

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## I. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAE

D-r JAN SĘDZIAK.

---

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

---

Stosunek nieżyty nosa przewlekłego, zanikowego do t. zw. ozeny, jakoteż istota tej sprawy chorobowej do ostatnich czasów nie są w zupełności rozstrzygnięte.

*Historyja.* Nazwa „ozaena” datuje się w medycynie od najdawniejszych czasów (ζζω — znaczy po grecku nieprzyjemny zapach).

Pierwotnie nazwę „ozaena” dawano wszystkim sprawom chorobowym nosa, połączonym z wydzielaniem nieprzyjemnego zapachu, później jednakże ograniczono go do cuchnących owrzodzeń nosa (Plinius, Celsus).

Galen rozróżnia 2 rodzaje ozeny: 1) zwykłe owrzodzenia—trudno poddające się leczeniu i 2) takie, które są połączone z nieprzyjemnym zapachem (foetor).

Paulus Aegina uważa ozenę, jako „gnijące i ropne

owrządzenie, wywołane nasyceniem (wnętrza nosa) ostrymi sokami.”

Pogląd ten, którego wyznawcami byli też Aetzius, jakoteż Trallianus, utrzymywał się aż do XII wieku; dopiero Actuarius wykazał, że sprawa wrzodziejąca nie jest tutaj niezbędna i że cierpienie to tj. ozena warunkowanem jest rozkładem wydzieliny, jakkolwiek niektórzy autorowie, jak np. słynny Ambroise Paré byli zwolennikami poglądu Galen'a. Pomimo to racjonalny ten pogląd Actuarius'a w dalszym ciągu rozwijał Joannes Crato w początkach XVII wieku. Autor ten uważał ozenę jako cierpienie zaraźliwe — pogląd w nowszych czasach wygłaszany przez Capart'a z Brukselli.

Tak jednak wielkim był naówczas autorytet Galen'a w nauce, że tacy autorowie, jak Fabricius ab Aquapendente, jakoteż Sir Thomas Mayern — powracają znowu do tego samego poglądu, tj. że t. zw. ozena polega na owrządzeniu wnętrza nosa, będąc często w związku z syfilisem.

W końcu XVII wieku Vieussens, Reiniger, a także Günz utrzymywali, że ozaena nie jest sprawą chorobową samodzielną, lecz że zależy ona na ropieniu bocznych zatok nosa, pogląd gorąco propagowany w ostatnich czasach przez Grünwald'a z Monachium.

Weber w drugiej połowie XIX wieku (1866 r.), uważając również ozenę nie jako sprawę chorobową samodzielną, lecz tylko jako objaw, jest zdania, że nazwa „ozaena” jest zupełnie zbyteczna.

Tegoż samego poglądu trzymają się w najnowszych czasach między innymi: Castex, Havilland Hall, Grünwald, Krakauer etc.

Solis Cohen zamiast tej nazwy proponuje inną, mianowicie: coryza foetida.

Seifert również obywa się bez tego terminu, rozróżniając jedynie: rhinitis atrophicans simplex et foetida; uważa on obie te postaci, jako odmiany przewlekłego nieżytu nosa.

Ten sam pogląd wygłasza też Krieg — autor odnośnej

doskonalej monografii w Heymann'a zbiorowym podręczniku laryngorynologii; odróżnia on również: rhinitis atrophicans resp. crustans non foetida et foetida s. ozaena, uważając obie te sprawy chorobowe za jedno, z czem znowu nie zgadza się szkoła francuska, zwłaszcza Tissier, Gouguenheim, Barattoux i Charazac.

Moure rozróżnia 5 postaci ozeny: adenoidalną, sinoidalną, nekrotyczną, ropną i zanikową.

Wreszcie Cozzolino proponuje termin: Keratosis degenerativa saprophitica, zaś Sticker „xerosis,” utożsamiając tą sprawę chorobową z wiadem rdzenia.

Od tego czasu odnośnie do samej nazwy „rhinitis atrophicans resp. ozaena,” jakoteż co do istoty tego cierpienia panuje prawdziwy chaos—kompletne pomieszanie pojęć, trwające do ostatnich czasów.

W ogóle żadnej sprawie chorobowej w dziedzinie laryngorynologii z wyjątkiem może błonicy i gruźlicy—nie poświęcono tyle czasu, nie zmarnowano tyle papieru, jak wyżejwymienionemu nieżyтови przewlekłemu, zanikowemu nosa.

Dość powiedzieć, że ilość prac, odnoszących się do tej kwestyi, zwłaszcza zaś etyologii i leczenia doszła do imponującej cyfry—przeszło 500, z których większa część przypada na Amerykę, Niemcy i Francję (przeszło, lub około 100), następnie zaś idą kolejno: Anglia, Włochy, Austria, Belgia, Hiszpania, Szwajcarya, Hollandya, Dania, Rosyya, Polska, wreszcie Szwecya, w której, o ile mi wiadomo, zaledwie istnieje jedna praca odnośna.

Do najwybitniejszych odnośnych prac należy mi przedewszystwim zaliczyć:

w Ameryce: John Mackenzi'ego z Baltimore'u (1884), Mulhall'a z St. Louis (1885), Wright'a (1891), Wilson'a (1892), Kyle'a (1894 — wyborna praca bakteryologiczna), Seiss'a (1896) etc.;

w Niemczech: Höffler'a (1885), Gerber'a z Królewca (1890), Grünwald'a z Monachium (1893), Hopmann'a

z Kolonii (1893), Abel'a (1893 — praca bakteryologiczna), Krieg'a (1897—znakomita monografia), Cholewa'y i Cordes'a (1898), wreszcie najnowsza bardzo dobra monografia Grosskopf'a (1902);

w Francyi: Loewenberg'a (1884 — praca bakteryologiczna ogłoszona jednocześnie w języku niemieckim), La coarret'a z Tuluzy (1888), Moure'a z Bordeaux (1888), Tissier'a (1894), wreszcie Lautmann'a (1897);

w Anglii: Williams'a (1887), Havilland Hall'a (etc.);

w Włoszech: Belfanti'ego i della Vedova'y z Medyolanu (1896—praca bakteryologiczna), wreszcie de Simoni'ego (1897);

w Austrii: Habermann'a z Pragi czeskiej (1886), oraz Hajeka (z Wiednia);

w Szwajcaryi: Wyss'a z Genewy (1886 — monografia), oraz Siebenmann'a z Bazylei (1900); wreszcie

w Polsce: Baurowicza z Krakowa dobra praca bakteryologiczna (1895). (d. c. n.)

## II. Przymiot pozapłciowy

PODAŁ

**D-r WALERY GIEDGOWD**

lekarz fabryczny w Józówce.

(*Ciąg dalszy*).

Z tego widać, jak ważną rolę odgrywa dogłądanie sanitarne zakładów fryzyerskich. U fryzyerów zarażano się następującymi chorobami: herpens tonurans, impetigo contagiosa, acne, sycosis, tuberculoosis cutis i wreszcie, jak widzieliśmy, przymiotem. Köbner i Blaschko zaproponowali następujące przepisy dla zakładów fryzyerskich:

1) Brzytwa i pędzelek winny być wygotowane przed użyciem. 2) Golący się powinien otrzymać świeży ręcznik lub też serwetkę z chińskiej bibuły. 3) Puszek do pudru należy zastąpić watą, którą się wyrzuca po użyciu.

Zadrażnienie brzytwą nie zawsze jest połączone z jednoczesnym wtargnięciem do organizmu zarazka przymiotowego gdyż niekiedy zakażenie występuje dopiero później przy całowaniu się z osobami dotkniętymi przymiotem w prędkim czasie po dokonaniem zadrażnienia; skutkiem tego fryzyer nieraz niesłusznie może być posądzony o zakażenie (Bazalew <sup>1)</sup>, Merlier <sup>2)</sup>, Lesser <sup>3)</sup>). Pierwsze stwardnienia policzków były obserwowane również w następstwie ukąszenia lubieżnego kelnerki (Schnabl <sup>4)</sup>), dalej—wskutek ukąszenia podczas bójki (Czagin <sup>5)</sup>), w następstwie naplucia w twarz (Lesser <sup>6)</sup>), jak również wskutek przyżegania policzka kamieniem piekielnym, który poprzednio służył osobie dotkniętej przymiotem do przyżegań plaques muqueuses (Roche <sup>7)</sup>). Stwardnienia pierwotne mają postać albo owrzodzenia pokrytego brudnawo-brunatnym strupem, z pod brzegów którego sączy się wydzielina, albo też przedstawiają się w postaci czerwono-brunatnej krostki, wielkości grochu, której dno nie zawsze jest twarde. Niekiedy stwardnienie ma formę grudki, ogółoczonej z nabłonka. Powiększenie gruczołów okolicznych często występuje późno, skutkiem czego rozpoznanie stwardnienia policzków i podbródka napotyka więcej trudności, niż stwardnienia warg.

Jako przykład przytoczę następujący przypadek (Bazalew <sup>8)</sup>): u oficera, który po zacięciu się przy goleniu całował

<sup>1)</sup> Bazalew. Wracz. 1896. VIII. 23.

<sup>2)</sup> Merlier. La médication martiale. Febr. 1899.

<sup>3)</sup> Lesser. Deutsche med. Woch. 1897. Vereins Beilage 136.

<sup>4)</sup> Schnabl. Deutsche med. Woch. 1902, XVIII.

<sup>5)</sup> Czagin. Wracz. 1891. N-r I, str. 21.

<sup>6)</sup> Lesser. Berlin. klin. Woch. 1900, XXVIII.

<sup>7)</sup> Roche. Journ. des malad. cutan. et syph. 1898, Sept.

<sup>8)</sup> Bazalew. Wracz. 1896, VIII, 23.

syfilityczkę, rozpoznano z początku sycosis, a następnie, gdy wystąpiła wysypka na ciele, przypuszczano herpes tonsurans.

*Stwardnienia pierwotne paszczy* występują stosunkowo często (1 — 10). Sposób zakażenia w większości przypadków trudno jest odnaleźć. Zapewne i tutaj zarazek przedostaje się przez pocałunki, jak również za pośrednictwem łyżek i narzędzi lekarskich. Według Poóspielów'a do rozpoznania pierwotnego stwardnienia migdałków niezbędne są: 1) trudność przy łykaniu, a niedy nawet i ból, 2) zajęcie najbliższych gruczołów podżuchwowych, 3) ciemno-czerwony kolor miejsc zajętych, 4) powiększenie migdałków do czasu ich rozpadu, oraz stwardnienie i bolesność przy ucisku tychże, 5) typowy wygląd owrzodzenia. Zieleniew<sup>11)</sup> powiada, że pierwotny proces na migdałku, w późniejszym okresie rozwoju swego, przedstawia się jako białawe lub żółtawe, niebolesne, stwardnienie, konsystencji chrząstki, z wgłębieniem w środku. Rozpoznanie jest łatwe przy obecności wszystkich danych powyższych; w przeciwnym razie borykać się niekiedy musimy z trudnościami rozpoznawczymi. Jako przykład przytoczę przypadek Sędziaka<sup>12)</sup>: Kobieta, lat 28. Choroba rozpoczęła się nagle; rozpoznano błonicę. Po 3 tygodniach skonstatowano powiększenie migdałka i obecność na nim błonki białej, grubej, śdlowatej i z trudnością oddzielającej się od powierzchni migdałka. Wobec normalnej ciepłoty i przedłużającej się choroby rozpoznanie błonicy zostało odrzucone, natomiast chora

1) Moskałow. Wracz. 1897, XXIV, 814.

2) Samuel. Rom. Intern. klin. Rundschau. 1891, Febr., 22.

3) Zieleniew. Wracz. 1891, XV, 386.

4) Sędziak. Kronika Lek. 1895, VI, 321.

5) Czlenow. Wracz. 1902, XXIX, 1060.

6) Neumann. Deutsche med. Woch. 1902, XV, 266.

7) Holz. Berl. klin. Woch. 1900, XVIII, 384.

8) Krepting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar, 1894.

9) Tulinow. Wracz. 1901, II, 65.

10) Goworow. Wracz. 1898, XLVII, 1399.

11) Zieleniew. Wracz. 1891, XV, 386.

12) Sędziak. Kronika Lek. 1895, VI, 321.

skierowaną została do szpitala św. Łazarza, podejrzewano bowiem cierpienie przymiotowe. W szpitalu tym najpierw przypuszczano u chorej sarcoma. Następnie, gdy błonki stały się brudne i wiotkie, skłaniali się do dyagnozy mycosis amygdalae, które to cierpienie jednak zostało odrzucone po zbadaniu mikroskopowem. Wkrótce potem w szpitalu tym dowiedziano się, że przed 2-ma miesiącami chora mieszkała z bratem, dotkniętym przymiotem. Zawdzięczając temu odkryciu oraz ex juvantibus, rozpoznanie przymiotu było nareszcie stwierdzone.

W praktyce mej miałem 8 przypadków stwardnień pierwotnych paszczy; wszystkie były w okresie objawów wtórnych, skutkiem czego, jak również i dla wyglądu typowego owrzodzeń rozpoznanie nie nasuwało trudności.

1. 1889 22/IX. Chory, lat 45. Owrzodzenie białe z odcieniem żółtawym na prawym migdałku, exanthea cutis acneiforme. Po 3-tygodniowej obserwacji zastosowałem odpowiednie leczenie. Dotychczas wtarł więcej niż 200 frykcyi. Objawów obecnie niema żadnych. Zaraził się od syna, który ukrywał swą chorobę.

2. Chory, lat 35. 1899 5/XII. Poczuł ból gardła i zauważył obrzmienie gruczołów prawych podżuchwowych. Zaraził się od brata, któremu, stosownie do polecenia lekarza, pędzlował gardło, podczas którego to rękoczynu brat, niekiedy kaszląc, trafiał śliną do ust pędzlującego. Ulcus tonsillae dextrae. Gruczołki prawe podżuchwowe powiększone. Papulae cutis. Pod wpływem leczenia swoistego objawy przymiotu znikły.

O przyczynie zarażenia pozostałych 6-ciu chorych nie mogłem w żaden sposób się dowiedzieć. W liczbie tych chorych miałem 3 dzieci i 3 dorosłych. U wszystkich było ulcus amygdalae, obrzmienie gruczołów i wysypka na skórze.

(d. e. n.).

### III. ODCINEK.

## ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Gołębin (wieś, dekan. kościański); wizyta Gnińskiego z r. 1672—83 tak opisuje szpital: „Jest tu szpital nowy o jednej wielkiej izbie ogrzewanej a dziesięciu komorach, ma ogród przyległy dosyć wystarczający. Ubogich mieści się w nim sześciu. Przełożyliśmy nad nimi Elżbietę, której obowiązkiem będzie donosić księdzu plebanowi i ekonomom kościoła, jako ustanowionym przez nas opiekunom szpitala, osoby kłotliwe i niezgodne. A ponieważ szpital nie ma najmniejszego uposażenia, przeto zalecamy księdzu plebanowi, aby dziedzica wsi upraszał o wyznaczenie kawałka roli na utrzymywanie ubogich, mianowicie zaś o wyznaczenie roli zwanej *pankowską*, którą w przeszłej wizycie naszej ur. niegdy Jan Domiechowski w roku 1672 dla miłości Kościoła Bożego na wieczne czasy dla szpitala odstąpić przyrzekł.“

Gombin; szpital był przy kościele św. Krzyża; w roku 1630 było w nim 10 ubogich (*Zapis. 28*).

Goraj; Barbara z Szenechów, wdowa po Erneście Brezie, fundowała tu szpital i w r. 1622 dała mu rolę. W roku 1725 szpitala tu już nie było.

Goślina Murowana (mtko, dekan. rogoziński); w roku 1628 miał szpital tutejszy czterech ubogich; podług opisu z roku 1727 składał się z dwóch wielkich izb ogrzewanych i trzech komór. W drugiej połowie XVIII w. Melchjor Gurowski, proboszcz katedralny gnieźnieński, dziedzic ówczesny Murowanej Gośliny, wznosił nowy szpital z drzewa o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i sześciu komorach. Miał szpital 1an roli, ogród, łąkę i małe kapitały.

Gostyń; szpital założył w roku 1301 dziedzic Gostynia, Mi-



kołaj, wojewoda kaliski; miał szpital uposażenie dostatnie; składał się z dwóch izb ogrzewanych i komór czterech, tudzież stajni, obory, folwarczku na przedmieściu.

Goszczyń; w r. 1553 powstał tu szpital, założony przez Łazowskiego, starostę bątkowskiego, który zapisał na ten cel 180 kop groszy praskich (*Zapis. 29*).

Grodno; szpital bonitratów fundował w r. 1728 Karol Piotr Pancerzyński, biskup wileński.

Grodzisk; miał dwa szpitale: jeden—św. Ducha, z kościołem pod tym tytułem, fundował w roku 1426 Paweł Drzeński. W r. 1641 miało w nim przytułek dziesięciu ubogich, dla których w szpitalu była dla nich łaźnia; o drugim zapisuje wizyta Libowicza z r. 1725: „Szpital mały stoi naprzeciwko klasztoru ks. Bernardynów na przedmieściu. Po ostatnim powietrzu morowem wybudował go znowu z szczodrośliwości swojej sławetny niegdy Andrzej Sypniewski, obywatel grodziski. Ma jedną izbę ogrzewaną i siedm komórek, ale żadnego funduszu. Mieszka w nim siedmiu ubogich, utrzymujących się z jałmużny, mających mały ogródek. W szpitalu tym znajduje się kapliczka św. Rocha.“

Gródek (wojew. podolskie); Jan Zamoyski, wojewoda podolski, wybudował tu szpital i dom dla sióstr miłosierdzia w roku 1766 (Rolle podaje rok 1766, Słownik Geograficzny—r. 1774), na utrzymanie zaś przeznaczył dwie wsie, które—podług lustracyi r. 1822—przynosiły przeszło 21000 zł. rocznie. Siostry utrzymywały pensję dla panien (30—40), schronisko na 16 osób i szpital na 20 łóżek, w którym bywało po 200 chorych rocznie. Dwie siostry zajmowały się leczeniem, wzywając w razie potrzeby lekarzy okolicznych; słynęły zwłaszcza z umiejętnego leczenia świerzbu i parchu.

Grudziądz; Prepozytura św. Jerzego ze szpitalem istniała przed rokiem 1341. — Prepozytura św. Ducha ze szpitalem przyłączona w r. 1345 do fary.—Konwent sióstr szpitalnych czyli dobrowolnego ubóstwa, założony r. 1382 przez Bartłomieja Herwesta, połączony był z domem dla ubogich, opuszczonych i zaniedbanych dzieci, któremi się siostry opiekowały. — W czasach późniejszych fundował tu szpital Potrykowski, archidyakon chełmski († 1682).

Grójec (dawn. *Grodziec*); szpital założył i uposażył w drugiej połowie XVI w. Hieronim Gostomski, wojewoda poznański (*Zapis. 31*). W r. 1603 szpital miał na swoje utrzymanie rocznie: ośm grzywien, jedenaście miar żyta i tyleż jarzyny, nadto kilka złotych z różnych darowizn. Piotr Skarga zostawił legat na 20 ubogich.

Góra (wieś, dekan. nowomiejski); był tu szpital, atoli w r. 1683 pozostał po nim tylko plac pusty.

Góra (pod Żninem); szpital erygowany przez Jana Łaskiego arcybiskupa gnieźnieńskiego.

Góra Kalwarya; synod r. 1720 w Warszawie złożony ustanowił tu, przy kościele św. Krzyża, szpital dla księży ubogich, w podeszłym wieku z archidyakonatu warszawskiego.

Hołoby (pow. kowelski); szpital uposażyła w r. 1754 Teofila z Jeruzalskich Wilżyna (Wilga), podkomorzyna derpska.

Horochów (wojew. wołyńskie); w r. 1771 zapisał na szpital 28186 złp. Paweł Kobyliński, skarbnik lidzki; w r. 1766 zapisała Róża Piaskowska złp. 5000.

Horodyszczce (pow. nowogródzki); szpital o ósmiu izbach ogrzewanych wystawiony w r. 1796.

Hrubieszów (m. pow. gub. lubelskiej); z ofiar mieszczan powstał kościół ze szpitalem św. Ducha, któremu Zygmunt August w dn. 24 grudnia 1547 roku przeznaczył dziesięcinę zbożową ze wsi Jarosławiec i Rohatycza, w połowie dla plebana, w połowie na utrzymanie ubogich; dotąd dziesięcina ta była składana do grodu hrubieszowskiego. — W r. 1693 król Jan III fundował szpital przy cerkwi św. Mikołaja i dał mu pół łanu roli przy drodze sokalskiej oraz ogród.

Hussów (wieś, pow. łąncucki); ks. Józef Lubomirski fundował w r. 1752 szpital dla dwóch starców.

Ikaźń (pow. braclawski); szpital założył w r. 1593 Lew Sapieha.

Iłża (os. gub. radomskiej); szpital św. Ducha założony przez Zbigniewa Oleśnickiego w r. 1448 (niektóre źródła, np. *Lib. benef.* Długosza, wymieniają rok 1452).

Izdebnó; w r. 1621 szpital istniał. (*Zapis. 34*).

Jagielnica (wojew. podolskie); był tu szpital o dwóch izbach, przeznaczony dla jednego mężczyzny i 2 kobiet.

Jakubów (pow. telszewski); szpital wystawił i mógę ziemi mu nadał w r. 1793 Jakub Nagórski, podkomorzy szawelski.

Jałowicze (pow. łucki); na fundusze szpitala złożyły się zapis 300 zł. Samuela Issajnowskiego z r. 1678 i zapis 3000 zł. Zacharyasza Jaroszyńskiego z r. 1762.

Jangrot (pow. olkuski); szpital wystawił i uposażył Jan Sierkiecki, pleban jangrocki († 1616). (*d. c. n.*)

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Chirurgia.

43. W. O p p e l. **Śledziona ruchoma.** (Russk. Wracz. N-r 40, 1905).

W chirurgii śledziony ruchomej panował do niedawna kierunek nader radykalny, wycięcie bowiem narządu stosowano tu bardzo często. Przyczyn postępowania takiego szukać należy przede wszystkim w istnieniu zmian chorobowych w omawianym narządzie, w łatwości względnej zabiegu oraz w braku powikłań, zależnych od operacji. W rzeczy samej śledziona wędrująca bywa zazwyczaj jchorą, powiększoną, zgrubiałą, jak bywa w następstwie zapaleń przewlekłych. Niektórzy nawet wprost twierdzą, że ruchomość śledziony bywa rzeczą wtórną, zaważowaną powiększeniem się narządu; zresztą, z chwilą powstania ruchów wytwarza się istne koło błędne: przerost narządu sprzyja ruchomości, zależne od niej zgięcie wneki prowadzi do zastojów w śledzionie, więc i do zwiększenia jej wymiarów i t. d.

Cierpienie, w mowie będące, najczęstsze u kobiet, zależy głównie od wiotkości mięśni brzucha i więzów trzewiowych. Podczas badania wyczuwa się zwykle guz pod lewym łukiem żebrowym; w pozycji chorego stojącej lub po ułożeniu go na bok prawy guz występuje najwidoczniej, gdy chora leży na grzbiecie, daje się odprowadzić bez trudu do podżebrza lewego. Wymacujemy wówczas wyraźnie dość grubą, połowę dolną narządu, która kończy się zaostrowym szczytem. W przypadkach niektórych śledziona przesuwana się znacznie od położenia normy, w obec czego rozpoznanie staje się arcytrudnym.

W r. 1895 Rydygier dokonaniem po raz pierwszy przyszcicia śledziony zamiast wycięcia, wywołał przewrót w zapatrywaniach chirurgów na metody w sprawie powyższej. Oczywiście, chorą śledzionę zawsze lepiej wyciąć, niż zwyrodniałą zupełnie zachować, poprzestając na spenopeksyi. W braku jednak skali jakiegokolwiek, dzięki której możnaby upewnić się, kiedy śledziona stała się całkiem bezużyteczną, a kiedy może

pracować jeszcze, poglądy co do wyboru rękoczynu nie zgadzają się. Franke twierdzi np., że wymiary śledziony nie mogą być przeciwwskazaniem do splenopeksyi, dzięki bowiem przysyciu narząd ten może zmarszczyć się. Z drugiej strony podnieść należy, że im większe istnieją w nim zmiany chorobowe, tem łatwiej znosi ustrój jego usunięcie, gdyż wówczas wytwór krwi biorą na siebie narządy inne. Że w razach pewnych obecność śledziony chorej staje się szkodliwą, jest faktem również. Gdy jednak szkodliwości owej dowieść nie można, niema też wskazań do wycięcia, a w takim razie musi być wskazanem przysycie. Można, wreszcie, w razie istnienia wielkich śledzion ruchomych, wykonać splenopeksyę i jednocześnie rezekować dolny odcinek narządu. Bądź co bądź, splenektomia musi posiadać swoje wskazania ściśle.

Wobec wykazów statystycznych, według których śmiertelność po splenektomii waha się między 6 i 31%, a w następstwie splenopeksyi stanowi zero, autor wypowiada się stanowczo za tym ostatnim zabiegiem. Za typową uznać należy metodę Rydygiera, która polega na rękoczynach następujących: po otwarciu jamy brzusznej, w kierunku smugi białej, odszukujemy śledzionę i odsuwamy ją do podżebrza lewego w ten sposób, by koniec jej nie sterczał z pod łuku żebrowego, t. j. lokuje się ją w miejscu właściwym. Z kolei narząd wyciąga się z podżebrza i na wysokości 11, 10 i 9 żebra, na otrzewnie przysciennej, prowadzi się cięcie poprzeczne, wypukłe nieco ku górze, którego długość równa się szerokości śledziony. Poczynając od cięcia tego, oddziela się otrzewnę na tępo od tkanek przylegających, skutkiem czego powstaje kieszeń z dnem, zaokrąglonem do dołu; w kieszeni tej mieści się dolny odcinek śledziony. Aby przeszkodzić zbyt wielkiemu wypukleniu torby pod wpływem ciężaru omawianego narządu, kilkoma szwami przymocować wypadnie dno kieszeni otrzewnowej do warstw sąsiednich. Brzeg torby zeszywa się z pobliskim więzmem śledziono-żołądkowym (lig. gastro-lienale) i brzezi boczne z otrzewną. R. twierdzi, iż w przypadkach, które nadają się ku temu, można wytworzyć dwie kieszenie, górną i dolną i skutkiem tego umocować śledzionę całą za otrzewną. Operacja R. ma jedną tę niedogodność, że czyni koniecznem wygarnięcie na zewnątrz wszystkich niemal pętli jelit celem dotarcia do podżebrza, nadto warunkiem nieodzownym jest tu wiotkość ścian brzucha. Dolna połowa śledzio-

ny, zgodnie z metodami autorów różnych, pozostaje stale w kieszeni otrzewnowej.

Wyniki splenopeksyi oraz zeszywania ran śledziony przekonywają wyraźnie, że narząd ten znosi i wytrzymuje szwy całkiem dobrze. W każdym z różnych sposobów w miejscu przyczepienia przeciągano szwy przez narząd, otrzymując, co do trwałości, rezultat zadowalniający. Ztąd wniosek, że śledzionę można wprost przyszyć do otrzewny i bez wytwarzania kieszeni, co d-r Opperl wykonał też z powodzeniem w jednym przypadku u 31-letniego żołnierza. Trzema szwami umocowano tu narząd w hypochondrium sin., przyczem szew jeden nałożył O. u wierzchołka, dwa zaś z brzegów śledziony w pobliżu wnęki, krwawienie było niewielkie. Wobec skłonności do zmieszczeń szwy przeciągać wypadnie nietylko przez otrzewną i powięź najbliższą, lecz i przez mięśnie, t. j. przez odcinek przepony. Niezależnie od szwu, celem utrwalenia lepszego, staramy się o wytworzenie rozległych i mocnych zlepień i dla tego pozostawiamy tampon przy śledzionie przynajmniej na dni 5, jeśli nie dłużej.

W końcu wspomnieć należy o śledzionach wędrujących w tkance luźnej po za otrzewną. Wypadki to wyjątkowe, lecz zdarzają się. W tych razach rozpoznanie przed operacją, odróżnienie od nerki ruchomej, jest niemożliwem, a gdyby nawet ktoś postawił dyagnozę taką, mógłby znaleźć akurat nerkę i odwrotnie. I tu załamanie się wnęki prowadzi do bólów i obrzęków. Splenopeksya i w tych przypadkach wskazaną jest oczywiście.

*K. Niedzielski.*

44. Beadnell. **Postępowanie z rannymi podczas bitwy morskiej.** (Brit. med. Assoc. in Leicester. 24/VII. 1905).

D-r B. stawia postulaty następujące co do rannych w przebiegu bitwy na morzu: Poszkodowanych znosi się jak najprędzej z pokładu. Rannych pozostawia się na posterunku bojowym w tym razie tylko, gdy sami lub towarzysze ich lub lekarz okrętowy zdołali nałożyć opatrunek doraźny. Korzystać należy jednak z każdej przerwy w walce, by przenieść rannego na okręt inny, nie przyjmujący udziału w spotkaniu, bądź na okręt szpitalny, do szpitala nadbrzeżnego, o ile takowy znajduje się w pobliżu, bądź, wreszcie, do zabezpieczonej lepiej części okrętu. W tym celu załoga posiadać winna

zorganizowany należycie system transportu do miejsc poniżej linii zanurzenia się okrętu.

Rzucanie nieprzytomnych z pokładu równa się morderstwu. Każdy oficer i marynarz każdy posiadać winien niezbędne z zakresu ratownictwa wiadomości. Wszystkie statki pomniejsze muszą ewakuować rannych swych możliwie szybko. Niezabezpieczone części okrętu wojennego do wykonywania zabiegów chirurgicznych nie nadają się, lekarz nie może wśród bitwy znajdować się na pokładzie.

Pożądanem jest wielce, by pod pokładem istniała odpowiednia i łatwo dostępna sala operacyjna. Na pancernikach wielkich urządzone być winny dwie izby opatrunkowe, z przodu i z tyłu okrętu, jedna dla cięższej, druga dla lżej rannych. Sala lekarska na okrętach średnich powinna łączyć się szerokimi ku górze kurytarzami z pokładem, na którym stoją walczący. By rany uczynić aseptycznymi wedle możliwości, załoga przed rozpoczęciem ognia przywdziewa umundurowanie nowe i bieliznę czystą. Celem uniknięcia nadmiernego gorąca w przedziale szpitalnym dokonywa się wyosabniającej obmurówki tejsze cementem. Specyalne szpitale okrętowe, obliczone na 400 do 500 klientów, są istotną w obecnych warunkach wojny morskiej koniecznością.

Z omówień tych wynika niezbicie, że rady i wskazówki lekarza w przebiegu budowania okrętu nowego są nader pożyteczne.

*K. Niedzielski.*

45. Lauper. **W sprawie leczenia stawów wrzekomych podług Bier'a.** (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte).

Bier polecił nowy sposób leczenia stawów wrzekomych (pseudarthrosis), a polegający na wstrzykiwaniu krwi w miejsce źle gojącej się lub i nie zgojonej kości. Z 10 przypadków w 9 miał Bier w ten sposób osiągnąć zupełne ustalenie (konsolidację). Tłomaczy to sobie Bier podrażnieniem, jakie wywiera krew na tworzenie się kostniny i nagłym dowozem materiału odżywczego. Sposób ten nadaje się głównie do osiągnięcia zrosnięcia w przypadkach, gdzie dana kość zwykle już nie ma dużo materiału odżywczego, n. p. rzepka, nie posiadająca właściwej okostny. Krwiak wytwarzający się przy złamaniu rzepki opada do stawu i do zgojenia przyczyniać się nie może. Bier przypuszcza, że w źle gojących się złamaniach dana krew nie ma dość siły, by drażnić odłamik,

wstrzykiwać też poleca krew z innego osobnika. Przypuszczenie Bier'a znalazło poparcie w doświadczeniach na zwierzętach Schmieden'a. Autor opisuje dwa przypadki złamań, leczonych tym sposobem. Raz wstrzyknięto krew obcą, drugi raz z tego samego osobnika. Reakcyja po krwi obcej była lepsza i zgojenie szybsze. Technika jest następująca: aseptycznie zbiera się do naczynia 30—50 cm.<sup>3</sup> krwi z żyły. Krew jałową laseczką zaraz się odwłóknia i za pomocą silnej strzykawki wstrzykuje się w kilka miejsc między odłamki. W razie braku efektu można te wstrzyknięcia powtarzać kilkakrotnie w odstępach 8 — 14 dniowych. Po wstrzyknięciu szyna lub opatrunek gipsowy.

*D-r A. Klęsk.*

(Kraków).

46. König Fr. **Uprawienie do wczesnego krwawego zabiegu przy podskórnych złamaniach kości.** (Arch. f. klin. Chir. T. 76. Zeszyt 3).

W pracy swej opiera się autor na 20 operacjach wczesnego szwu kostnego, nie wliczając w to złamań rzepki i łokcia.

Obawę przed zakażeniem uważać należy już za nie byłą. Mimo tego, że wyciągi dają przy złamaniach dobre wyniki, wiele jest jednak przypadków, gdzie jedynie szew kostny da dobry wynik, choćby n. p. przy złamaniach główki kości ramieniowej, gdzie często odłamek jest obrócony powierzchnią rozłamu do stawu. Autor szyje zawsze drutem, nieraz w kombinacyi ze sztyftem z kości słoniowej, którym łączy odłamki przez jamę szpikową, a sztyft osobno szwami od zewnątrz umocowywa. Po operacyi, o ile możności, trzeba ranę zeszywać, ruchy bierne zaczynać wczesnie (8 — 14 dni), chyba że złamana jest kość większa, n. p. szyjka uda (wtedy ruchy zaczyna w 4 tygodnie).

Szyć należy prawie zawsze: 1) obojczyk, 2) podudzie (przy złamaniach skośnych i spiralnych), podobnie i przedramię, 3) złamanie położone blisko stawu, 4) rzepkę, 5) łokieć, 6) główkę kości ramieniowej i 7) szyjkę kości udowej.

Szwy prowadzić można i przez powierzchnie stawowe, bo prędko obrastają chrząstką. Złamania szyjki kości udowej goją się (nawet szyte) rzadko kostnie, zrost jednak ścięgnowy jest wtedy bardzo silny i wystarczający do użytku kończyny.

Szyć należy złamanie szyjki bardzo prędko, by główka nie uległa zanikowi, sama lub i szyjka. Torebkę należy także

pilnie zeszywać. Do szwu kostnego nadają się także liczne złamania tej samej kończyny.

Z reguły szyć się powinno złamanie zewnętrznego kłykcia łokcia.

*D-r Klęsk.*

(Kraków).

47. Berndt. **W sprawie przetoki żołądkowej sposobem Marwedel'a.** (Arch. f. klin. Chir. T. 76. Zeszyt 3).

Domykalność i sprawność przetok żołądkowych chciano osiągnąć na potrójnej drodze: 1) za pomocą sztucznych zwieraczy mięsnych (Hacker, Girard, Ullmann itd.), 2) za pomocą tworzenia kłapek (Hahn, Ssabanejeff, Frank), 3) za pomocą tworzenia kanałów (Witzel, Kader, Fischer, Marwedel). Domykalność pierwszych metod była iluzoryczną. Ullmann dlatego nacina błonę surowiczą i mięsną, śluzówkę podciąga i skręca o 180° stopni, umocowując ją w skórze. Metody sub 2) n. p. przeciąganie żołądka przez przestrzeń międzyżebrową, podskórną i t. d. dają chwilową domykalność. Najlepsze wyniki dają metody tworzenia kanałów. Metody Witzel'a i Kadera, choć dość dobre, mają jednak tę wadę, że potrzeba do nich dość dużej ściany zdrowej żołądka. Wady tej nie ma sposób Marwedel'a gastrostomii, a wykonywa się w sposób następujący: Po wszyciu żołądka w ranę brzuszną, cięciem 5 cm. długości przecina się błonę surowiczą i mięsną. W dolnym brzegu tego cięcia nacina się śluzówkę, przez maleńki otvorek wsuwa się dren, poczem błonę surowiczą i mięsną obszywa się nad drenem. Dren leży przez to w kanale, którego dno stanowi śluzówka. Autor stosował tę metodę 2 razy z bardzo dobrym wynikiem, poleca ją też gorąco.

*D-r Adolf Klęsk.*

(Kraków).

48. Friedheim. **O trwałych wynikach operacyjnego leczenia choroby Basedow'a.** (Arch. f. klin. Chirurg. T. 77. Zeszyt 4).

Autor podjął na nowo sprawę niniejszą opracowaną, już w r. 1901, również z oddziału Kümml'a w Hamburgu, a to celem zwalczania uprzedzenia, jakie panuje względem operacji wola w chorobie Basedow'a. Operacja ta nie jest zupełnie groźną, a wyniki daje bardzo pomyślne. Z 20 chorych wyzdrowiało 14 i wyleczenie to jest trwałe, bo u najdawniej ope-



rowanej chorej trwa 15 lat. W 5 przypadkach obserwowano wybitną poprawę, jeden przypadek zakończył się śmiercią wśród objawów tężyczki i zapaści. Chora operowaną była dwukrotnie, bo po pierwszej operacji pozostały (drugi) płąt gruczołu zaczął bardzo szybko rosnać. Daje to ogółem 70% wyleczeń, a 5% śmiertelności. Leczenie wewnętrzne daje śmiertelności 12%. W Niemczech pierwszy Rehn w r. 1884 doniósł o pomyślnych wynikach usuwania wola w chorobie Basedow'a. Kocher radzi usuwać gruczoł po trochu kilkakrotnie, a nie na jednym posiedzeniu. Cięć używać należy małych, krwotok dobrze tamować, najlepiej podwiązywać naczynia tarczycowe. Objawy choroby po operacji giną szybko. Statystyka Rehn'a wykazuje 50% wyleczeń, Mikulicza 18 operowanych—10 wyleczeń, Krönlein'a 24 oper.—16 wylecz., Kocher'a 59 op.—45 wylecz.

*D-r Kleśk.*  
(Kraków).

49. Dönitz. **Technika, działanie i szczegółowe wskazania do znieczulania łądzwiowego.** (Arch. f. klin. Chir. T. 77. Zeszyt 4).

Znieczulenie łądzwiowe stosował autor w 407 przypadkach. Z tego w 102 stosował stowainę, w 7 eukainę (*E. lacticum*), w reszcie kokainę. Idealem znieczulenia łądzwiowego powinno być, by nie wywoływało groźnych ubocznych objawów, działało pewnie, stale, sięgało wysoko, a przy małej dawce środka znieczulającego. Obecnie już w 80% przypadków przebiega u autora znieczulenie bez najmniejszych objawów. Zawodzi ono czasem albo zupełnie, albo też częściowo, n. p. znieczuloną jest tylko jedna połowa ciała. Pochodzi to z błędów techniki wstrzykiwania. Powinno się wstrzykiwać zawsze w linii środkowej, by trafić do umieszczonej pomiędzy obu połowami końskiego ogona cysterny wypełnionej, normalnie płynem mózgodzeniowym. Gdy się zejdzie na bok, znieczula się połowę rdzenia, bo płyn zostaje zatrzymany i odsunięty na bok przez rozgałęzienia nerwowe. Zdarza się to najczęściej przy wstrzykiwaniu w pozycji leżącej, trudno tu bowiem utrafić w linię środkową. Gdy płynu dużo, to cysterna jest szeroką, łatwiej więc do niej trafić, dla tego też przy skąpym płynie mózgodzeniowym znieczulenie jest gorsze.

Powinno się wsuwać igłę powoli i zostawić ją, skoro tylko się płyn ukaże, jest się bowiem wtedy na tylnej po-

wierzchni kanału, przez wsunięcie igły dalej przechodzi się na powierzchnię przednią (ruchową) i przy znieczuleniu można otrzymać porażenie chwilowe akcji oddechu lub serca. Bardzo korzystnie na występowanie znieczulenia działają fale w płynie mózgodzeniowym, a otrzymać je można, a przez to przenieść wyżej znieczulenie za pomocą *Kaderowskiego* ułożenia po wstrzyknięciu z głową na dół, zakładania opaski (celem wywołania przekrwienia biernego) na szyję, powtórnego wyciągnięcia wstrzykniętego środka z płynem i wstrzyknięcia po raz drugi. Autor stosuje stowainę w dawce 0,04—0,06 z dodatkiem suprareniny w 4% roztworze lub jako pastylki o składzie: *Stovaini* 0,02, *Suprarenini borici* 0,00013, *gum. arab.* q. s. Pastylki te (zwykle 2) rozpuszcza w płynie mózgo-rdzeniowym. Dobrze jest przed i po znieczuleniu dać chorym na oczyszczenie.

Objawy uboczne występują i przy zwykłej punkcji diagnostycznej (Gerhardt 18%, Nissl 25%), obecnie autor nie spotyka ich wcale. Skórę myje tylko kilkakrotnie eterem, zakażeń nie obserwował nigdy. Znieczulenie, wykonane podług tych zasad, jest sposobem idealnym.

*D-r Adolf Klęsk.*  
(Kraków).

50. Friedheim. **Trwałe wyniki leczenia operacyjnego choroby Basedowa.** (Arch. f. Klin. Chirurgie, 76 B. S. 917).

Autor podaje wyniki 20 przypadków choroby Basedowa, które leczono operacją. Z tych 14 chorych okazało się po upływie 4 — 15½ lat zupełnie zdrowymi, 5 znacznie się polepszyło, jeden zmarł. Śmierć ostatniego autor tłumaczy tem, że za mało zostawiano wydzielającej tkanki. Wyniki wykazują że mniemanie Möbiusa, że choroba Basedowa polega na nadmiernem wydzielaniu gruczołu tarczowego, jest zupełnie prawidłowem. Należy zatem, z jednej strony usuwać tyle chorego gruczołu tarczowego, aby organizm mógł zwalczyć resztę trucizny, z drugiej zaś strony należy usuwać nie za dużo, aby uniknąć nieszczęśliwego wyniku, wywołanego przez tak ciężkie objawy z utraty gruczołu tarczowego. Z tych powodów należy postępować według rady Koster'a i usuwać małe kawałki w kilku posiedzeniach. W jednym przypadku po upływie roku po operacji zrobiono znowu rezekcję gru-

czołu tarczowego i osiągnięto wyzdrowienie, które trwa do-  
tychczas, to jest przeszło 8 lat. *W. Biehler.*

51. Hutchinson. **Drenowanie okrężnicy przez wyrostek robaczkowy w błoniastym i owrzodzonym nieżycie okrężnicy.** (Brit. med. Journ. 1905, I, p. 1039).

Przy przewlekłym zapaleniu błoniastym i owrzodzonym okrężnicy polecono przemywanie kiszki po założeniu odbytu nieprawidłowego przy kiszce ślepej. Ma to swoje ujemne strony — mianowicie wszystkie te które idą w parze z założeniem odbytu nieprawidłowego i oprócz tego i to, że po wygojeniu zapalenia okrężnicy tylko po upływie długiego czasu i z trudnością można zagoić otwór odbytu nieprawidłowego. Mając to na uwadze, autor polecił założenie odbytu nieprawidłowego, za pomocą wyrostka robaczkowego, do niego łatwo wprowadzić kateter i przemywać tym sposobem różnymi odkażającymi środkami okrężnicę. Gdy już zapalenie minęło, łatwo usunąć zupełnie wyrostek robaczkowy i tym sposobem zagoić otwór odbytu nieprawidłowego. Stosował autor ten sposób leczenia z dobrym bardzo wynikiem.

*W. Biehler.*

52. Delbet. **Opadowe zapalenie ślepej kiszki oraz jego leczenie przez zagięcie kątnicy.** (Sem. méd. Nr. 47. 1905).

Są chorzy, którzy skarżą się na bóle w okolicy kiszki ślepej — bóle to są przejściowe tępe — nie towarzyszą im jednak objawy ogólne, tętno i ciepłota pozostają normalnem — wymioty, jeśli są, to są tylko odruchowe, powodowane bólami, obstrukcyja ma zawsze miejsce. Złe trawienie i bóle doprowadzają chorego do osłabienia fizycznego i moralnego — chorzy chudną — stają się neurastenikami.

Na miejscu bóle widzimy wygórowanie, jest też bokso-  
ność przy dotykaniu, ukłucie jest bolesne. Można też wymacać ślepą kiszkę napełnioną kałem lub gazami. W głębi wyczuwa się rodzaj sznureczka grubości i długości 8—10 ctm. na zewnątrz i nad punktem Mac Burney. Wymacywanie tego woreczka jest bolesne. Jestto nie wyrostek robaczkowy, jak myślą niektórzy, lecz porażona ściana rozciągniętej ślepej kiszki, która się zwija pod działaniem palców

Wielu autorów bierze takich chorych za cierpiących na zapalenie wyrostka robaczkowego — robi nawet operację, która jednak do niczego nie prowadzi, gdyż wyrostek nie ma nic wspólnego z wyżej opisanymi objawami.

Ponieważ leczenie nie daje dobrych wyników (lawatywy zimne rano, dwuwęglan sodu lub magnezyi na 2 godziny po jedzeniu, stosowna dyeta i mięso smażone bez tłuszczu i masła, jarzyny bez tłuszczu) i t. p., przeto autor radzi operację, która ma na celu usunięcie ślepej kiszki, organu zupełnie zbytecznego, albowiem masy przetrawione tracą tam tylko trochę płynów. Ponieważ rezekcja coecum jest trochę ryzykowna, autor, który uważa cierpiących na zaburzenia ze strony ślepej kiszki, więcej za kaleki niż chorych — czyni, co następuje: usuwa coecum, robiąc fałdę w ścianie, wprowadzając ją do głębi grubej kiszki.

Technika jest następująca:

1-0. Na przedniej części brzucha robi się otwór 5 c. długości, którego dolna część znajduje się na linii, idącej od kolca przedniego biodrowego do pępka tam, gdzie się schodzi  $\frac{1}{3}$  zewnętrzna i  $\frac{2}{3}$  wewnętrzne.

2-0. Odsuwa się błonę brzuszną ścienną i przytrzymuje dwiema pincetkami Kocha, wtedy widzi się ślepą kiszkę podnosi się ją — oddziela wyrostek i podwiązuje jego kreskę.

3-0. Jedną pincetkę Kocha umieszcza się na tej ścianie tętnicy, która się znajduje o 1 ctm. poniżej zespolenia cienkiej kiszki z grubą, drugą pincetkę umieszcza się na zewnątrz na punkcie symetrycznym. Lekkie pociąganie dwóch pincetek nadaje tętnicy formę spłaszczonego od przodu ku tyłowi kanału. Za pomocą zgłębnika albo palca odsuwa się pochyłą część kątnicy do otworu kiszki. Tworzy się tym sposobem dołek którego dno stanowi pochyłą część kątnicy (dno to wchodzi do jamy kiszkowej), brzegi zaś utworzone przez dwie wargi jedna przednia, druga tylna łączące się pod kątem ostrym, idąc od zewnątrz do wewnątrz. Obie wargi łączy się zapomocą ciągłego szwu katgutem Nr. 3. Tym sposobem znika jama kątnicy. Chcąc uniknąć inwaginacji kiszki, dobrze jest połączyć linię szwu z otrzewną miednicową za pomocą dwóch szwów.

Autor zachęca do robienia powyższej operacji, przyczem nadmienia, że sam otrzymał dobre wyniki w szczególności u jed-

nej pacjentki, która prócz objawów ze strony kątnicy miała nerkę ruchomą, oraz opadnięcie innych organów.

*Wacław Biehler.*

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

53. Koellner. **Znaczenie alipiny w leczeniu chorób ocznych.** (Berlin. klin. Wochenschr. N-r 43, 1905).

Według badań autora już kropla alipiny w 5% roztworze wywołuje zupełnie dostateczne znieczulenie rogówki, które jest znacznie mocniejsze i trwalsze, niż po stosowaniu kokainy. Oddziaływania na wewnętrzne mięśnie oka przy tem nie zauważono; jeżeli zaś się stosuje większą dawkę i jeżeli się dodaje jakikolwiek bądź preparat nadnercza, to zawsze następuje pewne oddziaływanie na mięśnie wewnętrzne oka. Ciśnienie wewnątrz oka wcale się nie zmienia. Alipina daleko wcześniej zaczyna działać niż kokaina, nie wywołuje też skurczu, jak to czyni kokaina. Przy stosowaniu większych dawek mogą wystąpić przejściowe naloty na rogówce. Dalej autor opisuje najrozmaitsze operacye, które wykonał pod znieczuleniem alipiną.

*W. B.*

54. Spitzmüller. **Przyczynę do leczenia nerwobólów.** (Wiener. med. Wochenschr, N-r 40, 1905).

Autor opisuje świetne działanie podskórnego zastrzyknięcia półszprycki Pravaz'a następującego roztworu:

Rp. Cocaini 0,30

Aq. destillatae 20,0

Suprarenini guttas VI.

Najsilniejsze bóle nerwu trójdzielnego natychmiast ustępują. Zastrzykiwać należy albo do samego nerwu, lub też do najbliższej okolicy jego, jakoto: do nerwów infra- et supraorbitalis, mentalis et occipitalis. Zastrzykiwania autor powtarzał dziewięć razy i przez przeciąg 7 miesięcy—bóle wcale się nie powtarzały.

*W. B.*

55. Bennighoven. **Pastyłki z jodferzanu.** (Monatschrift für Harnkrankheiten und sex. Hygiene. Zeszyt 4, 1905).

Autor stosował pastylki z jodferzanu w przymiocie w okresie spóźnionym jako też i w drugim okresie, przeważnie w tych przypadkach, gdzie należało zaprzestać stosowania preparatów ręciovych, lub gdzie chorzy nie chcieli dalej poddawać się leczeniu ręcią. Wyniki u chorych małokrwistych były zachęcające; chorzy się szybko poprawiali i pomimo małej zawartości jodu następowało swoiste działanie takowego. Autor dawał dziennie cztery razy po trzy pastylki przed jedzeniem, odpowiada to ilości potasu jodowego 0,6 przez dzień, przez tydzień zaś 4,2, gdyż jedna pastylka zawiera 0,05 potasu jodowego i 0,2 ferzanu. Taki jest skład pastylek, wyrabianych dla dorosłych, oprócz tego wyrabiają pastylki także z czekoladą dla dzieci; zawierają one po 0,02 potasu jodowego i 0,25 ferzanu. Zatrucia jodem nie zauważono.

Sprzedaje się je w pudełkach po 100 i 50 sztuk.

*W. B.*

56. Pollak. **O sztucznie wywołanem climacterium—o wpływie tegoż na organizm.**

Autor robił szereg doświadczeń na króliczkach, przyczem zauważył, jak i wielu autorów przed nim, że wyjęcie jajników prowadzi do tycia zwierząt. Badając różne narządy takich zwierząt, Pollak przekonał się, że krople tłuszczu znajdują się we wszystkich organach, nie wyłączając serca. Mięśnie pozostają bez zmian w budowie, na brzegach tylko znajduje się tłuszcz—o zwyrodnieniu tłuszczowem niema mowy.

Autor nie chce twierdzić, że podobne zmiany zachodzą u kobiet, w każdym bądź razie przypuszcza, że w występowaniu zawrotów głowy, bicia serca, niepokoju, często anginae pectoris niemałą gra rolę serce, przeto radzi autor wszystkim tym pacjentkom, którym wycięto jajniki, unikać wszystkiego tego, co może źle wpływać na serce.

*M. B.*

(Monat. f. Geburtsh. u. Gynäk. Wrzesień, 1905).

57. **Brak miesiączki jako wczesny objaw ogniska chorobowego w mózgu.**

Wiadomą jest rzeczą, że w wielu przypadkach zaburzeń w czasie miesiączki, w szczególności przy utraceniu tejże, dają się zauważyć objawy ze strony układu nerwowego: osłabienie słuchu, wzroku, paraliż kończyn itp. W szczególności notowano zaburzenia ze strony wzroku (Duhenne, Forster, Klopstock, Cohn i w. in.).

Zachodzi pytanie, czy zatrzymanie miesiączki i cierpienia oczu

nie pochodzą od jednej i tej samej przyczyny. Karafiak, lekarz węgierski, opisał przypadek, w którym zupełna ślepotą poprzedzona była zawrotem głowy w czasie miesiączki, następnie brakiem tejże.

Schmidt-Rimpler miał chorą, która nie miała nigdy miesiączki i cierpiała na zanik nerwu ocznego. Podobne 4 przypadki opisuje Axenfeld. Inni znów autorowie opisują przypadki, w których chore, u których na sekcji znaleziono nowotwory w mózgu, nie miały miesiączki po kilka miesięcy.

Opierając się na licznych danych z literatury, asystent Strümpf'a we Wrocławiu, Müller badał stan miesiączki u wszystkich chorych, które przyjęte były z rozpoznaniem *ogniska chorobowego w mózgu*; otóż, w przeciągu 18 miesięcy zebrał 5 przypadków, w których wpływ nowotworu na miesiączkę był wyraźny.

U wszystkich tych chorych, u których sekcyja wykazała nowotwory—choroba zaczęła się od tego, że miesiączka się nie pojawiała—połączone to bywało z wymiotami, zawrotem głowy itp., tak, że niektóre pacjentki myślały, iż zaszły w ciążę.

Tak więc należy przypuszczać, że zatrzymanie miesiączki u osób, które były zupełnie zdrowe i u których miesiączka była zawsze regularna—może być wczesnym objawem nowotworu mózgu, w szczególności, jeśli ten ostatni zajmuje podstawę mózgu w sąsiedztwie hypophysis—a także objawem wodogłowia z ostrym zanikiem wzroku.

W każdym bądź razie przed postawieniem rozpoznania odnośnie do nowotworu na zasadzie braku miesiączki, należy zbadać chorą dokładnie (w szczególności narządy płciowe) i upewnić się, że żadna inna przyczyna braku miesiączki nie istnieje. *Matylda Biehler.*

(Sem. méd. N-r 47, 1905).

*Przypisek ref.* Jeżeli brak miesiączki niektórzy autorowie uważają, jako wczesny objaw nowotworu mózgu, to, czy nie możnaby przypuszczać, że i nowotwory mleczajowego mogą wywołać podobne zaburzenia. Nie chcę się wdawać obecnie w bliższe szczegóły i zastanawiać się nad tem, co jest przyczyną, a co skutkiem—nadmienię tylko, że miałam chorą, u której sekcyja wykazała gliomat mleczajowego. Za życia chorej postawione było rozpoznanie myelitis transversa. Wszystkie objawy tego cierpienia poprzedzone były ustaniem miesiączki, nudnościami, zawrotem głowy, bólem w krzyżu, co naprowadziło na podejrzenie ciąży (w dodatku chora nie chciała się dać zbadać dokładnie).

## HYGIENA PUBLICZNA.

W sprawie kolonii zimowych dla dzieci <sup>1)</sup>

napisał

D-r J. Jaworski.

Wyjątkowe warunki, jakie obecnie kraj nas przeżywa, składają się na to, że uboższe warstwy ludności wielkowiejskiej, pozbawione zwykłych zarobków z powodu ciągłych bezroboci, a w następstwie, ograniczenia produkcji w zakładach przemysłowych, znajdują się od pewnego czasu w bardzo ciężkiem położeniu materialnem.

Szczególniej głód i chłód, a w ogóle bieda, dotyka rodziny robotnicze, obarczone większą rodziną.

Podczas ostatniego dłuższego bezrobocia u nas, Warszawa zorganizowała Komitety ratunkowe dla najuboższej ludności, która otrzymywała, jak wiemy, produkty spożywcze i opał w naturze.

W przedsięwzięciu tem, w tej akcji ratunkowej, okazali pomoc bardzo skuteczną zarówno obywatele ziemscy, jak i włościanie z różnych okolic kraju. Same Komitety te uległy w następstwie reorganizacji, nie zaprzestały jednak i w ciągu dalszym swej działalności, lecz w chwalebne dążeniu wspomagania najbardziej potrzebujących, szukają coraz nowych dróg, sposobów i środków zaradzania zwiększającej się nędzy.

Nie wszystkie jednak zamierzenia posiadają jednaką wartość praktyczną. Nie wszystkie projekty, choć zrodzone z najzacieśniej intencji, w wykonaniu okazać się muszą chybnymi; muszą zawieść, a nawet ich urzeczywistnienie osiągnąć nie może zamierzonego celu.

Do rzędu projektów takich zaliczam, tak nazwane „doraźne kolonie zimowe,” o których od dni kilku tyle się w Warszawie mówi i pisze.

W odezwach przed oddzielnymi członkami Komitetu pomocy ogłoszonych, czytamy między innymi, że grono ludzi dobrej woli powzięło zamiar postarać się dla dzieci ubogich *o kąpiel ciepłą i łyżkę strawy na wsi.*

Projekt kolonii zimowych w ogólnych zarysach przedstawia się, jak następuje:

1) Potrzeba, aby na ręce wydziału kolonii zimowych przy warszawskim Komitecie pomocy ludzkiej dobrej woli przysyłałi ze wsi zawiadomienie:

a) ile kto dzieci przyjąć może, b) w jakim wieku dzieci, c) na jaki okres czasu, d) jakie pomieszczenie, e) jaką opiekę dać może, f) ile kto dzieci umieści na wsi u włościan na swój koszt, g) gdzie

<sup>1)</sup> Wypowiedziane na posiedzeniu wydziału higieny ludowej w d. 24-I 1906.



i u kogo utworzona będzie zbiorowemi siłami okolicznych dworów ochrona i na ile dzieci.

2) Ażeby wezwanie o pomoc dla dzieci dotarło do wiadomości zamożniejszych włościan gospodarzy przez urzędy gminne, przez dwory i księży, którzy powinni zająć się przeprowadzeniem korespondencji w tej sprawie z komitetem.

3) Specjalna komisya zajmie się wyborem oopowiednich dzieci do wysłania; kandydaci przedstawieni będą przez naczelników okręgowych komitetu, którzy przez delegatów swoich zawiadomieni będą o najwięcej potrzebujących takiej pomocy.

4) Wszystkie dzieci przed wysłaniem ich na wieś poddane będą skrupulatnym oględzinom lęcarskim i kąpieli i opatrzone będą, w miarę możności, w ciepłą odzież.

5) Komitet postara się, aby przewóz dzieci kolejami odbył się darmo.

Widzimy z tego, że warszawski komitet pomocy postawił sobie za cel dostarczyć ubogim dzieciom miasta naszego „kąt ciepły i łyżkę strawy na wsi,“ innemi słowy, że mieszkańcy wsi, a więc, włościanie, obywatele ziemscy, a nawet, jak ktoś proponuje, proboszczowie po wsiach, mają według projektu tego, udzielić ubogim dzieciom warszawskim odpowiedniego mieszkania i pożywienia, prawdopodobnie, i właściwej, odpowiedzialnej opieki.

Nie wchodzę w szczegóły samego projektu; nie rozpatruję słuszności samej zasady wyzbywania się gromadnego dzieci proletaryatu wielkomięjskiego, drogą przetransportowywania ich na barki niezasobnych, boć tych jest najwięcej, wiejskich gospodarzy małorolnych. Nie poruszam również w tem miejscu tej strony kwestyi, o ile takie przebywanie „na garnuszku“ dzieci, już zastanawiających się, kilkunastoletnich, uważać można za rzecz pedagogiczną i dodatnio wpływającą na urobienie charakteru dziecka.

Mnie w tej chwili projekt doraźnych kolonii zimowych dla dzieci zajmuje ze stanowiska higieny. Projekt ten, w którym chodzi o ciepły kąt i łyżkę strawy dla dzieci warszawskich na wsi, nie wytrzymuje krytyki gdy weźmiemy pod uwagę warunki, w jakich ta wielka gromada dzieci naszego ludu wiejskiego wogóle żyje, t. j. zamieszkuje i żywi się.

Nasz wydział, który od chwili zawiązania, bada warunki bytu ludu wiejskiego posiada dokładne dane pod tym względem.

Terażniejsze mieszkania wieśniaków, jak wiemy, za nader nielicznymi wyjątkami, są wprost zaprzeczeniem najkonieczniejszych wymogów higienicznych. Izby wazkie posiadają małe okienka, wstawiane, a nie na zawiasach; nizkie drzwi; zamiast podłogi b. rzadko z heblowanych desek, najczęściej kładzie się tok gliniany, na jednym poziomie z powierzchnią otaczającego gruntu, a nieraz niżej, co stwarza warunki do wilgoci. W takiej izbie brak powietrza i światła, duszno i ciemno. Inaczej być nie może, ponieważ jedna izba, którą rozporządza rodzina włościańska, jest jednocześnie kuchnią, sypialnią i pralnią. W niej się przygotowuje zarówno jedzenie dla ludzi, jak dla trzody; w niej w zimie przebywa stale cała

rodzina, nieraz złożona z kilkunastu osób; w niej również w zimie i na wiosnę nasadzają drób na jajach, a nawet niekiedy tutaj dają trzodzie jeść.

Obok, w sąsiedniej ciemnej komorze, przechowuje się zapasy spożywcze, jako to: kapusta kwaszona, mąka, groch, kasza i t. p., a nadto i odzież i bielizna brudna.

W takim otoczeniu, w takich warunkach, wychowują się dzieci wiejskie, lichy odziane i obute, a nędźnie żywione, szukając „kąta ciepłego“ za piecem, lub na piecu, tego przytuliska w czasie srogiej zimy, którem się podzielić mają z kolonistami warszawskimi.

O żywieniu się ludu wiejskiego, a tem samem dzieci na wsi, nie mam zamiaru się rozwodzić. Wiemy, że żywność wystarczająca do zachowania życia i zdrowia, np. dorosłych, zdrowych, silnych, może być całkiem niedostateczną dla dzieci słabowitych i delikatnych. Wogóle nie należy zapominać także, że dzieci strawę grubą znoszą źle, nie trawią. Wiemy także, że dzieci chorują i umierają z braku pożywienia w odpowiedniej ilości i jakości daleko częściej i prędzej, niż dorośli; mężczyźni łatwiej niż kobiety, a oboje ostatni prędzej, niż starcy.

Lud nasz żywi się źle. Przed laty prof. Cybulski na podstawie badań, wyprowadził wniosek, że  $\frac{4}{5}$  ludności wiejskiej żyje w półgłodzie.

Wynika z tego, że warunki bytowe dzieci naszych włościan tak pod względem zamieszkiwania, właśnie w zimie, jak i pod względem żywienia, są zarówno złe, a może okolicami znacznie gorsze, niż proletaryatu wielkowiejskiego, że choćby tylko z tych względów tak zamierzone kolonie zimowe, jak chce ów projekt, są zamierzeniem, acz w najlepszej myśli i intencji poczętem, ale zupełnie chybionem, nie posiadającym podstawy ani z punktu widzenia ekonomicznego, ani zdrowotnego.

Projektowane zakładanie po wsiach ochron dla tych kolonistów dowodzi, że komitet nie świadom jest nastreczających się trudności pod tym względem nawet w czasach mniej anormalnych niż dzisiejsze.

Mojem zdaniem rozwiązanie przynajmniej w pewnym stopniu kwestyi pomocy dla dzieci proletaryatu Warszawy podczas b. zimy, nastąpić może nie za pomocą doraźnych kolonii po wsiach, lecz drogą otwierania w Warszawie sal zajęć, sal zabaw, prywatnych azylów, przy których, albo dla których dostarczania posiłku podjąć się mogą już istniejące—kuchnie stałe i ruchome.

Towarzystwo ogrodów, imienia Rau'a, pod egidą Towarzystwa Hygienicznego, działające, w tym właśnie kierunku rozpocząć także akcyę ratunkową—powinno.

To jednak nie stanie na przeszkodzie, aby równolegle i jednocześnie i inne instytucye, wogóle losem dzieci się zajmujące, rozważnie i celowo obmyśliły współdziałanie w tym kierunku.

*Dopisek autora.* Według odpowiedzi w prasie codziennej na te zarzuty, kolonistami zimowisk wiejskich mają być: „Warszawskie

sieroty zupełne, lub pół-sieroty, żebracy zawodowi, ta nędza, „co na dnie żyje.“ Zamieszkiwać oni mają „dworki szlacheckie i obywateli, które są stokroć lepsze od zgniłych suterren w Warszawie, a także... domy pachciarzy.“ Koloniści dostaną od włościan „nie-fałszowane“ mleko, (którego włościanie swoim dzieciom skąpią). Opiekować się kolonistami będą miejscowe komitety wiejskie, t. z. „Gniazda“ (niby kukułcze...). Jednem słowem będzie tam istne Eldorado!

Tyle korzystnych warunków nie osiąga tak łatwo, nawet za duże pieniądze, które wydawać musi, biorąc rzeczy seryo i poważnie, tak doświadczona instytucya, jaką są kolonie letnie dla słabowitych dzieci, prowadzące po wsiach dla kolonistów własne gospodarstwa i posiadające specjalny personel pedagogiczny, lekarski i organy kontroli—wszystko płatne.

Dificile est satyram non scribere.

---

## ODCINEK.

---

# Medycyna w Marokku.

---

Wyjątkowo zdrowy klimat sultanatu Marokańskiego nie broni jednak mieszkańców tegoż od licznych chorób, z których wiele panuje nagminnie. Tu należą choroby weneryczne, zimnica, cierpienia żołądka, gościec, ospa, trąd, glisty, choroby oczu i przeróżne sprawy zapalne. Nędza i ciemnota, jaskrawość różnic w sytuacji społecznej, ucisk polityczny i t. p. czynniki ujemne zniweczyły wpływ błogi przyrody i z krainy, uposażonej obficie, wytworzyły najmniejszy na głębie zakątek.

A przedewszystkiem na uwadze mieć trzeba, że zakorzeniony u mahometan głęboko przesąd religijny poprostu wzbrania walczyć z chorobą, jako z dopustem Bożym, wszelkie zaś przeciwdziałanie tejże ze strony człowieka uważa się za nieużyteczne całkiem zuchwalstwo. Dla wiernych, zresztą, życie ziemskie mało posiada na ogół wartości, czcicieli bowiem Ałłacha czeka inne, nierównie cenniejsze, życie za grobem. Z notatek d-ra Rohlf's'a, który przez długie lata był lekarzem przybocznym sultana, dowiadujemy się, iż ze staromaurytańskiego lecznictwa nie pozostało już ani śladu. Nadto książnice w Fezie były dlań zamknięte. Współcześni mędracy muzułmańscy nie wiedzą nic o średniowiecznych lekarzach arabskich, którzy tyle zdziałali w zakresie medycyny i chirurgii (operacje kamienia, tracheotomia). Nazwiska Avicenny i Avervesa pustym stały się dźwiękiem, zeszyły z ust „uczonych“ Marokka na wieki.

Nawiedzonych chorobą leczy się tedy przede wszystkim cytami z Koranu i nawieszaniem amuletów. Papier z wypisanymi nań wierszami wyroczeni Mahometa zmywa się, nim atrament wyschnie, a chory pije skwapliwie święconą wodę taką, nawet połyka recepty. Powodzeniem wielkiem cieszy się przyżeganie grzbietu rozpalonem żelazem, stosowane przez osoby udyplomowane godnościami takimi, jak Taleb (literat), Faki (teolog), lub Szeryf (potomek proroka). Do czarodziejskich zaklęć tych ostatnich przywiązuje się wagę największą. Gdy pacjent cierpi zbyt długo, składa wówczas w odludnem miejscu czarnego koguta złym duchom na pożarcie (vide kult Sokratesa); gdy choroba dręczy kobietę, wynosi się i puszcza na pustkowiu czarną kurę.

W razie porodu trudnego w rodzinie jakiejś przez ulice miasta przeciągają dziewczęta małe z jajem kurzym w rękę, śpiewają i modlą się. Przechodnie podchodzą i jaja polewają wodą. Wysuszone zioła i trawy, odwary różne, napoje cudowne, sproszkowana skóra żmij, tłuczony „sok nasienny pereł“ należą też do arsenału środków ulubionych. Biegunkę i choroby żołądka leczą oliwą.

Dla uzyskania prawa na praktykę chirurgiczną żaden z wyszczególnionych tytułów naukowych nie jest koniecznym. Rany goi się tłuszczami, szeregiem maści, a nawet łajnem wolem. W przypadkach złamań powikłanych chirurg marokański, nie zaprzatając sobie głowy wyciąganiem z rany drzazg kostnych lub kuli, nakłada opatrunek unieruchamiający, t. j. opaski ze skóry owczej lub koziej z wszytymi w nią sztabkami drzewa, poczem wszystko oblepia gliną. Czasami złamania goją się, choć kończyzna zrasta się, oczywiście, krzywo. Amputację uważa się za grzech. Nogi i ręce, odrabane za karę, grzebie się w ziemi starannie, by ułatwić członkom tym zmartwychwstanie na sąd ostateczny w całości. Dla powstrzymania krwotoku kikuty zanurza się w oleju wrzącym lub roztopionem maśle: antyseptyka nie znana jest zupełnie.

Aptek niema wcale i doktor sam przygotowuje leki. Ponieważ dostojnicy „wolnego Państwa Marokka“ boją się trucizny na każdym kroku, żądają zatem zawsze, by medyk wychylił w ich oczach część przyrządzonego przezeń leku. W tym celu lekarz stawia się u chorego nieraz z porcją podwójną i naraża na skutki całkiem niepożądane.

Z przewożeniem chorych nie zadają sobie trudności zbytecznych. Na grzbiecie muła układa się klienta w poprzek, pod krzyż i głowę układa się worek ze słomą, przymocowany z prawej i lewej strony do siodła. W pozycji tej pacjenta, zwróconego twarzą do słońca, wiezie się godzinami całemi. Szpitali posiada kraj ów ilość minimalną. Na zaznaczenie zasługuje, wreszcie, okoliczność tego rodzaju, że między bardzo licznymi kobietami haremu sułtana nie napotyka się prawie wcale chorób poważniejszych.

*K. Niedzielski.*

## Z kroniki wojny ubiegłej.

### I.

(Kn) Ze sprawozdania przykomenderowanego do armii rosyjskiej lekarza sztabu d-ra Schäfer'a wynika, że straty rosyjan były, na ogół biorąc, badzo znaczne i stanowiły 30 do 75% liczby walczących. Nadzwyczajnie częste postrzały głowy tłomaczą się trzymaniem wojsk wśród walki w szańcach polowych. Stosunek zabitych do rannych wynosił 1:4 lub 1:6. Na skutek wprowadzenia w akcyę przez japończyków ciężkiego kalibru dział fortecznych i okrętowych żołnierze otrzymywali nieraz urazy nader rozległe, za to postrzały karabinowe goją się i goiły prędko. Akcyja ratunkowa wśród ognia była utrudnioną niezmiernie. Punktów opatrunkowych w rowach strzelniczych nie urządzano prawie wcale, z obawy, by nie wpadły w ręce nieprzyjaciela, inny zaś teren, skutkiem zbyt wielkiej dostępności swej, nie nadawał się do opatrunków zupełnie. To też lekarze i obsługa sanitarna zraszała nieraz pola bitew krwią swą obficie. Ranni stawiali się na główny punkt opatrunkowy, brocząc krwią, często nie opatrzeni wcale. Przynoszono ludzi ze złamaniami bez szyn unieruchamiających. Masowy napływ potrzebujących pomocy, ustawiczne cofanie się i inne t. p. warunki niepomysłne czyniły zadanie personelu leczniczego jeszcze trudniejszym, tem więcej, że, spędzane w pracy uciążliwej, dnie i noce, po kilka z rzędu, wywoływały nie dające się opisać znużenie. Operacye też schodziły zawsze na plan ostatni; poprzestawano na podaniu pomocy doraźnej, na poprawieniu nałożonego na prędcę opatrunku, zaopatrzeniu w łbki połamanych kończyn. Na jednym z głównych punktów opatrunkowych, gdzie czynnym był d-r Ś. i gdzie zgromadzono 450 rannych, z instrumentów używano tylko nożyczek i pincet. Na punkcie tym wykonaną została jedna jedyna amputacya—w górnej  $\frac{1}{3}$  ramienia. Wielu lekarzy, czynnych również w ośrodkach większych, nie pamięta ani jednego wypadku tracheotomii, uretrotomii albo operacyi brzucha. Powszechnie też trzymano się metody zachowawczej, tak że z 63,346 rannych do 1-go stycznia 1905 r. operowanych naliczono tylko 322, co tworzy  $\frac{1}{2}\%$  zaledwie. Do najczęstszych należą operacye tętniaków i wyjmowanie ciał obcych; również trepanowano dość często w przypadkach strzaskania od postrzału wewnętrznej płyty czaszki (tabula interna) i zaważonych przez to zaburzeń ciężkich. Cierpienia przyranne były rzadkie; stwierdzano za to często odmrożenia skutkiem nie stojących na wysokości zadania środków przewozowych u rosyjan. Znakomicie wytrzymały próbę t. z. opatrunki kieszonkowe, małe z gazą, watą i opaskami pakunki, w które

zaopatrzone były każdy żołnierz. Z materiału tego pomoc dorazna czerpała obficie. Gdzie niedzie, wreszcie, notowano pojedyncze przypadki dżumy.

## II.

Zadanie lekarzy wojskowych rosyjskich, jak twierdzi d-r Pusep, już z natury rzeczy bardzo ciężkie, wikłało się więcej jeszcze pod wpływem wielu czynników ujemnych. Autor zaznacza przedewszystkiem narażenie lekarzy na ogień nieprzyjacielski, to też 21 z nich poniosło śmierć w bitwie pod Mukdenem. Niezliczone masy rannych, absolutna niemożność uczynienia zadość najelementarniejszym wymaganiom czystości ze strony ciała własnego, brak wody podczas upału i zamieci z piasku, piekielna plaga much i robactwa, burze śnieżne i mróz, od którego drętwiało wszystko—oto tło, na którem pracę lekarzy zarysowały losy. W obec najzupełniejszego wykluczenia z rachuby zabiegów aseptycznych, stosowano, z konieczności mocne roztwory środków odkażających.

## III.

D-r Bernt Lönnqvist (St.-Petersb. Med. Wochenschr.), jako lekarz główny pielęgniarskiego związku fińskiego, przebywał podczas wojny w Gundżulinie, w Mandżurji, w lazarecie, oddalonym o 280 wiorst na południe od Charbina. Spostrzeżenia swoje autor opiera na 250 rannych, którymi opiekował się. Trafieni kulą z małokalibrowego karabinu japońskiego żołnierze oświadczaży zgodnie, że w chwili uderzenia pocisku otrzymuje się wrażenie pchnięcia lub drgawki, przyczem ból w chwili pierwszej i potem jest bardzo nieznaczny. Daleko więcej cierpieli ludzie z pęknięciem trzonu kości kończyn. Postrzały płuc wywoływały u wielu przejściową utratę przytomności, wielu z poszkodowanych jednak, narówni z rannymi w brzuch, mogło o sile własnej przejść wiorst kilka w kierunku do głównego punktu opatrunkowego. Nieraz ranni żołnierze walczyli dalej; jeden z nich np. nie przerywał walki, pomimo otrzymanego pchnięcia bagnetem w nogę i złamania szczęki dolnej. W przypadkach ran postrzałowych głowy, pacyenci zawsze niemal tracili świadomość; postrzeleni w kręgosłup narzekali więcej na niedołęstwo swe skutkiem porażen, niż na bóle. Bardzo często znajdowano żołnierzy z wielką ilością ran, w niektórych bowiem starciach japończycy puszczali istny grad kul szrapnelowych. Urazy większych pni naczyniowych kończyły się zwykle powstawaniem tętniaków; krwotoki z naczyn obwodowych występowały niesłychanie rzadko. Krwotoki wewnętrzne stwierdzono po rozerwaniu wielkich naczyn klatki piersiowej i jamy brzucha u 6 rannych. Rany od szrapneli były wielkie, zainfekowane prawie zawsze i bardzo

bolesne. U poszkodowanych tego rodzaju występowały nieraz objawy tężca.

---

## Kronika bieżąca.

---

Zaczęli już powracać z Dalekiego Wschodu nasi lekarze. Wielu z nich poszukuje pracy. Natomiast wiele miast, osad, fabryk i t. p. pozbawione jest dziś lekarzy. Dla ułatwienia porozumienia się wzajemnego kancelarya Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego (Krakowskie Przedmieście 66, otwarta od 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 3-ej we wszystkie dni powszednie) przyjmuje adresy zarówno miast i instytucji, potrzebujących lekarzy, jak i lekarzy, poszukujących pracy.

Pożądane są od miast i instytucji: oznaczenie wysokości pensyi i dochodów stałych; wiadomość, czy lekarz będzie korzystał z bezpłatnego mieszkania, opału, światła; podanie odległości od najbliższej stacji kolejowej i najbliższych lekarzy, nazwisko poprzedniego lekarza, liczba ludności w danym miejscu; liczba recept wydawanych rocznie przez miejscową aptekę.

Od lekarzy pożądane są wiadomości: w którym roku i uniwersytecie ukończył nauki lekarskie; gdzie i w jakiej specjalności poprzednio pracował; czy jest żonaty, czy bezżenny (ze względu na mieszkanie).

Uprasza się inne pisma o powtórzenie tego zawiadomienia.

—jw— Z chorób epidemicznych liczne są w Warszawie przypadki błonicy oraz influenzy; ostatnia choroba ma na ogół przebieg długotrwały i dosyć ciężki z zajęciem dróg oddechowych i powolną rekonwalescencją.

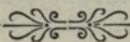
— Z d. 1 z. m. Przegląd Lekarski podpisuje jako redaktor główny prof. S. Ciechanowski, a dawny redaktor opuścił to stanowisko po 10-letniej, nader płodnej i użytecznej, pracy. Działalność kol. Kwaśnickiego polegała na znacznem podniesieniu poziomu pisma, które, szczególnie w ciągu 3 lat ostatnich, zrównać się mogło stanowczo z pismami zagranicznymi. Nowy redaktor, jako autor wielu cennych prac z anatomii patologicznej, jako jeden z głównych redaktorów Słownika lekarskiego i długoletni administrator Przeglądu, dał się już poznać ogółowi lekarskiemu. Jesteśmy pewni, że pismo, redagowane przez niego, będzie posiadało cechy tej sumienności i polotu, jaki stale dotąd ujawniał.

---

## Od Wydawców.

Kronika Lekarska będzie wychodzić w tej samej objętości i rozmiarach, co w latach ubiegłych, zwiększymy tylko dział spraw zawodowych, nie uszczuplając tekstu naukowego.

Od lat 2, jak i inne pisma, Kronika przechodzi kryzys i dalsze jej istnienie — a z placówki zajętej nie chcemy zejść do ostatka — zależne będzie od poparcia kolegów i regularnego wpływu prenumeraty. Upraszamy wobec tego sz. czytelników o rychłe wpłacanie należności zaległych oraz prenumeraty za r. b.



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

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

Istniejący od roku 1890

# DOM ZDROWIA

## K. Dobrskiego

w Warszawie, Aleja Róż 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

WIELKI WYBÓR

## Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

# J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.