym z łatwością się przekonano, że guz ten doniemany jest niczem innym, tylko trzonem uwięzionej macicy.

Po za pęcherzem więc znajdowała się szyjka macicy, która w ten sposób była przyjęta za trzon maciczny; miejscem zaś wyjścia „guz“ było — zewnętrzne ujście macicy. Po odprowadzaniu macicy,

poród zakończono i otwór po przekłuciu troakarem, zarówno jak i ścianę brzuszną zeszyto.

Ogłędziny noworodka wykazały, że troakar przedziurawił mu prawą kość ciemieniową po nad uchem, a więc masa owa, przyjęta uprzednio za zawartość torbieli, była — mózgiem.

Kobieta wyzdrowiała.

Przytaczając odnośne dane z literatury, autor słusznie przychodzi do przekonania, że przy tyłozgięciu macicy ciężarnej, wskazaną jest tylko laparotomia, jeżeli ręczne sposoby repozyycji nie udały się.

Artykuł powyższy, naszym zdaniem, zasługuje na uwagę, gdyż wskazuje, jak *nie należy* postępować w przypadkach analogicznych, gdyż: 1) punkcja próbna, przedsięwzięta, jak widzimy, w celach dyagnostycznych, tylko zagmatwała sprawę; wyjaśniona zaś ona została tylko po laparotomii; 2) dziś ostatecznie już jest stwierdzone, że t. zw. próba, resp. dyagnostyczna laparotomia jest daleko bezpieczniejszą od takiejże punkcji.

Należało więc odrazu przystąpić do laparotomii.

A. Zajączkowski.

100. Dr. Max Graefe. **O wpływie moczówki cukrowej u kobiet na organy płciowe i ich czynności.** (Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Functionen). — (Sammlung zwangloser Abhandlungen II. B. Heft 5).

Moczówka cukrowa pojawia się u kobiet, przeważnie pomiędzy 3 a 4 dziesiątkiem lat t. j. w okresie najwyższej czynności płciowej. Ze zmian w organach płciowych, jakie cukromocz bezpośrednio lub pośrednio wywołuje, — na pierwszym miejscu postawić należy „pruritus vulvae“, — pruritus jest albo objawem wtórnym występującym wskutek ciągłego stykania się vulvae z moczem, zawierającym cukier albo następstwem osiedlających się pasorzytów (*Leptotrix*, *oidium albicans*). Początkową fazę stanowi zwykle vulvitis. W lżejszych przypadkach znajdujemy zaczerwienie i obrzmienie umiarkowane, w cięższych więcej wydatne w połączeniu z uszkodzeniami naskórka i owrzodzeniami — jako następstwami drapania. Rzadziej dołącza się wyprysk (eczema), który przechodzi na części sąsiednie (nates, wewnętrzne powierzchnie bioder).

W przypadkach zastarzałych błona śluzowa staje się infiltrowana, nabłonek grubieje. Wogóle zmiany pochodzenia dyabetycznego, wywołane na błonie śluzowej vulvae, nie posiadają cech charakterystycznych. Pruritus czasami nie występuje weale albo zjawia się jako neurosa bez cukromoezu. Zdarza się również, że chore swędzenie zatają a skarżą się na objawy ogólne i osłabienie, bezsenność, ból głowy i krzyża, podlegając bezskutecznemu leczeniu żelazem, kąpielami etc. Dlatego prawidłem być winno badać mocę każdej chorej.

Leczenie zasadza się na usunięciu podstawowego cierpienia, miejscowo zaś na czystem utrzymywaniu części płciowych przy po-

mocy zmydlania i opłukiwania słabemi, dezynfekującymi roztworami np. z kali hypermanganicum. Sublimat i maść autor odrzuca. Swędzenie usuwa się najprędzej okładami z 2% roztworu cocainy lub z kali hyperm., owrzodzenia goją się od 10% roztworu Arg. nitrici.

Condylomata acuminata w przebiegu cukromoczu zauważono raz jeden. W przypadku tym wykluczono z wszelką ścisłością infekcję. W moczu 5% cukru, ze zniknięciem którego zmniejszyły się i condylomata.

Macica i jajniki podlegają zanikowi w 12% przypadków. Częściej wydarza się amenorrhoea, — objawy te występują zwykle w ciężkich przypadkach cukromoczu i autor czyni je zależnymi od znacznego upadku ogólnego odżywiania.

Libido sexualis, podobnie jak u mężczyzn, słabnie czasami przeciwnie, potęguje się — prawdopodobnie w zależności od pruritus.

Cukromocz nie przeszkadza zajściu w ciążę. Jeżeli jednak ciąża następuje rzadziej, należy to przypisać powstałemu zanikowi macicy i jajników.

Ciąża może wywołać diabetes. (Dwa przypadki Duncana, w których w czasie każdej ciąży zjawiał się cukromocz, i znikał po rozwiązaniu). W przypadkach tych należy odróżnić diabetes od pojawiającego się w końcu ciąży czasami cukru mlecznego (lactosuria — mellituria).

Z przypadków, gdzie cukromocz poprzedza ciążę lub w czasie niej występuje, w $\frac{2}{3}$ ciąża przemijała bez zaburzeń, w $\frac{1}{3}$ następował poród przedwczesny, zwykle w 7 lub 8 miesiącu. U ciężarnych diabetyczek często zauważono hydramnion z obecnością cukru w wodzie płodowej.

Płód obumiera przedwcześnie w 50% przypadków — z dzieci donoszonych większość umiera zaraz po urodzeniu, — pewien procent rodzi się z hydrocephalus.

Na przebieg porodu i okresu poporodowego, cukromocz wpływu nie wywiera.

Diabetes wpływa więc na ciążę ujemnie. Tak samo ciąża na cukromocz. W późniejszych miesiącach ciąży objawy diabetycyzmu nasilają się (zwiększenie ilości cukru, pragnienie, poliuria, wychudnienie).

Coma diabeticorum występuje w czasie ciąży rzadko. Autor spostrzegł jeden tego rodzaju przypadek, który opisuje i w którym mimo coma i przedwczesnego porodu, chora wyzdrowiała i cukromocz prawie ustąpił. Coma występuje zwykle w czasie porodu albo wkrótce po nim i kończy się wtedy śmiercią. Po ukończonej ciąży częściej w przebiegu cukromoczu powstają pogorszenia.

Wobec ujemnego wpływu cukromoczu na ciążę i odwrotnie, — nasuwa się pytanie, czy u ciężarnych z komplikacją diabetycyzmu istnieje wskazanie do wywołania porodu przedwczesnego. Ponieważ w $\frac{2}{3}$ przypadków ciąża kończy się prawidłowo, a w większości przypadków płód obumiera, więcej przemawia za tem, aby wycekiwać samowolnego wydalania się płodu. W cięższych przypadkach należy tylko przewidzieć comam i przygotować do niej otoczenie. Obowiązkiem lekarza jest uprzedzić męża diabetyczki

o niebezpieczeństwach ciąży, niezameżnym diabetyczkom odradzać zamążpójście, położnicom przy istniejącym cukromoczu zabronić karmienia.

Sunderland.

101. Dr. Dirmoser (Wiedeń). **Hyperemesis gravidarum.** (Wiener Medicin. Wochenschrift. Nr. 8. 1897).

Uporeczywe wymioty ciężarnych względnie do ciężkości przypadków dają cały szereg stopniowań. Spostrzegamy wymioty ustępujące wkrótce po zastosowaniu niezbyt złożonych zabiegów, jak również i takie, którym towarzyszą wysoka gorączka, żółtaczka, białko i wałki w moczu, powiększenie śledziony i wątroby, przyspieszone tętno—jednym słowem objawy ciężkiej choroby zakaźnej. Autor uzupełnia jeszcze obraz ciężkiego stanu krwawieniem z uszu, tonicznymi i klonicznymi skurczami u osobników nie obciążonych dziedzicznie. O ciężkości stanu ogólnego autor wnosi z badań moczu 6 rozpaczliwych chorych na wymioty uporeczywe, które formalnie zmuszają do przyjęcia, że i w danych przypadkach chodziło o ciężkie cierpienie zakaźne.

Zestawienie badań wykazuje:

Obfite wydzielanie urobiliny we wszystkich przypadkach (rozpad barwnika krwi).

Białko u wszystkich chorych: od śladów 0,01 (zastoina w nerkach), aż do „bardzo wyraźnego“ w ciężkich przypadkach (zapalenie nerek, szczególnie przy obecności wałków).

Aceton podczas napadu 4 razy wyraźny (bywa przy gorączkowych, szczególnie zaś zakaźnych chorobach). Pepton 3 razy bardzo obfity, raz ślady (przypominanie ropienia).

Kwas szczawiowy po większej części wzmózony. Indoksył i skatoksyl zawsze znacznie wzmózony (wessanie produktów gnicia w kiszkach).

Obfity osad moczowy wykazał 3 razy wałki hyalinowe i ziarniste, często ciałka krwi, tłuszczony nabłonek, liczne kryształy trypefosfatów, moczanu sodu i szczawianu wapnia.

Badania mikroskopowe Lindemanna narządów chorej, zmarłej z powodu wymiotów, dają obraz ogólnego zatrucia w narządach mięszkowych.

Co się tyczy przyczyny omawianego cierpienia, to rozmaici autorowie widzieli ją w rozmaitych narządach, szczególnie zaś w macicy i jej przydatkach, w żołądku, w anemii. Kaltenbach za przyczynę uważa histeryę, Ahlfeld obok histeryi przyjmuje i cierpienie innych narządów. Autor na zasadzie własnego doświadczenia twierdzi, że wymioty u histeryczek przebiegają najłagodniej i łatwo bywają usuwane, u osób zaś zdrowych i nie obciążonych cierpieniami nerwowymi przebieg jest nader burzliwy i daje obraz ciężkiego zatrucia.

Autor przytacza własną teorię powstawania uporeczywych wymiotów: powiększona macica mechanicznie drażni ruchowe nerwy własne i nerw współczulny (od ganglion cervicale) i nerw błędny (od

ganglion spermaticum). Podrażnione, każdy oddzielnie, wywołują: skórcze macicy i żołądka, przyczem nerw błędny według Corteyn'a zwiększa wydzielinę gruczołów błony śluzowej żołądka, a nadmiar śluzu zobojętnia odczyn kwaśny soku żołądkowego (co autor często spostrzegał), dalej podrażnienie tegoż nerwu sprowadza przekrwienie żołądka — powstanie toksyn potęguje się dzięki powstającemu w cięższych przypadkach niedowładowi (atonia) kiszek. Przy przemywaniu żołądka autor często spotykał ogromne masy śluzu; przytem powstają w żołądku gazy i śmierdzący zapach, co zależało od sprawy rozpadowej w samym żołądku. Jeszcze w wyższym stopniu ma miejsce tworzenie się i wesanie toksyn z kiszek, na co wskazują wspomniane już rozbiory moczu.

Leczenie wynika z powyższego twierdzenia i polega na obfitych ławatywach Hegara i przepłukiwaniach żołądka rozcżynami kwasu bornego i węgla sodu. Po oczyszczeniu kiszek i żołądka stosują się ławatywy odżywcze: 2 razy dziennie szklanka mleka z żółtkiem; dla usunięcia gazów w żołądku: proszek palonego węgla lipowego, hydropatyczne okłady na żołądek. Odżywianie per os następuje po zupełnym spokoju zwykle następnego dnia, i rozpoczyna się od kleiku z somatozą oraz soku mięsnego. Po kilku dniach, w razie uczucia głodu, poleca kwaśne mleko co 3 godziny $\frac{1}{4}$ litra, a po zupełnym przekonaniu się o zniknięciu ciężkich objawów, przechodzimy stopniowo do zwykłego żywienia.

Nie tylko macica może wywoływać odruchowo takie podrażnienie kanału żołądkowo-kiszkowego, ale i jajnik, jak autor spostrzegał.

Co się tyczy wywoływania przedwczesnego porodu lub poronienia w celu usunięcia wymiotów, autor odzywa się z wielką rezerwą, lecz nie odmawia im uprawnienia w razach rozpaczliwych.

Wł. Staniszewski.

102. Dr. F. Baruch. **Zanik zupełny macicy po zastosowaniu waporyzacji.** (Völlige Atrophie des Uterus in Folge von Vaporisation Centralbl. f. Gyn. № 5. 1898).

Na ostatnim kongresie lekarskim w Moskwie, prof. Snigirieff zachwalał nowy, przez siebie wynaleziony, sposób leczenia krwotoków macicznych, polegający na przyżeganiu wnętrza macicy za pomocą pary. Metoda ta znalazła wielkie uznanie i szerokie zastosowanie w klinice chorób kobiecych w Pradze czeskiej. Tymczasem autor opisuje przypadek, w którym była stosowana metoda powyższa nie tylko ze skutkiem ujemnym, lecz nawet z wielką szkodą dla chorej. Nie obniżając wartości tego środka leczniczego, autor ostrzega fachowców, aby stosując go zachowywali pewną ostrożność. 27-letnia pacjentka poraz pierwszy szczęśliwie urodziła w grudniu roku 1895 dziecko donoszone. Na piąty dzień po porodzie powstała gorączka, która trwała 3 tygodnie. Jakkolwiek chora sama nie karmiła, jednakowoż pierwsza miesiączka ukazała się dopiero w $4\frac{1}{2}$ miesiące

po porodzie i trwała 8 tygodni. Chora udała się do kobiety-lekarka, która sposobem ambulatoryjnym użyła waporyzacji macicy. Skutek był znakomity: krwawienie ustało, chora czuła się zupełnie zdrową i powróciła do zajęć zwykłych. Lecz od tego czasu miesiączka nie powróciła więcej. Chora zaczęła się uskarżać na bóle głowy, kongestyę i bicie serca.

Zalecona eophoryna (50 pastylek) oprócz bólów brzucha żadnej ulgi nie sprawiła. Badając chorą w dniu 11 listopada roku 1897, autor znalazł, że macica przyciśnięta ku tyłowi (retropositio) i przyrośnięta na całej tylnej powierzchni do kości krzyżowej i absolutnie nie ściągalna. Kanał macicy zupełnie zarośnięty i nie przepuszcza najmniejszej nawet sondy. Jajowody nie wyczuwalne, a oba jajniki cokolwiek się wyczuwają.

Słusznie zaznacza w epikryzie autor, że metoda ta swoje zrobiła, gdyż od razu powstrzymała krwotok, lecz obok tego spowodowała skutki niepożądane, podobne do tych, jakieśmy widzieli przy wprowadzaniu do wnętrza macicy chlorku cynku czy to w roztworze mocnym czy też w postaci pasty, z tą tylko różnicą, że chora przy tej metodzie żadnych cierpień nie doznała. Trudno w każdym razie orzec, czy do zaniku macicy i do powstania objawów climacterii praecocis nie przyczyniło się w pewnym stopniu osłabienie muskultury macicy, nie będącej wprawdzie już w okresie połogowym. Gdyż, jak tego w jednym przypadku Fritsch (Centralbl. f. Gyn. 1894) wykazał, zwykle wyskrobanie macicy w okresie połogowym, może spowodować podobne skutki niepożądane, których można byłoby uniknąć przy ostrożnem użyciu łyżeczki tępej. Pod tym względem metoda Sn. szwankuje, gdyż nie możemy w niej dokładnie określić ani czasu trwania, ani natężenia działania kaustycznego pary na błonę śluzową macicy, a przy tem metoda nie działa jednakowo we wszystkich przypadkach. Z tego powodu pod względem bezpieczeństwa nowa metoda ustępuje wylężeczkowaniu.

J. W.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

103. J a w o r s k i zaleca przy **zaburzeniach trawienia** w katarze przewlekłym kiszek, w postaci śluzowych biegunek, bólów w brzuchu, wzdęciu i t. d., — użycia wód wapiennych, nasyconych kwasem węglowym. Słaby rozczyń zawiera na litr wody nasyconej na 2 gramy węglanu wapnia i tyleż salicylatu wapnia; w silniejszym rozczyńnie dawki tych samych środków wynoszą 4,0 i 3,0. Chory wypija na czczo $\frac{1}{2}$ szklanki silniejszego rozczyńnu na godzinę przed śniadaniem i po każdym z trzech jedzeń po $\frac{1}{2}$ szklanki słabszego, zawsze jak najgorętszego. Gdy rozwolnienie ustanie, J. ogranicza się do podawania tylko słabego rozczyńnu 3 razy dziennie w ciągu 15 dni, a potem tylko po jedzeniu w ciągu 2 miesięcy. Zabieg taki jest pomocny nawet w biegunkach u suchotników i u chorych ze skazą moczową.

(La Sem. Med. № 9. 1898).

W. M.

104. **Busdraghi** poleca **trional w kokluszu**, w którym może zastąpić z powodzeniem przetwory belladonny. Dawka 0,1—0,5 stosownie do wieku dziecka, zapewnia sen spokojny, przerywany zaledwo przez parę napadów kaszlu. Jednocześnie B. zaleca płukanie gardła 1% roztworem karbolowym z niewielkim dodatkiem spirytusu lub gliceryny, oraz rozpylanie karbolu.

(La Sem. Med. № 9).

W. M.

105. Dr. C. R ö s e zwraca uwagę na wpływ **własności gruntu na częstość psucia się zębów**. Badania w tym kierunku przeprowadzone zostały w Szwecyi, skonstatowano tam widoczny wpływ zawartości wapna w wodzie na próchnienie zębów. Im twardsza jest woda i im więcej wapna i magnezyi grunt w sobie zawiera, tem lepszą jest budowa zębów i odwrotnie.

(Wien. Med. Pr.).

H. K.

106. Dr. Spirtz z Jass zaleca **trional w czkawce hysterycznej**. Kozłek, brom, elektryzacja skutku nie osiągały, dopiero trional, podawany w dawce 0,2 co 2 godziny, dał dobry rezultat.

(Wien. Med. Pr.).

H. K.

107. Schippert (Weckblad von het Nederlandsch. Tidschr. voor Geneeskunde 1897 № 9) chwali bardzo **Taningen w przewlekłych biegunkach u dzieci**. Podawał on ten preparat w dawce od 0,1—0,2 kilka razy na dzień bez żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu mali pacyenci znoszą ten preparat bardzo dobrze, łaknienie nie zmniejszało się nigdy. Po zniknięciu biegunki trzeba jeszcze przez pewien czas preparat podawać dla zapobieżenia od nawrotów choroby.

H. K.

NOWE LEKI.

108. **Colchicinum salicylicum**. Jest to proszek bezkształtny, żółty, rozpuszczający się w wodzie, wysokoku i eterze. Geo. M. Tobias (Med. Record 1897) i G. H. Thompson (am. Journ. Sury and Gyn. 1897), wychwalają znakomite działanie tego nowego preparatu w gościecu stawowym i dnie. Nawet w zadawnionych przypadkach gdzie już wszystkie znane dotąd środki i sposoby odmawiały, otrzymał pierwszy z autorów poprawę, a nawet wyzdrowienie.

Preparat ten podaje się najlepiej w następujący sposób:

Rp. Cholechicini salicyl.

0,00075.

Saccher albi 0,25

M. D. tal. dos № X ad caps.

amylac.

S. Co 4 godziny po jednym proszku.

H. K.

109. **Argentum sulfophenylicum**. Jest to drobny proszek krystaliczny, rozpuszczający się w wodzie i zawierający około 28% srebra metalicznego.

Preparat ten zachowywać trzeba bez dostępu światła i powietrza, ponieważ z czasem następuje rozkład na srebro metaliczne i fenol. Nowy ten środek wynalazł i wprowadził do terapii dr. P. Za-

nardi (Bolletino Mimico-farmaceutico 1897). Posiada on podobnie jak wszystkie sole srebra wysokie własności antyseptyczne, nad azotanem srebra ma tę wyższość, że nie działa żrąco, nowe związki jak actol, itrol, argentum caseinicum przewyższa znowu łatwą swą rozpuszczalnością. Zanardi stosował dotąd argentum sulfophenylicum w okulistyce i chirurgii z dodatnim wynikiem. *H. K.*

110. **Ferrosol.** Jest to połączenie tlenniku żelaza z chlorkiem sodu. Preparat ten przedstawia się pod postacią przezroczystego brunatnego płynu. Stosują go w blednicy, bezkrwistości, neuerastenii, niemocach, u zdrowiejących. Ferrosol podaje się zazwyczaj trzy razy na dzień po małej łyżeczce. Dla poprawy smaku dodaje się kilka kropel obojętnej goryczki. *H. K.*

IV. LISTY z KRAKOWA.

I.

Kraków, w lutym 1898 r.

Z żalobną kartą w ręku idę, aby się Wam jako nowy korespondent przedstawić, a chociaż wieść o tej śmierci już Was doszła, pozwólcie, bym na tem miejscu złożył hołd pamięci zacnego kolegi. Dnia 7-go lutego zmarł w Krakowie dr. Stanisław Paszkowski, prymarysz szpitala Ś-go Łazarza, b. prezes Tow. lekarskiego, obywatel m. Krakowa, radca miejski, członek wielu towarzystw, przeżywszy zaledwo lat 53. Między tymi jednak, wiele zresztą mówiącymi tytułami, nie ma tego, który mu się rzeczywiście należy — ale widnieje on z tych tłumów, spieszących za trumną dzielnego lekarza, najlepszego człowieka, zacnego obywatela, serdecznego kolegi i druha. Podnosił jego zasługi prezes Tow. lekars. krakow. prof. dr. Maciej Jakubowski, przed domem żaloby, żegnał go nad grobem jego następcą na stanowisku prymaryusza szpitala Ś-go Łazarza dr. Antoni Krokiewicz — ale prawdziwy żal i smutek, to w cichych łzach biednych, którym on niedawno jeszcze, ulgę w cierpieniu tak chętnie niosąc, łzy bólu ocierał. Niech mu lekką będzie ta ziemia, którą tak serdecznie ukochał!..

Nie o smutku jednak i stratach wyłącznie mam mówić. A więc wspomnę o świeżo w Krakowie otwartym „C. K. Zakładzie Powszechnym do badania środków spożywczych“. Zakład ten, do którego istnienia przywiązują ogólnie wielkie znaczenie, pomieszczono w przerobionym naumyślnie na ten cel budynku przy ulicy Strzeleckiej. Dyrektorem został prof. dr. O. Bujwid, Nadinspektorem dr. St. Bądziński (z Heidelbergu); Inspektorem dr. A. Wróblewski (z Zurychu); Adjunktem dr. Bier, b. asystent prof. Bujwida. Narzekano z początku, jak to zwykle bywa, że na posady świeżo utworzone sprowadzają „nowych ludzi“ z zagranicy; umilkły jednak te głosy

pod wrażeniem, jakie od razu wywarł na wszystkich „sprowadzony“ dr. St. Bądryński. Już w tak krótkim czasie zdołał przekonać wszystkich, że jest człowiekiem wielkiej pracy i wiedzy — a więc zajął należne mu miejsce.

Dwoma odczytami w Tow. Lek. wypowiedzianymi, z których pierwszy pomieścił już *Przegląd Lekarski* w № 3 z tego roku, zwrócił on na siebie uwagę i podbił sobie niechętnych. W odczycie pierwszym: „O kwasie oksy-proteinowym, nieznanym dotychczas składniku moczu“ — podaje wspólnie z R. Gottlichem streszczenie doświadczeń, wykonanych w Zakładzie Farmakologicznym uniwersytetu w Heidelbergu, a rzucając pewne światło na rzeczy mało dotąd znane, bo na proces rozpadania się białka w organizmie. Wykazuje, że kwas ten jest produktem utlenienia białka, ale zarazem „przedstawia jakby jeden z pierwszych okresów rozkładu białka w organizmie“, — że jest składnikiem moczu prawidłowego, — że mocz ludzki z 24 godzin zawiera 3—4 gr. soli borowej tegoż kwasu — którą jedynie można otrzymać w postaci przystępnej do badania; — że „siarka obojętna“ może w całości jest składnikiem kwasu oksy-proteinowego, a więc w wielu stanach patologicznych ilość tego kwasu w moczu zwiększa się, bo przecież zwiększa się ilość siarki obojętnej — a tak jest przy wszystkich stanach patologicznych wątroby.

Zajmującym także bardzo był drugi odczyt d-ra Bądryńskiego „O koprostearynie w kale“.

Pojawiła się też w № 6 *Przeglądu Lekarskiego* praca d-ra A. Krokiewicza i d-ra J. Batki: „Bardzo czuły odczyn na barwiki żółciowe w moczu, polegający na modyfikowanej metodzie Ehrlicha z kwasem diazo-benzol-siarkowym“. Równocześnie demonstrował dr. Krokiewicz tę próbę na posiedzeniu Kółka lekarzy szpitalnych — potem na posiedzeniu Tow. lekarskiego. Metoda ta wykrywania barwików żółciowych w trzech odmianach zaleca się bezwarunkowo czułością, bo daje wynik dodatni przy rościeńczeniu żółtaczkowego moczu wodą przekroploną 140 razy, a gorszymi jej stronami są, że mocz ten musi być koniecznie świeżo oddanym i że sama próba jest dość skomplikowaną, — wymagającą aż trzech odczynników: 1) Rozczynu wodnego 1⁰/₀ kwasu sulfanilinowego. 2) Rozczynu wodnego 1⁰/₀ azotynu sodowego. 3) Zgęszczonego czystego kwasu solnego. W każdym razie widać, że następcą ś. p. P. Paszkowskiego z energią bierze się do pracy. Ze prac, które się pojawiły u nas w ostatnich czasach, ciekawą jest: „Rzut oka na obecny stan wiedzy o dowolnem wpływaniu na pleć potomstwa u zwierząt“. Prof. L. Adametza — ale bliżej jej rozpatrywać nie będę, bo chciałbym jeszcze pomówić z Wami o naszych „Okregach sanitarnych“, o których u nas teraz tak wiele mówią i piszą z powodu artykułu d-ra Stelli Sawickiego. Instytucya ta, od lat 6-ciu wprowadzona w życie, tyle budziła nadziei, miała być czynnikiem, mającym podnieść stan zdrowia, ba nawet — oświaty biednego i ciemnego ludu; tymczasem pokazuje się, że nadzieja ta zawiodła; nie wszystkich, coprawda — ale zniechęciła zupełnie do siebie Inspektora szpitali d-ra Stella Sawickiego. Nie widzi on najmniejszej poprawy stosunków sanitarnych, — a szukając

przyczyny tego, dopatruje jej w wadliwości ustawy, czyniącej lekarza okręgowego, zaleźnym tak od władz rządowych, jak i autonomicznych. Póki czas więc, póki nie wszystkie jeszcze okręgi utworzone, naprawić trzeba to złe i instytucję tę upaństwić, bo „dla spraw sanitarnych jest potrzebny ogólny i jednolity plan działania i kierownictwo ześrodkowane w jednej instytucji — najlepiej rządowej, mającej w ręku władzę wykonawczą i dobrze urządzonego aparat administracyjny, — inaczej sprawa ta będzie wiecznie kosztownym a nieudalym eksperymentem“. Ze wszystkich stron podniosły się natychmiast głosy protestu. W wyczerpującej odpowiedzi zbija zarzuty d-ra Sawickiego protomedyk dr. J. Merunowicz. Opierając się na ogłoszonej pracy d-ra Erissmana, byłego prof. higieny w Moskwie, a obecnie w Zurychu, o służbie sanitarnej w ziemstwach w Rosyji, wykazuje, że scentralizowanie takiej służby w jednym i to rządowym ręku nigdy spodziewanych korzyści nie przyniesie, — a przyczyną, dla której tak małe widzimy dotąd u nas wyniki poprawy stanu zdrowia ludności — mimo okręgów sanitarnych — to z jednej strony ciemnota i nędza ludu — z drugiej za krótki czas trwania tych okręgów, zamała jak dotąd, ilość, — a wreszcie, co najważniejsza, że: jak długo nie będzie w siedzibie lekarza okręgowego urządzonego szpital pod kierunkiem tegoż lekarza, tak długo nie możemy się spodziewać pomyślnych wyników w całej organizacji służby zdrowia w gminach“.

W tym duchu odzywają się i inni protestujący, przeważnie lekarze okręgowi, a więc ludzie, którzy sami mieli sposobność przekonać się o złem i dobrem, które ta ustawa czy instytucja ma w sobie. Niestety mają już „Okręgi“ przeciwników, czy niechętnych — poważnych, bo oto Wydział krajowy nie wstawił do budżetu na rok bieżący żadnego kredytu na nie. Jeżeli tak dalej będzie, to zaiste — nie rozwoju, ale upadku ich rychłego spodziewać się nam należy. A dlaczegoż nie ratować tej instytucji właśnie, nie zastanowić się nad brakami i wadami ustawy, by je możliwie poprawić i zmienić — dlaczegoż wreszcie nie połączyć tej kwestyi z wnioskiem posła d-ra Jaklińskiego w sejmie o potrzebie zakładania szpitali i z wprowadzoną świeżo reorganizacją tychże? Reorganizacja ta, polegająca na tem, że szpitale wszystkie przeszły pod zarząd Wydziału krajowego, poruszyła trochę nasz światek: utworzono bowiem wiele nowych posad prymaryuszów i sekundaryuszów. A ciesząc się z młodymi, obejmującymi to stanowisko, smuć się musimy równocześnie ze starszymi, ustępującymi, którym Wydział krajowy nie chciał przyznać prawa do emerytury. Ale sprawę tę poruszył gorliwie w sejmie poseł prof. dr. Jordan, i została ona załatwiona, pomyślnie dla lekarzy, a zgodnie z zasadami sprawiedliwości.

W Tow. Lek. krakowsk. funkcjonuje już nowy zarząd: prof. Jakubowski, jako prezes — dr. G. Bielański, jako wiceprezes — dr. Ks. Górski, jako doroczny sekretarz a dr. J. Gwiazdowski, jako skarbnik.

Redaktorem Przeglądu Lekarskiego został nadal dr. A. Kwaśnicki.

Tow. Lekarskie poruszyło w ostatnich czasach sprawę etyki lekarskiej — a w najbliższej przyszłości ma ona być już ogłoszoną i rozesłaną wszystkim lekarzom. Oczekując jej ukazania się, równocześnie po cichu przyznać musimy, że chyba brak jej odczuwać się daje w rzeczywistości, jeżeli zachodzi potrzeba drukowania przepisów jej na papierze.

Nie nasunie za to tak smutnych refleksyi ukazanie się choćby pierwszych arkuszy słownika lekarskiego, nad którego opracowaniem odbywa teraz co tydzień posiedzenia specjalna komisya z prof. dr. Browiczem na czele.

Miejmyż nadzieję, że pracę tę uwieńczy pomyślny skutek, — a chociaż, niestety, jeszcze tego tak prędko spodziewać się nie można, — to znowu może nie mają racyi ci, co mówiąc o słowniku, mają na myśli budę z desek, szpecącą od lat kilku Rynek krakowski...

Izba Lekarska na posiedzeniu, odbytem jeszcze w grudniu roku zeszłego, przyjęła wniosek Wydziału z d. 28 go listopada tegoż roku o zwołaniu wiecu, więc i ten przyjdzie do skutku i da sposobność poruszania wiele kwestyi żywotnych, a ogół lekarski obchodzących. A jest takich kwestyi sporo; ogólnie uczuć się daje potrzeba skupienia się, myślenia o sobie. Jeżeli sami upominają się o należne nam prawa nie będziemy, jeżeli praw tych sami wywalczają nie będziemy, sprawy nasze tak będą załatwiane, jak np. sprawa lekarzy miejskich przy regulacyi etatu i płac urzędników miejskich. Lekarzom miejskim nie przyznano żadnej rangi, a co do pensyi, to zrównano ją z pensją weterynarza młodszego — a równocześnie weterynarz miejski otrzymać ma IX, a weterynarz młodszy X rangę.

Zastrzegam się, że przeciw tym mianowaniom nic nie mam, ale chodzi mi tylko o zestawienie i o wykazanie krzyżującej niesprawiedliwości, nawet wobec jednakich praw.

Komisya przemysłowa naszego Towarzystwa lekarskiego postanowiła na jednym z ostatnich w zeszłym roku jeszcze posiedzeń zająć się w porozumieniu z Tow. lek. krak. — współdziałaniem w Wystawie lekarskiej, jeśli przyjdzie do skutku podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu — a teraz nadesłał nam dr. Ciechanowski, bawiący obecnie na studyach w Paryżu — swój wniosek, odnoszący się do tego zjazdu — a raczej projekt utworzenia sekcji prasowej na zjeździe poznańskim. Sekcya taka zajęłaby się według wnioskodawcy poprawieniem usterek językowych, z czem łączy się wlokąca sprawa słownika lekarskiego; poruszonoby kwestyą polemiki w pismach lekarskich, uchwalając przeciętny jej typ, z bezwarunkowem usunięciem zaczepek osobistych; podniesionoby ustosunkowanie spraw stycznych między czasopismami; zastanowionoby się nad sposobami stałego poparcia dla wychodzących u nas miesięczników i kwartalników i t. d. Projekt, zasługujący na uwzględnienie i wykonanie, co chyba — ze względu na cel ogólny, — na trudności nie napotka.

Wyłonił się tu u nas w ostatnich czasach projekt uczczenia obywatelskich zasług prof. Jordana jubileuszem uroczystym przy sposobności, iż mija teraz 30 lat jego pracy — jako lekarza, — ale ju-

bilat, dowiedziawszy się o tem, nadesłał na ręce zawiązującego się w tym celu komitetu pismo, w którym prosi, by myśli tej zaniechano. Rzecz naturalna, iż fakt ten podniósł jeszcze w opinii publicznej prof. Jordana, — tego prawdziwego obywatela miasta, co siły swe, czas i grosz społeczeństwu swojemu oddaje.

A gdy Kraków nad odznaczeniem swych zasłużonych tak myśli, pokazuje się, że i z góry na nasze powagi patrzy, zasługi ich oceniają i o wyróżnieniu ich myślą. Oto — rzecz niebywała, w rocznikach naszej starej Almae matris nie notowana, — nadeszły z Wiednia dwa odznaczenia, dwa tytuły dla dwu naszych profesorów: prof. Korczyński w Krakowie i prof. Rydygier we Lwowie zostali c. k. radcami dworu.

A teraz znowu „Wiener Med. Woch.“ przyznała jedną z dwóch pieniężnych nagród za najlepszą pracę w roku 1897 ogłoszoną prof. Obalińskiemu w Krakowie.

W lwowskim uniwersytecie katedrę chorób skórnych i wenerycznych otrzymał prof. Łukaszewicz z Innsbruku; — o innych mianowaniach jeszcze nie wiemy nic pewnego.

Prof. O. Bujwid jedzie na zjazd higienistów do Madrytu -- jako delegat naszego Tow. lekarskiego.

Na zakończenie powiem Wam jeszcze, że od 25 lat wlokąca się sprawa wodociągów krakowskich przechodzi w okres czynu: sprawa ta dziś już jest dojrzałą tak pod względem technicznym, jak i finansowym. Sejm udzielił gwarancji kraju na wodociagową pożyczkę krakowską, Rada miejska uchwaliła przymusowe zaprowadzenie wodociągów we wszystkich domach, a z nastaniem ulti wiosennych rozpocznie się na wodonośnym obszarze za Bielanami kopanie studzien i inne prace techniczne. I jeszcze jedna nowina: W celu uczczenia 50-letniej rocznicy panowania cesarza Franciszka Józefa utworzył się w Krakowie komitet, dla zebrania funduszków na wybudowanie nowego szpitala Bonifratrów. Zakon ten spełnia cichą, lecz nader dla miasta pożyteczną służbę; podczas panowania nagminnych chorób takich — jak cholera, ospa, — zamienia on swój szpital powszechny na zakaźny, — i dzięki tej ofiarności gmina krakowska obchodzi się bez szpitala własnego dla chorób zakaźnych, do czego zobowiązuja ją ustawy.

Dr. Zgoda.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 15-go lutego 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Edward Zieliński** przedstawił 19-letnią chorą; dotkniętą tętniakiem łuku aorty. Na zdjęciu Roent-

genowskim tętniak uwydatnia się dokładnie w okolicy nadobojczykowej i podobojczykowej lewej, ponad cieniem serca w postaci ciemnej plamy średnicy 9 ctm. Zdjęcie drugiego tętniaka, przedstawione przez Z., wskazuje, że tętniak nie jest wypełniony skrzepami, co pogarsza rokowanie. Trzecia fotografia przedstawia przemieszczenie serca na prawo, obecność jamy w dolnym płacie prawego płuca i nacieczenie jego.

2) **Guranowski** przedstawił 20-letnią chorą z torbielą surowiczą muszli usznej wielkości śliwki w okolicy jamki trójkątnej na przedniej i tylnej powierzchni. Torbiel powstała przed kilku laty i stopniowo powiększa się. Dawniej utożsamiano to cierpienie z othomatami i dopiero Hertman wyodrębnił je. Othomaty powstają zwykle u ludzi starszych na tle zmian (rozmięczenia) chrząstek. Torbiel powstaje wskutek przewlekłego zapalenia chrząstki i ochrzęstnej.

3) **Stankiewicz** przedstawił chorą z ostrym przerostem sutki. Przy 5-tej ciąży w 3-cim miesiącu sutka zaczęła się powiększać i dziś, parę tygodni po położeniu, rośnie ciągle jeszcze. Chora nieco gorączkuje. St. wykonywa amputację sutki z powodu znacznych rozmiarów jej, co głównie dolega chorej.

4) **Orzeł** przedstawił chłopca 6-letniego z torbielą limfatyczną w okolicy szczęki dolnej pochodzenia urazowego. Chłopiec został uderzony, poczem okolica szczęki spuchła; po paru dniach stęchła, poczem po 2 tygodniach wytworzył się na tem samem miejscu miękki guz, wielkości jaja kurzego, chęłboczący. Przy nakłuciu próbnem otrzymano płyn surowiczy, zawierający mało białych ciałek i bez czerwonych krążków. Prawdopodobnie jest to torbiel limfatyczna.

5) **Krajewski** przedstawił chorą, której usunął z powodu sprawy przymiotowej zmartwiałe kości: czołową, obie ciemieniowe, łuki kości skroniowych i część kości potylicowej. Dokonanem zostało to na 4-ch operacjach, przyczem starano się o ile można zostawić blaszkę wewnętrzną, jeśli ta była zdrowa. Brak kostny na czaszce wynosi 22 ctm. w wymiarze strzałkowym i $19\frac{1}{2}$ w poprzecznym i jest największym ze znanych dotychczas. Obecnie z blaszki wewnętrznej rozwinęła się kość, tak że mózg tętni tylko w 3-ch miejscach na przestrzeni rubła srebrnego. Ogólny stan chorej jest dobry.

Na porządku dziennym **Szwajcer** przeczytał sprawozdanie z działalności komisji, wydelegowanej przez Tow. Lek. na prośbę Tow. przeciwbębraczego, celem ułożenia instrukcji dla przytułków starców i kalek, które mają być założone. **Baranowski** odczytał projekt instrukcji dla przytułków ogólnych, a **Rychliński** projekt przytułków dla pijaków, paralityków i epileptyków.

Posiedzenie d. 22-go lutego 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Ciechomski** przedstawił preparaty z narządów chorej, która przed $2\frac{1}{2}$ laty była operowana z powodu guza złośliwego sutki lewej i w $\frac{1}{2}$ roku potem prawej. Sutki i gruczoły podpachowe zostały usunięte zupełnie. Na bliźnie rozwinęły

się w dalszym ciągu małe guziki, jednak stan chorej był wciąż dobry. Dopiero od 1^{1/2} roku zaczęła ona chudnąć, a brzuch zaczął się powiększać. W otrzewnej zebrał się płyn krwawy, który C. wypuszczał 2 razy (8—9 litrów), a koło macicy C. znalazł z obu stron guz kalofiorowaty. W tym czasie chora dostała ostrej manii i z tego powodu została umieszczona w Tworkach. Tu ogólny stan jej poprawił się, i płyn w jamie brzusznej nie zbierał się już więcej. Przed paroma dniami chora zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono co następuje: Na zewnętrznej powierzchni czaszki było koło 30 czopków, tkwiących w kości, twardych, łatwych do wyłuszczenia; niektóre z nich przedziurawiły całą czaszkę. Żebra były bardzo łamliwe. Krezka zgrubiała, twarda. Na błonie surowiczej kątnicy drobne guziki; na miejscu jajników 2 duże guzy. C. zwraca uwagę na kilkumiesięczną przerwę rozwoju choroby w czasie manii, a samą sprawę uważa za nowotwór złośliwy. W tym samym duchu przemawia i prof. **Przewóski**.

2) **Neugebauer** przedstawia sutkę chorej, przedstawionej na poprzednim posiedzeniu przez **Stankiewicza** i operowanej przez niego. Prócz przerosła znaleziono w niej ropień wielkości głowy noworodka.

Na porządku dziennym: **Sokołowski** przytacza dwa przypadki z praktyki szpitalnej. 1) U chorego z porażeniem lewostronnem półowiecznym znaleziono ropę i białko w moczu przy odczynie zasadowym. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono miedniczki nerkowe wypełnione ropą i w nich kamienie różnej wielkości z koralowatemi rozgałęzieniami. Kamienie te ważyły 19,0 i było ich 7. Największy (6,4) był zupełnie biały i składał się podług rozbioru L. Nenckiego z 90,5% fosforanów wapnia i 9,5% fosforanów amonu i magnezyi. Przypadek ten zasługuje na uwagę z następnych względów: a) mocz był zasadowy; b) w przebiegu nie było objawów kamieni ani kolki nerkowej; c) jeden kamień był całkiem biały i składał się wyłącznie z fosforanów, co zdarza się zaledwo w 2^{1/2}% przypadków.

Przewóski uważa kamień przedstawiony za wielką rzadkość. Do powstania takiego kamienia koniecznym jest, by odczyn moczu w miedniczce był zasadowy. Co się tyczy okoliczności, że kamień nie wydął się żadnymi objawami za życia, to zdarza się dość często; niekiedy istniejące objawy są złudne i źle tłómaczone, tak iż np. w jednym przypadku spotkał P. rozpoznanie ischias. Kamienie nerkowe mogą być przyczyną raka nerki, podobież jak to zdarza się z pęcherzykiem żółciowym.

3) Młody ślusarczyk (19 lat) przybył na oddział z objawami prawostronnego zapalenia płuc włóknikowego. Tegoż dnia wieczorem wystąpił pneumothorax. Żadnych objawów gruźlicy nie znaleziono. 21-go dnia choroby dostano ropę z opłucny przy nakłuciu próbnym, i w niej znaleziono masę laseczników Koch'a, których nie było w płwocinie. 23-go dnia choroby chorey umarł, przy objawach zapalenia opon mózgowych. Na sekeji znaleziono w dolnym płacie prawego płuca małą jamę wielkości laskowego orzecha, która pękła do opłucny i dała jej ropne zapalenie. W mózgu i oponach — żadnych zmian.

Z powodu tego przypadku S. powiada, że odma piersiowa zjawia się najczęściej w przewlekłych postaciach gruźlicy i to w mniej zajętem płucu, rzadziej w suchotach galopujących, w 5—6 tygodniu choroby i bardzo rzadko w początkowych stanach gruźlicy, jak to miało miejsce. Pogląd, że gruźlica zaczyna się zawsze od szczytów wydaje się S. nieuzasadnionym. Osobliwość przypadku polega jeszcze na tem, że wysięk ropny w opłucny znaleziono bardzo wcześnie, bo 17-go dnia choroby, gdy zwykle ma to miejsce po 6—8 tygodniach. Przyczyną śmierci było prawdopodobnie zatrucie toksynami, zaczem przemawiają objawy oponowe, nie usprawiedliwione na sekyi.

Szteyner zapytuje, czemu S. nie uciekł się do pleurotomii, by uratować chorego.

Przewóski sądzi, że w danym przypadku gruźlica rozwijała się jak zawsze, postępując od szczytów do dołu, świadczą o tem nie-liczne coprawda gruczolki w szczytach. W dolnych zrazach zdarza się gruźlica pierwotnie tylko u dzieci, lecz i tu na tle pneumonii kataralnej. Nie znaczy to jednak, aby objawy gruźlicy miały być naj- silniej wyrażone u szczytów; ogniska wtórne mogą być znaczniejsze od pierwotnych. Do powstania odmy płucnej potrzeba, aby opłucna była nieprzyrośnięta, jama musi być powierzehowna i rozpad musi nastąpić bardzo szybko. Laseczniki Koch'a w wysięku opłucny można znaleźć tylko wyjątkowo, gdy jama otwiera się do opłucny i powstaje zapalenie ropne; jeśli ono jest posokowato-ropne, to laseczniki giną.

E. Zieliński jest zdania, że gruźlica w omawianym przypadku rozpoczęła się u szczytu.

W. Miklaszewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go marca r. 1898.

—j.z.— Od jednej z pań otrzymujemy list, który zdaniem naszym, w chwili obecnej, przed głównym sezonem zdrojowym, jest, w istocie, na czasie i zasługuje na pilną uwagę.

Korespondentka nasza zwiedziła w ciągu długich lat wiele zakładów dla chorych nerwowych w kraju i zagranicą i wyprowadza nader praktyczne ze swej obserwacji wnioski:

„Mamy w Królestwie“ — pisze p. L. — „kilka zakładów leczniczych dla chorych nerwowych, znajdują się jednak w bardzo pierwotnym stanie i, acz zagranicą zakłady częstoć w pomyślniejszych co do klimatu znajdują się warunkach, jednakże gubernia Płocka, Lubelska, Kielecka, wybrzeża Pilicy dla nas posiadają nie najgorsze pod względem klimatycznym warunki, a nie brak tu i pobawów ożywej swojskiej natury.

„Osiem milionów ludności Królestwa i znacznie więcej ludności sąsiednich gubernii Cesarstwa mogłoby utrzymać u nas kilka-

naście zakładów dla chorych nerwowych, czem więc objaśnić tak słaby rozwój zakładów, to uciekanie po zagranicę kraju całego szeregu ludzi bogatszych.

„Zakłady nasze“ — pisze dalej p. L. — „wzorowo prowadzone pod względem sumiennej i umiejętnej opieki lekarskiej, wysoce niedomagają pod względem gospodarczym i technicznym, brak im dozoru, brak im oka pańskiego, brak ciepła i pieczołowitości niewieściej, brak jednym słowem zainteresowania się zakładem kobiet, bądź właściciela, bądź odpowiednich gospodyń“.

Inaczej zagranicą, tam każdy zakład posiada odpowiednio uzdolnioną kierowniczkę gospodarstwa, która „łącząc ujmujący wdzięk z rozumem, taktem towarzyskim, stanowi spójnię towarzyską między gośćmi zakładu. Obok takiej kierowniczki i żony właścicieli zakładów-lekarzy biorą czynny udział zarówno w kierownictwie gospodarczym, jak i w życiu towarzyskim swych gości“. Powołuje się p. L. na przykłady w tym względzie w Konstacyi i Gainfarn oraz na wiele innych zakładów zagranicą.

„Ztąd chorzy czują się stale pod jakąś osobistą ciepłą opieką, przypominającą im ciepło opuszczonego ogniska domowego i ta opieka istnieje w rzeczywistości i przebija się we wzorowym ładzie zakładu“.

„Nie jest moim zamiarem“ — pisze p. L. — „twierdzić, iż zakłady zagraniczne stoją bezwzględnie wyżej od naszych, bo wiadomo jak często spotkać się tam można z wyzyskiem i niesumiennością lekarzy — rzeczy zgoła u nas nie znane — jeszcze mniej pragnę twierdzić, że właścicielki i kierowniczki zakładów zagranicznych działają li-tylko z pobudek czystej miłości bliźniego, — bynajmniej, — pobudką ich jest interes własny, dobrze zrozumiany i wysokie poczucie przyjętych obowiązków“.

P. L. przypuszcza, że każdy z naszych zakładów leczniczych byłby o wiele lepszy, gdyby eugle kierownictwa gospodarstwem i życiem towarzyskiem dostały się w ręce kobiety światłej, energicznej, czy to pani domu, czy też odpowiedniej zastępczyni. „Tylko jedynie osobiste wglądanie pani domu we wszelkie szczegóły gospodarze i osobiste zainteresowanie się dolą pacjentów jako gości zakładu skutecznie przyczynić się może do zaprowadzenia ładu i porządku, czystości, uprzejmości i grzeczności całego personelu służbowego“.

P. L. przytacza w swym liście cały szereg dowodów na to, iż wprost przeciwnie u nas się dzieje, właścicielki willi i zakładów są niewidzialne, stronią od gości i to dzieje się zarówno w bardziej jak i mniej uczęszczanych zakładach.

„Lekarz kierownik zakładu, choćby był ideałem sumienności wiedzy i dobroci serca, nie jest w możności wejrzeć w te drobiazgowo szczegóły gospodarczego i psychicznego życia zakładu — jest to rola kobieca nawskróś, równie ważna jak rola lekarza. U nas jak i w innych dziedzinach widzimy niestety, że nie zakład otwarto dla chorych, ale że chorzy istnieją dla zakładu“.

Chory, opuściwszy nasz zakład leczniczy, częstokroć zapomina o stronach dodatnich — sumienności i pieczołowitości lekarza — na

tomiast głęboko wraża się mu w pamięć wspomnienie doznanych przykrości. Tu był źle obsłużony, owdzie napotkał nieporządku, miał w pokoju fotel obdarty, dzbanek potłuczony, łóżko niewygodne i t. p., tu znów czuł się opuszczony i drażniony w stosunkach towarzyskich, których nieczyja ręka nie umiała ułożyć w miłe dla gościa warunki—wynikiem tego jest wyjazd zagranicę, gdzie znajdzie to czego na próżno szukał w kraju.

Wobec tego p. L. widzi jeden tylko sposób. Zakłady nasze posiadają dobrych ojców-lekarzy, brak im matek-kierowniczek.

„Inicytywa wyjść powinna z łona kobiet myślących naszego społeczeństwa. Skoro tyle rozumnych, wykształconych, pracę miłujących kobiet poświęca się pedagogice, sztuce stosowanej i nauce uniwersyteckiej, może choć cząstka zwróci swą działalność i na tę dziedzinę bytu. Praca ich na tem polu przyczyni się do rozwoju naszych zakładów, a nasi chorzy zyskają na tem niewątpliwie“.

Głos ten podajemy w dosłownych wyjątkach i w streszczeniu, gdyż zawiera wiele bardzo uwag słusznych i zupełnie nowy pogląd rzuca na kwestyę upadku i słabego rozwoju naszych zakładów leczniczych. Tak jak jest w zdrojowiskach, dzieje się niestety i w zakładach leczniczych w Warszawie, a kto wie, czy ten nieład nie jest właśnie wynikiem braku *odpowiedniej* opieki kobiecej.

Niechże więc zakłady lecznicze skorzystają z tego poglądu, a kobiety z nowej dziedziny pracy, która im byt zapewnić może.

—k.— Rodak nasz Dr. Henryk Frenkel, b. wychowaniec Uniw. Warsz., ostatnio asystent kliniczny fak. med. w Lyonie, mianowany został profesorem okulistyki w Tuluzie.

—k.— Ziomek nasz dr. W. Łukasiewicz profesor nadzwyczajny syfilidologii i chorób skórnych w Insbruku, powołany został na profesora zwyczajnego do Lwowa.

—C.W.— W Wiesbaden w roku bieżącym (13—16 kwietnia) odbędzie się zjazd lekarzy-internistów niemieckich. Pójdą pod obrady następujące 3 kwestye: 1) o prowadzeniu wykładów lekarsko-klinicznych (Ziemssen i Jaksch; 2) o samozatrucaniu przez kiszki oraz o środkach zapobiegawczych przeciwko gniciu zawartości kiszek (Müller i Brieger) i 3) o współczesnym stanie kwestyi leczenia cukrzycy moczowej. Oprócz tego dr. Schott przedstawi referat o zmianach w mięśniach sereowych chronicznych; dr. Niessen o laseczniku przymiotu; Laguer o wpływie diety mlecznej na wydzielanie się związków kwasu siarczanego. (Münch. Med. Woch. 8 II).

—C.W.— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu rozpatrzono kwestyę spalania ciał zmarłych. Odczytano referaty prof. Hofmann'a oraz M. Gruber'a. H. uważa, że spalanie ciał jest wygodniejsze niżli grzebanie. Z punktu widzenia higieny ma większą racyę bytu, chociaż koniecznym nie jest, bo zapomoć odpowiedniego wyboru gleby na cmentarze oraz zabronienia chować głęboko i w tru-

mnach metalowych, można przyspieszyć rozkład ciała (resp. spalanie powolne) w ziemi; by nie wykraczać przeciw wymaganiom estetyki i nie narażać obecnych na przykry widok palenia się ciała (pęknięcie skóry, topienie się tłuszczu, ruch członków i t. p.), należy sam akt spalania się ciała możliwie osłonić. Spalanie w ogniu chroni ciało zmarłego od uchybień świętokradzkich; popioły należy zakopywać. H. uważa dalej, że wykopywanie ciał dla celów sądowo-lekarskich dokonywa się częściej, niżli sądzi, oraz zaprzecza twierdzeniu, że niektóre truczyny szybko ulegają rozkładowi, przeciwnie, wykryć je można nawet po dłuższym okresie od daty pogrzebu (cyanek potasu H. wykrył po 4-ch mies.). Spalanie ciał jest niemożliwym z powodu wielkiej ilości zmarłych. Spalania ciała dokonywać należy tylko po upewnieniu się należytem co do zaszłej śmierci. M. Gruber: spalanie ciał pierwotne, na ogniskach jest w znaczeniu zdrowotnem niemożliwym. Drobnoustroje chorobotwórcze szybko w ciele pogrzebanem giną i nie unosi ich ani woda ani powietrze. Spalanie ciał jest niezbędne, gdzie niema odpowiedniej gleby pod cmentarz.

Na podstawie powyższego zreferowano wnioski następujące: Spalanie ciał w piecach obecnie istniejących jest w znaczeniu zdrowotnem bez zarzutu. Chowanie ciał w ziemi nie sprowadza żadnych wpływów ujemnych ani szkodliwych, by koniecznie należało takowe zastąpić przez spalanie w ogniu. Jednak spalaniu ciał ani z punktu widzenia lekarskiego ani zdrowotności nie przeszkadza.

(Wiener medic. Presse 6).

—C.W.— Zeitschrift für Krankenpflege: w celu zabezpieczenia od rdzy wyroby metalowe po uprzednim oczyszczeniu starannem, należy pokryć maścią następującego składu: adeps suillus 125.0, stopione z 20.0 Camphorae z dodatkiem grafitu. Maść tę po upływie doby zetrzeć z narzędzia, rdza go nie tknie w ciągu kilku miesięcy.

—k.— Liczba przypadków śmierci w armii austyacko-węgierskiej rok rocznie stale się zmniejsza. W roku 1882 wynosiła $8\frac{0}{100}$, w r. 1884, — $6,3\frac{0}{100}$, 1888 — $4,9\frac{0}{100}$, 1893 — $3,9\frac{0}{100}$, 1895 — $3,67\frac{0}{100}$ i w r. 1896 — $3,4\frac{0}{100}$. Pod względem narodowości najmniej zachorowań przypada na Kroatów, najwięcej na Polaków. Węgrzy chorują najczęściej na jaglicę i ropne, zakaźne zapalenie powiek, niemcy na zapalenie migdałów i nieżyt łązniczcy, Polacy na gruźlicę płuc, Krowaci na zimnicę, zapalenia płuc, nieżyt kiszek, Rumuni na choroby weneryczne. (Wien. Med. Pr.)

—k.— W Paryżu zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie p. t. „Archives de Médecine des Enfants“.

—k.— Wice-król Indyi odnosił się telegraficznie do rządu angielskiego o przysłanie ośmiu lekarzy, dwóch lekarek i dwudziestu pięciu infirmierów do walki z dżumą.

—k.— Na Korsyce ma silnie grasować tyfus.

Otrzymałmy list następującej treści:

Szanowna Redakcjo!

„Niżej podpisani rozesłali do pewnej liczby Kolegów szematy z prośbą o wypełnienie ich danemi, dotyczącemi *podręczników lekarskich polskich*, tak oryginalnych jak i tłumaczonych, w zakresie wszystkich działów nauk lekarskich i pomocniczych.

Z ustnych i piśmiennych odpowiedzi niektórych Kolegów okazuje się, że odezwa nasza, do szematów rzeczonych dołączona, z powodu pewnych uchybień stylowych, dała powód do mylnego rozumienia celu, w jakim szematy zostały rozesłane i do niewłaściwego ich wypełnienia, lub wreszcie do odmowy naszej prośbie.

Otóż cel nasz jest dwojaki:

Najpierw chodzi nam o to, aby słuchaczom medycyny i młodszemu Kolegom wskazać dzieła lekarskie w języku polskim wydane, ponieważ przekonaliśmy się, że dzieła pomienione nie są dostatecznie znane i że niewiadomość o istnieniu dzieł lekarskich polskich, wcale jeszcze nieprzestarzałych, bywa powodem posługiwania się wyłącznie książkami, a szczególnie podręcznikami w obcych językach pisany.

Wiedząc jednocześnie, że w wielu działach i poddziałach nauki lekarskiej, zbywa nam zupełnie na podręcznikach pisanych po polsku, tak oryginalnych jak tłumaczonych, lub że posiadamy w pewnych działach i poddziałach prace polskie jedynie przestarzałe, niżej podpisani jako cel drugi stawiają sobie ułożenie wykazu odnośnych braków, a zarazem wskazanie poszczególnych w działach i poddziałach prac cudzoziemskich, których spolszczenie, w braku odpowiednich prac oryginalnych, okazuje się pożądane. Chodzi tu, naturalnie, o dzieła *najpotrzebniejsze*.

W dążeniu do tego drugiego celu niżej podpisani mają na względzie tak lekarzy, którzy byłiby skłonni do opracowania oryginalnego, lub do spolszczenia owych dzieł najpilniej potrzebnych, jak i redakcyę pism lekarskich, instytucyę i firmy wydawnicze, dla których wykaz taki może się stać zachętą, a w każdym razie byłby wskazówką do przedsięwzięcia wydawnictw, mających zbyt zapewniony wśród ogółu lekarzy.

Ogólnym celem naszej odezwy i rozesłanych szematów, jest dościslenie, choćby powoli, do tego, by dać do ręki polskiemu słuchaczowi medycyny i polskiemu lekarzowi, wszystkie konieczne podręczniki lekarskie w języku polskim.

Póki braki, powyżej uwydatnione, nie będą zaspokojone i póki sobie nie zdamy sprawy z tego, czego nam brakuje i czem luki istniejące wypełnić należy, póty nasze czasopiśmiennictwo lekarskie szwankować będzie wskutek niedostatecznej liczby i niedostatecznej językowo i literacko przygotowanych współpracowników.

Naturalnie, wobec ciągłego postępu naszej nauki, wykazy, jakie ułożyć pragniemy, przynajmniej co lat dwa zmieniane i uzupełniane być muszą.

St. Markiewicz. A. Żurkowski.

NEKROLOGIA.

Ś. p. Dr. Roman Jasiński.

Znów śmierć nieubłagana zrobiła wyłom potężny wśród braci lekarskiej, zabierając jeden z najtęższych umysłów i jedno z najlepszych serc. Dnia 6-go b. m. zakończył życie ś. p. *Roman Jasiński*, znany i ceniony zarówno przez kolegów starszych i młodszych, jak i przez ogół; nieuleczalna choroba, która od dłuższego czasu groziła ś. p. *Romanowi*, wzięwszy w ciągu kilku ostatnich miesięcy obrót niepomysłny, położyła kres temu pracowitemu i pełnemu zasług życiu.

Roman Jasiński był dzieckiem Warszawy, w której ujrzał światło dzienne roku 1853. Po ukończeniu szkół rozpoczął studia lekarskie w uniwersytecie warszawskim, gdzie otrzymał dyplom w r. 1876. Obrawszy sobie jako specjalność chirurgię, do której nabrał zamiłowania pod kierunkiem prof. Girsztowta, jeszcze przed uzyskaniem dyplomu wyjechał za granicę, by uzupełnić swą wiedzę w pierwszorzędnym ognisku nauki. Wróciwszy, objął stanowisko asystenta kliniki chirurgicznej wydziałowej, skąd powołany został do pełnienia czynności lekarza wojkowego w szpitalu Mikołajewskim, podczas wojny rosyjsko-tureckiej (1878). Po powrocie do Warszawy, został zatwierdzony na stanowisku ordynatora kliniki chirurgicznej w szpitalu Dziec. Jezus i czynności te sprawował do roku 1881. Ostatnim, głównym etapem działalności *Jasińskiego* był Szpitalik dla dzieci, w którym objął czynności ordynatora oddziału chirurgicznego i spełniał je gorliwie aż do czasu, kiedy choroba zmusiła Go do wyjazdu na południe, a następnie przykuła do łoża.

Nadto *Jasiński* był jednym z najruchliwszych członków założycieli „Gazety Lekarskiej“, długoletnim członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie, redaktorem „Pamiętnika Tow. Lek.“ przez okres czasu trzyletni, członkiem założycielem Towarzystwa Doróżnej Pomocy w Warszawie i organizatorem tegoż, wreszcie czynnym uczestnikiem w organizacyi obu wystaw higienicznych. Jeśli do tego dodamy praktykę rozległą, zasługi na polu higieny, udział w zjazdach lekarzy polskich i nakoniec cały szereg prac naukowych, któremi wzbogacił literaturę lekarską polską, będziemy mieli całokształt działalności *Jasińskiego*, która niezatartymi zgłoskami wyryła się w pamięci współczesnych, a potomności przekazała Jego imię.

Na każdym ze stanowisk, jakie *Jasiński* zajmował, wzbijał się ponad poziom, dzięki wrodzonym zdolnościom, zapałowi, wysokiej inteligencji, krytycyzmowi i darowi spostrzegania; a że natura obdarzyła Go jeszcze sercem gorącym i szlachetnym, łagodnością oraz zaletami towarzyskimi, jak darem wymowy i dowcipem niezłśliwym, był

więc *Jasiński* osobistością znaną szerokim kołom i przez wszystkich lubianą.

Jako lekarz-praktyk, położył zasługi dla społeczeństwa, niosąc dzielnie pomoc i skutecznie cierpiącym, *Jasiński* bowiem był wprawnym, zręcznym i pomysłowym chirurgiem. Nadto był on u nas pionierem ortopedyi, a leczeniem racjonalnem skrzywień kręgosłupa—zwłaszcza u dzieci — zyskał sobie sławę i ogólne uznanie. Mając wysoce rozwinięte poczucie społeczne, zabierał niejednokrotnie głos w sprawach higieny, którą popularyzował świetnie słowem pisanem dla mas, lub w pracach dla pism lekarskich poruszał te lub inne kwestye, obchodzące lekarzy i szerszy ogół. Jako ordynator kliniki, cieszył się wielkiem uznaniem młodych adeptów medycyny za świetne wykłady. Wreszcie, jako człowiek nauki, pozostawił po sobie dziesiątki prac, niżej przytoczonych, które świadczą o Jego zdolnościach, bystrym umyśle i dużym zasobie wiedzy. *Jasiński* był niezwykle wrażliwym na wszelkie postępy w dziedzinie chirurgii. On to pierwszy prawie w swych „Listach o opatrywaniu ran“ zaszczerpił u nas zdobycze naukowe i praktyczne Listera. On pierwszy zajął się u nas ortopedyą, On wreszcie niejednokrotnie pierwszy zabierał głos w innych sprawach, które interesowały świat lekarski za granicą. I takiego człowieka, będącego w sile życia, straciło społeczeństwo, stracił świat lekarski!

Niechże przynajmniej pamięć o nim, jako o wzorze dobrego kolegi, jako o dzielnym i niestrudzonym znakomitym pracowniku na polu chirurgii, przetrwa długie lata!

Dorobek naukowy *Jasińskiego*:

1. Przetoki ściany brzusznej do kiszek cienkich prowadzące. Gaz. lek.
2. Rozdzielenie mostka. Gaz. lek.
3. Mikrofon w chirurgii. Gaz. lek.
4. Sluzomięsak zatoki Highmora, wypilowanie szczęki górnej, róża, zniknięcie nowotworu. Gaz. lek.
5. Dzieje i znaczenie przeciwpasorzytnego leczenia ran. Gaz. lek.
6. Dzisiejsze stanowisko ortopedyi. Gaz. lek.
7. O sączkach kościanych ulegających wessaniu. P. T. L. W.
8. Kilka przypadków herniotomii. P. T. S. W.
9. Przyczynek do etyologii kolana ksobnego. P. T. S. W.
10. Rak gałki ocznej. P. T. L. W.
11. Zniknięcie limfomatów pod wpływem róży. P. T. L. W.
12. Róża zbawienna. Gaz. lek.
13. Spostrzeżenia, dotyczące leczenia choroby Pott'a. Gaz. lek.
14. Oddziały chirurgiczne w szpitalach warszawskich. Medyc.
15. Listy o opatrywaniu ran.
16. Przewlekłe ropienie okostnej, próchnienie trzonu kręgowego. Wydłubanie próchniejącego ognilka z trzonu 1-go kręgu lędźwiowego. Gaz. lek.
17. Uwagi dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedycznego, oparta na własnem doświadczeniu. Gaz. lek. 1882.
18. Życiorys Pirogowa. Gaz. lek.

19. Przypadek kończyn dolnych nadliczbowych potwornych. Gaz. lek.
20. Przymiotowe cierpienie okostny w części szyjowej kręgosłupa. Gaz. lek.
21. Wskazania przyczynowe do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa. Księga Hoyer'a.
22. Rozrost olbrzymi palców. P. T. L. W.
23. Wady wzroku, jako przyczyna skrzywień kręgosłupa. Gaz. lek.
24. Leczenie skoliozy. Gaz. lek.
25. Umysłne skracanie kości w celu leczenia rozległych zniszczeń części miękkich. Gaz. lek.
26. Tablica fotograficzna skrzywień kręgosłupa. Zdrowie.
27. Przypadek wrodzonego garbu kąowego kręgow łędźwiowych. — P. T. L. W.
28. Wrodzone zwichnięcie kolana. Gaz. lek.
29. O leczeniu gruźlicy miejscowej za pomocą jodoformu i zwalczaniu jej balsamem peruwiańskim. — Pam. I. Zj. chir. polsk. w Kr. I.
30. Skoliozy, powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. Pam. I. Zj. ch. w Kr. i Przegl. Lek. 1890.
31. Zniepodobnienie stawu wskutek sąsiedztwa z wrodzonym naczyniakiem. Gaz. lek.
32. Astasia congenita. Gaz. lek.
33. Wrodzony brak kości promieniowej i palca dużego. P. T. L. W.
34. Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza. Gaz. lek.
35. Balsam peruwiański w leczeniu gruźlicy miejscowej. Gaz. lek.
36. Pyoktanina w chirurgii. Gaz. lek.
37. Wycięcie gałęzi zewnętrznej nerwu przydatkowego Willisa. Gaz. lek.
38. O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa. Gaz. lek.
39. Przykurczenie stawów histeryczne u dzieci. Gaz. lek.
40. Leczenie gruźlicy kości płynem Kocha. Gaz. lek.
41. Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Kocha. Gaz. lek.
42. Przerosty nabyte i wrodzone. Przegl. chir. T. I.
43. Antyseptyka i aseptyka. Gaz. lek.
44. Eurofen. Gaz. lek.
45. Braki w wykształceniu młodych nowoczesnych chirurgów. Gaz. lek.
46. Przypadek postępującego zwyrodnienia mięśni. Gaz. lek.
47. Nowa metoda attico-antrotomii. Gaz. lek.
48. Thoracotomia duplex. Gaz. lek.
49. Guz potylicy. P. T. L. W.
50. Rana kluta ścian brzucha. P. T. L. W.
51. Przypadek operacyjnego leczenia gruźlicy kręgow. P. T. L. W.
52. Przypadek lymphangioma cavernosum faciei. P. T. L. W.
53. Osteotomia na nodze, zdefigurowanej krzywicą. P. T. L. W.
54. Dyagnostyka chirurgiczna.
55. O laminektomii. Odczyt na VII zjeździe lek. polsk.
56. Matlakowski jako chirurg. Gaz. lek.
57. Zwężenie przelyku przez ucisk gruczołów chłonnych. P. T. L. W.
58. Listy o opatrywaniu ran. Gaz. lek.
59. Oczyszczanie kawerny w trzonie kręgowym. Związanie wyrostków ciernistych. P. T. L. W.

60. Ropnie, prawdopodobnie gruźlicze, w wątrobie.
61. Wskazówka praktyczna dla lekarzy ekspertów.
62. Kilka słów z powodu sprawozdania czasopisma „France Médicale“, o łamaniu garbów przez d-ra Calota.
63. Co jest właściwsze, czy odszkodowanie jednorazowe, czy renta w przypadkach okaleczeń ludzi zawodowych lub ubezpieczonych.
64. Listy z Paryża.

W. Żurakowski.

Z m a r l i.

Prof. W. von Schröder, przełożony Zakładu farmakologicznego w Heidelbergu, znany z prac swych nad działaniem środków moczopędnych.

Jules Péau w Paryżu, znakomity chirurg francuski, wynalazca pencety ochrzczonej jego imieniem.

Dr. O'Dwyer w Nowym Jorku wynalazca intubacji krtani.

Nadesłano do Redakcyi.

- L. W. Warnek:** Uterus duplex bicornis cum vagina Septa;
 tenże: Demonstracya udalenoj kisty jaicznika s pierokruczennoj nożkoj;
 tenże: O rozpoznawaniu i leczeniu rannich stadij raka matki;
 tenże: Dwa słucazaja operacyi Doyen-Landau S niebłagoprijatnym ischodom.

Odbitki z „Wraczebnyja Zapiski“ 1897.

- Dr. Med. Higier:** O myotomii i stanach pokrewnych.
 tenże: W kwestyi rozpoznania chorób stożka końcowego rdzenia.

Odbitki z „Gaz. Lekarskiej“.

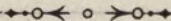
- Wł. Gajkiewicz:** Chirurgia mózgu i rdzenia kregowego.
 Odb. z „Gaz. Warsz.“

- Hueter-Lossen:** Wykład chirurgii szczegółowej, przekład z VII wyd. niemieckiego.

Wydawnictwo kasy im. Mianowskiego.

- J. Grundzach:** Ueber die Gastroplegie u. Gastroenteroplegie insbesondere nach Laparotomien.

Odb. z „W. N. Presse“.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Poszukiwania gonokoków w wydzielinie ropnej z organów płciowych u kobiet publicznych — Dr. Wł. Kopytowski — str. 257.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

96. Dr. C. Menge — O przygotowaniu rąk do operacji aseptycznych — str. 264
97. Slantenay — O leczeniu choroby Basedow'a — str. 266. 98. Prof. Lemander —
Cięcie brzuszne przez powięź m. prostych brzucha, z odchyleniem ich wewnętrznego
lub zewnętrznego brzegu — str. 269.

II. Choroby kobiece.

99. K. Franz — Laparotomia w celu wyprostowania macicy ciężarnej w tył pochylonej i uwiecznionej — str. 270. 100. Dr. Max Graefe — O wpływie moczówki cukrowej u kobiet na organy płciowe i ich czynności — str. 272. 101. Dr. Dirmoser —
Hyperemesis gravidarum — str. 274. 102. Dr. F. Baruch — Zanik zupełny macicy po zastosowaniu waporyzacji — str. 275.

III. Wiadomości pomniejsze str. 276 —103--110.

IV. Listy z Krakowa — str. 278.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 282.

Kronika bieżąca — str. 285.

List do Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ — str. 289.

Nekrologia — str. 290.

Nadesłano do redakcyi — str. 293.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 2 Марта 1898 года.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
najczystsza
woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

*Najlepszy napój dy-
etetyczny i orzeźwia-
jący.*

ZAKŁAD LECZNICZY

zimnowodny

Giesshübl-Szczawa

pod Karlsbadem.

Picie wód, kąpiele mi-
neralne, Stacya Klima-
tyczna i pokuracyjna.

Henryk Mattoni,

Giesshübl. Karlsbad, Francensbad,

Wiedeń, Budapeszt.

DOM ZDROWIA

dla

chorych skórnych i wenerycznych

(Zakład Dermatologiczny)

Założony i prowadzony przez grono lekarzy. specjali-
stów w Warszawie,

przy ul. Hr. Kotzebue №. 10.

Przyjmuje chorych za opłatą dzienną w pokojach
wspólnych po rs. 2 kop. 50, a w oddzielnych po rs. 3 do
5-ciu.

Bliższe wiadomości w Zakładzie.

Mam zaszczyt donieść **W. W. P. P. Doktorom.**, że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać **W. W. P. P.** nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindejaży lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetry bronzowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe. Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

Mam zaszczyt zawiadomić niniejszem **W-nych Panów Doktorów**, że oprócz apteki w Warszawie przy ul. **Granicznej Nr. 10**, nabyłem od **W. Russyana** również i jego laboratorium medykamentów komprymowanych, win leczniczych, ołówków migreny i przetworów farmaceutycznych.

Zarówno apteka, jak i laboratorium prowadzone będą pod moim osobistym kierunkiem i nadzorem, przy zwiększonym komplecie pracujących, celem osiągnięcia możliwie dokładnej i szybkiej ekspedycyi.

Nadmieniam przytem, że przystąpiłem już do pracy nad postawieniem apteki i laboratorium na wysokości najnowszych wymagań nauki.

Z wysokim szacunkiem:

Apolinary Rowalski.