

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

**TREŚĆ:** **Kazulstka.** Przyczynę do zastosowania t. z. lewara do wypuszczania wysięków z jamy opłucnej. Podał dr. A. CHEŁMIŃSKI. — Skuteczność uciskania jajników w różnych przypadłościach u hysteryczek. Podał dr. E. WOLSKI. — Przegląd biblijograficzny. ZIEMSEN'A: *Handbuch der allgemeine Therapie.* Ocenil B. SKÓRCZEWSKI. — **Streszczenia i wyciągi.** O przechodzeniu ciałek czerwonych krwi do naczyń chłonnych. Działanie pleśni na ustroj zwierzęcy. Nowe doświadczenia nad uprawą bakterij węglikowych w ziemi. Leczenie *ozaenae*. Cięcie osierdzia. Wycięcie dwóch metrów jelita cienkiego. Leczenie doszczętnie przepuklin zapomocą zastrzykiwań drażniących. Wyniki radykalnego operowania przepuklin. Bąblowiec świerzbiący po każdym zatrzymaniu miesiączki. Laparotomia z powodu wprowadzenia gęsięgo pióra do macicy. — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 15 b. m. O zatruciu kwasem karbolowym. — Wiadomości z medycyny publicznej i statystyki lekarskiej. Kanalizacja miast. (Dokończenie.) — Wiadomości z Cesarstwa. Petersburg. Medycyna ziemiańska. Dorpat. Odessa. — Zawiadomienie od komitetu etyki lekarskiej. — Ogłoszenia.

## K A Z U I S T Y K A.

Przyczynę do zastosowania t. z. lewara do wypuszczania wysięków z jamy opłucnej.

Podał A. Chełmiński, lekarz szpitala na Pradze.

Dnia 25 Stycznia b. r. w celu rostrzygnięcia wątpliwości co do kwe-  
styonowanego przezemnie sposobu wypuszczania wysięku z jamy opłucnej  
podanego przez kol. DUNINA w Nr. 41 MEDYCZNY z r. z., byłem obe-  
cnym przy dokonanej tymże sposobem operacyi.

Oddając hołd zasadzie „*suum cuique*”, czuję się być obowiązany do  
opisania chociaż w streszczeniu owego przypadku i zdania sprawy ze spo-  
strzeganego wykonania operacyi.

Julija Osuch lat 36, w szpitalu Dzieciątka Jezus na sali 6-jej pod  
Nr. 12. *Pleuritis exudativa dextra; nephritis.* W szpitalu pozostaje od 11-go  
Stycznia b. r. Cierpienie datuje od 2-eh tygodni przed jej przybyciem do  
szpitala. W chwili przybycia stan jej był groźny; 13-go przekłóto klatkę  
piersiową, wysięk był ropny, wypuszczono go 1200 ctm. W 3 dni potem  
znów objawy duszności w wysokim stopniu. 19-go drugi raz wypuszczono  
tyleż i takiegoż wysięku.

Chorą widziałem na 6-ty dzień po drugiem nakłóciu klatki pier-  
sowej, stan jej był rozpaczliwy. Wysięk do samego szczytu, zajmował całą  
prawą połowę klatki piersiowej. W wymiarach obu. połów klatki pier-  
sowej różnica tylko o 1½ centm.

Kol. R. CHEŁMIŃSKI, na którego sali znajduje się chora, zaprosił kol. DUNINA dla zrobienia trzeci raz koniecznością wskazanej thorakocentezy.

Przyrząd do tej operacji wygląda niezmiernie prosto. Trójgranic od przyrządu POTAIN'A z kawałkiem  $2\frac{1}{2}$  stopy długim sprężnikowej cewki.

Mieliśmy więc do rozstrzygnięcia pytanie: czy cewka ma i jakie znaczenie przy wydobywaniu płynu z jamy opłucni — o ile działa lepiej, niż gdy płyn wypuszcza się wprost za pomocą trójgrańca.

Cewka przymocowana do ramienia bocznego, napełniona wodą, koniec dolny zaciśnięty kweezerem. Po przebicciu klatki, wyjmuje się ostrze trójgrańca, a po zamknięciu kranika górnego ramienia i otworzeniu kweezera, wydobywa się z opuszczonej na dół cewki najprzód woda, a następnie strumień ciągły, równy wysięku. Zaciskamy znów kweezer, otwieramy kranik, przez co umożliwiamy wydobyć się płynu przez ramię górne trójgrańca i widzimy że: płyn wydobywa się, ale, z początku w czasie wydechu strumień grubszy i o promieniu większym niż przy wdechu, następnie podczas wdechu zaledwie się sączy, później wychodzi tylko przy wydechu, podczas zaś inspiracji zupełnie się przerywa. Znów zamykamy kranik, wracamy do pierwszej drogi i spostrzegamy, że płyn wydobywa się przez cewkę podobnie jak na początku. Przy kaszlu strumień grubieje, lecz fazy oddychania wpływu nań nie mają. Im wyżej koniec dolny cewki podnosimy, tem więcej strumień słabnie; cewka trzymana na poziomie punktu ułćcia wydała płyn tylko przy wydechu.

Wysięk był ropny, wypuszczono go 1200 ctm. Pod koniec operacji strumień był słabszy, lecz zawsze ciągły — opróżnienie jamy z wysięku przerywano wcześniej, nim sam się przestał wydalać.

Stwierdzonym więc został fakt, że u chorej ze sprężystą klatką piersiową, przy niezbyt długo zalegającym wysięku, za pomocą samego trójgrańca wydalić takowego było niepodobna. Nierozszerzające się przy wdychaniu płuco było przyczyną zmniejszonego ciśnienia w jamie i słabnięcia a później i przerywania się strumienia. Dodany zaś do ramienia trójgrańca kawałek  $2\frac{1}{2}$  stopy długiej cewki sprężnikowej, napełnionej wodą, zmienił postać rzeczy: wysięk wydobywał się strumieniem równym i nieprzerwanym.

Fakt ten możemy wytłumaczyć w sposób następujący: Jak wiadomo, ciśnienie płynu na ściany jest w stosunku prostym do wysokości jego słupa. Otóż ciężar słupa wysięku znajdując się w jamie opłucnej pod małym ciśnieniem w czasie wdechu, nie mógł, lub znośił słabo ciśnienie atmosferycznego powietrza na zrobiony otwór w klatce piersiowej. Gdy zaś dodano doń słup płynu  $2\frac{1}{2}$  stopy wysokości mający, wysokość jego, a zatem i ciśnienie na dolny koniec o tyleż musiało się powiększyć. Płyn party własnym ciężarem, ciśnieniem warstw wyższych i ciśnieniem pod którym zostawał w jamie opłucnej, przeważał ciśnienie atmosferycznego powietrza wyciekając z cewki strumieniem; z drugiej strony, zmniejszając w ten sposób zawartość jamy, zmniejszył nacisk na płuco, usunął jego nierozszerzalność pomagając mu do rozděcia się i zajęcia opróżnionego

przez siebie miejsca. To ostatnie można było stwierdzić wysłuchując klatkę *resp.* płuco prawe zaraz po skończonej operacji.

Zapewne, że przy zupełnym zapadzie płuca i skostnieniu klatki, walka z równowagą byłaby trudniejszą, cewkę trzebaby przedłużać lub udać się do pomocy przyrządu bezwzględnie aspiracyjnego.

Sposób ten w danym razie nie pozostawił nic do życzenia i zasługuje na jak największe rozpowszechnienie jako: prosty, łatwy, tani, pozwalający z łatwością regulować prędkość opróżniania jamy oplucnej z wysięku, i—nie szkodzący, gdzie pomódz nie może.

### Skuteczność uciskania jajników, w różnych przypadłościach u hysteryczek.

Niewinna ta manipulacja, powszechnie znana, prawie codziennie bywa stosowaną w szpitala Salpêtrière, z dobrym wynikiem dla usunięcia różnych świeżych kontraktur u hysteryczek. Przypadek, który zamierzam podać do wiadomości czytelników, zasługuje na uwagę z tego względu, iż cięższe objawy hysteryczne jako to: *Hemiplegia*, *Hemianaesthesia* i mięśniowe kontraktury, li tylko przez nacisk jajnika zostały usunięte. Chora lat 22, podległa od kilku lat napadom hysterycznym, które w ostatnim czasie stały się codziennymi. W następstwie jednego z nich, 26 Grudnia r. z. pozostała zupełna utrata czucia i ruchu w kończynach prawej połowy ciała. W nocy dnia 31 nowy napad wywołuje szczękoscisk (*trismus*). Przywołany dr. BOURNEVILLE znalazł stan następujący: *Hemianaesthesia et Hemiplegia dextra*, sztywność stawów, *Trismus*, *Hyperaesthesia ovariorum*.

Podczas kilka minut trwającego nacisku na jajnik prawy, szczękoscisk ustępuje, język chora może wysuwać, lecz skoro nacisk powstrzymano, szczękoscisk wracał. Po małym odpoczynku, rozpoczęto na nowo wywieranie nacisku na prawy jajnik jak poprzednio, szczękoscisk ustępuje i prócz tego wraca czucie i władza w kończynie górnej, którą chora swobodnie podnosi. Powstrzymawszy nacisk można było widzieć: 1) Szczękoscisk więcej nie pojawił się. 2) Czucie powróciło: na twarzy (skóra i błony śluzowe), na szyi, ramieniu i tułowiu prawej strony. 3) Władza w kończynie górnej i dolnej prawej powróciła: chora może podnieść ramię i zgiąć kolano. Takie polepszenie zachęca do dalszego wywierania nacisku, tak że wkrótce można było zauważyć zupełne ustąpienie bezwładu i powrót czucia w całej połowie ciała. Chora podniosła się i mogła dobrze chodzić.

Ze spostrzeżenia tego widzimy, iż w wielu podobnych przypadkach, lekarz wykonywając dokładnie i przez odpowiedni czas nacisk, a w razie niepowodzenia, powtarzając kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu tę manipulację, ku wielkiemu zdziwieniu otaczających, uwalnia chorą od tych przykrych przypadłości.

*Emil Wolski.*

Paryż d. 10 Stycznia 1881 r.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Handbuch der Allgemeinen Therapie *bearbeitet* von BAUER, BUSCH, ERB i t. d.  
herausgegeben von H. v. ZIEMSEN. Leipzig 1881.

Ocenil dr. B. Skórczewski.

Wydawnictwo szczegółowej patologii i terapii ZIEMSEN'A ukończywszy swe zadanie w 16 wielkich tomach, wydaje obecnie, jako uzupełnienie tego dzieła, czterotomowy podręcznik ogólnej terapii. Myśl to bardzo piękna i użyteczna, gdyż wskazówki terapeutyczne, podawane przy poszczególnych chorobach, musiały być bardzo ogólnikowe, a nigdzie nie było tam miejsca na obszerniejsze opracowanie najważniejszych działów nauki o leczeniu, która w ostatnich czasach wzbogaciła się ważnymi zdobyczami, i stanowczo zwróciła się do kierunku dyjetetyczno-higijennicznego. Ten też kierunek widzimy w planie wydawanego podręcznika, w którym leczenie przetworami aptecznymi uboczne zajmuje miejsce, a główna myśl skierowana jest do celu, aby postawić chorego w takich warunkach ogólnych, któreby zwykłymi, fizjologicznymi czynnikami zdolały usunąć chorobowe zaburzenia.

Plan tego dzieła jest następujący. Tom I rozpada się na 4 części: 1) Dyjetetyka. 2) Leczenie przeciwgorączkowe i przeciwzapalne. 3) Stosowanie leków na skórę, w skórę i pod skórę. 4) Leczenie wdychaniem (*Respirations-therapie*).

W tomie II znajduje się: 1) leczenie klimatyczne i kąpielowe; 2) podróże morskie; 3) leczenie wodą (*Hydrotherapie*).

III tom obejmuje elektroterapię.

W IV tomie opisaną będzie gimnastyka lecznicza i ogólna terapia miejscowych zbroczeń w krążeniu (*Antihydropsica, diaphoretica* i t. p.)

Dotychczas wyszły trzy książki, i o tych chciałbym parę słów pomówić.

Tomu I-go część 2-ga str. 326 i część 3-cia stron 106 p. n. *Antipyretische Heilmethoden* von C. LIEBERMEISTER. *Antiphlogistische Heilmethoden* von Th. JÜRGENSEN. *Percutane, intracutane und subcutane Arznei-Application* von EULENBURG.

Już same nazwiska autorów budzą zaufanie do tej książki. Każdy z nich obiera sobie dział, w którym od lat wielu jest znanym z prac bardzo poważnych i sumiennych. Najpierw występuje autor znakomitego dzieła „*Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers*”. 1875 str. 690. Od tego czasu wzbogacił się przez te kilka lat nowymi szeregami doświadczeń własnych lub też wykonanych przez innych badaczy, i cały zasób wiedzy w tym przedmiocie streszcza na 140 stronnicach. Na tak małej przestrzeni papieru znajduje się tam wszystko, co w leczeniu gorączek może mieć donioślejsze znaczenie. Za główny środek uważa LIEBERMEISTER zimne kąpiele, dlatego też przeważnie zastanawia się nad ich działaniem, ocenia rozmaite sposoby ich użycia, a potem dopiero przechodzi do przetworów aptecznych: jak chinina, kwas salicylowy, naparstnica, ciemierzca (*veratrina*) i t. d., a zakończy wskazówkami odnoszącymi się do dyjety gorączkujących. Po tych uwagach ogólnych zastanawia się w rozdziale IV nad różnymi szczegółami przy zastosowaniu tych środków, ich wyboru i sposobu użycia w danym przypadku chorobowym. Słowem znajduje się tam wszystko, co o leczeniu gorączek powiedzieć było można: a tak zwięźle i jasno jest to przedstawione, jak to uczynić może tylko ten, kto tyle poświęcił pracy celem zbadania danej kwestyi, co LIEBERMEISTER leczeniu przeciwgorączkowemu.

Równie zupełnego zadowolenia doznaje się po przeczytaniu pracy JÜRGENSEN'A o leczeniu przeciwzapalnym. Po wstępnych uwagach o różnych środkach skierowanych do celu, aby uśmierzyć miejscowe zapalenie, obszerniej zastanawia się autor nad upustem krwi, nawiązując spostrzeżenia kliniczne na zdobycze fizjologii experimentalnej. W końcu ocenia wartość operacji wprost przeciwnej — przetaczania krwi — transfuzji. Ten przedmiot zajmuje połowę tej części książki.

Niepodobną do spełnienia jest rzeczą podanie w streszczeniu poglądu JÜRGENSEN'A na leczenie zapaleń, gdyż jego sposób pisania jest tak treściwy a przytem jasny, że chyba musiałbym tłumaczyć całe ustępy tej książki. Jedno tylko zadziwia. Przy leczeniu zapaleń powszechnie uważamy za jeden z najważniejszych czynników działanie ciepłoty pod postacią zimnych lub gorących okładów. Tymczasem autor krótko i węzłowato odsyła czytelnika w tej sprawie do hydroterapii. Lubo jest w tem postępowaniu nieco słuszności, to przecież wypadło, choć jednym słowem wypowiedzieć swe przekonanie co do działania tego czynnika, bo tak wydaje się, jak gdyby go autor lekceważył. Tego jednak przypuścić nie można, jeżeli się zna poglądy JÜRGENSEN'A na ten dział terapii i jego wielkie na tem polu zasługi. Podobnie postępuje autor z elektroterapią. Być może, że to pochodzi ze zbyt-niej treściwości i ścisłości, z jaką JÜRGENSEN zwykł pisać. Tym razem jednak zaleta zamieniła się w stronę ujemną.

Trzeci dział tego tomu: *Percutane, intracutane und subcutane Arznei-Application* opracował EULENBURG. Przedstawivszy wynik różnorodnych badań nad chłoniem skóry, ostatecznie wnioskuje, że stosowanie leków na skórę, gdy przy takowem głównie zależy na doprowadzeniu leku przez chłoniem, tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach można uważać za racjonalne.

Dodatkowo wspomina autor o aquapunkturze, czyli przeprowadzeniu wody cienkim strumieniem za pomocą silnego ciśnienia przez nienaruszoną skórę, co uważa raczej za zabawkę. Podobnie zapatruje się E. na chemiczno-elektryczne metody: na elektrolityczną jako zupełnie bezpodstawną i kataroforyczną, jako sposób wątpliwiej jeszcze wartości.

W drugiej części krótko, bo zaledwie na 10 stronicach, przechodzi autor różne sposoby endermatycznego stosowania leków, gdyż mniema, że większą one mają wartość historyczną niż praktyczną. Dopiero w całej rozciągłości zajmuje się sposobami wprowadzania leków pod skórę (*Hypodermatische methode*). Bardzo szczegółowo rozбира E. wszystkie kwestyje odnoszące się do tego przedmiotu: opisuje różne narzędzia, podaje sposoby zastosowania i zastanawia się nad działaniem w ten sposób wprowadzonego leku, a w końcu szczegółowo omawia każdy z leków, który stosowano pod skórę: a jest ich szereg niemały, bo przeszło 60.

Z przeczytania całej tej książki odnosi się moralne zadowolenie, że dużo się z niej skorzystało, i że się jest świadomym wszystkiego, co dotychczas zrobiono na polu omawianych przedmiotów. Wpierw było to wszystko rozproszone po różnych czasopismach i dziełach, a tu wszystko jest zgromadzone, uzupełnione, przez ludzi najkompetentniejszych, i związane w bardzo udane całości.

Pod każdym względem odmiennie wypadła druga książka, mianowicie pierwsza część III-go tomu p. t. *Klimatotherapie* von dr. WEBER. *Balneo-therapie* von dr. LEICHTENSTERN.

W poprzedniej książce doświadczenia na zwierzętach i na ludziach służyły za podstawę do nakreślenia niemal każdego słowa, a w całości wiązały się poglądy na podstawie ogólnych praw zatwierdzonych przez naukę

fizjologii. Wszystko tam było skierowane do celów praktycznych, a opierało się na powadze nauki. W tej zaś książce przykro uczuwa się brak tych zalet.

Blizkie sąsiedztwo LIEBERMEISTER'A, JÜRGENSEN'A i EULENBURG'A bardzo jest niekorzystnem dla WEBER'A i LEICHTENSTERN'A, gdyż z porównania znakomitych prac pierwszych z pracami drugich wypływa, iż daleko silniej występują na jaw strony ujemne tych ostatnich. Na każdym kroku czuje się to, iż kiedy pierwsi są panami omawianego przedmiotu, to WEBER i LEICHTENSTERN szperają w książkach, i wypisują z nich różne zdania. Tamci ogólnem rysem obejmują całość, w której każdy szczegół kilku zwrotami mowy jasno naprzód występuje; ci zaś widzą w koło siebie same drobne szczegółiki, ale nie potrafią ich ze sobą powiązać: nie ukrywają też tego i układają swą pracę w sposób paragrafów, które WEBER oznacza nagłówkami a LEICHTENSTERN liczbami.

Klimatoterapia na 212 stronicach zajmuje się wszystkim, co ma choćby najdalszy związek z ogólną nauką o klimacie, a co z celami leczniczymi trudno nieraz choćby w najbardziej hypotetyczny sposób powiązać: a zato najmniej znajdujemy tam takich szczegółów, które bezpośrednio odnoszą się do terapii; czyli jestto klimatologia, w której ubocznie uwzględniano także klimatoterapię. Jeżeli z innych względów możnaby usprawiedliwić autora tem, że omawiany przez niego przedmiot nadto wiele nasuwa trudności do przezwyciężenia; to przecież nie znajdujemy żadnej podstawy do usprawiedliwienia sprzeczności tytułu książki z jej treścią.

Nadto spotykamy tam wiele błędnych pojęć o niektórych miejscowościach, co pochodzi najczęściej ztąd, że autor ich nie zna, i polega na sprawozdaniach lekarzy miejscowych. Ci mają ten niedobry zwyczaj, że zανάto są zakochani w swej rezydencji, widzą w niej nawet takie zalety, których ta miejscowość wcale nie posiada, a zato wcale nie widzą stron ujemnych. Ze WEBER nie zna miejscowości nawet bardzo uczęszczanych, na to dowodów w tej książce jest pod dostatkiem: wspomnę tylko o niektórych „Meran nie stare miasto lecz stacyja klimatyczna (taki rozdział wcale tam nie istnieje)... posiada kurhausy wśród ogrodów”. Tymczasem tam jest tylko jeden kurhaus i do tego nie w ogrodzie ale właśnie w starym mieście. Gries pomija lekceważąco: a przecież to wcale ładna miejscowość i pod względem klimatycznym bardzo korzystna. Wychwała zato Falkenstein (w prowincyjach nadreńskich), w którym niema żadnych wygód, ale wszędzie widnieje tam nędza i brudy: przytem zakład wodolecznicy jest maleńki i niezem się nie odznacza. Zανάto przecenia Wenecyję jako stacyję klimatyczną: w barwnym świetle przedstawia jej strony dodatnie, a przemilecza ujemne, których jest ilość niepoślednia. Przy Reichenhallu nie wspomina o przedmieściu Kirchberg, które się bardzo nadaje jako letnia stacyja klimatyczna. Utrzymuje WEBER, że Riva mogłoby służyć za stacyję klimatyczną na wiosnę, gdyż ta pora jest tam najmniej wietrzna; tymczasem powszechnie wiadomo, że właśnie w tym czasie najbardziej sroży się na jeziorze Garda wichry „Ora”. Do Arco poleca udawać się we Wrześniu, a wtedy tam jest jeszcze zbyt gorąco: dopiero od połowy Października zaczynają się tam chorzy zjeżdżać. Dziwnem się wydaje, że wychwała nędznie urządzony Falkenstein a o Arco wyraża się, że co tylko powstaje (*ist noch im Entstehen*).

Niechęć zbyt nudzić dalszem wyliczaniem tych różnych błędów, jakie zakraść się musiały skutkiem tego, że autor chciał napisać klimatologię (nie zaś klimatoterapię, jak ją nazywa) jedynie z opisów, a sam nie trudził się przynajmniej do tych miejscowości, które bywają najbar-

dziej uczęszczane, i o których każdy lekarz praktyczny musi mieć choć ogólne pojęcie.

Nagłąca jest potrzeba poważnie napisanej ogólnej *Balneoterapii*, tej potrzeby jednak wcale nie zaspakaja LEICHTENSTERN, powiedziałbym nawet, że jest przeciwnie, że ją jeszcze zwiększa. Nie miejsce tutaj po temu, abym się spierał z autorem, i punkt za punktem zbijał jego negatywne twierdzenia. W zasadzie każdy ze mną zgodzić się musi, że w podręczniku terapeutycznym, jak omawiana książka, powinny być podane, o ile to jest możebnem, same fakta, nie zaś zaprzeczania faktów powszechnie uznanych i stwierdzonych choćby empyryją; tem gorzej, gdy tego rodzaju przeczenia, jak w *Balneoterapii* LEICHTENSTERN'A nie opierają się na silnych podstawach naukowych, na licznych szeregach doświadczeń fizjologicznych i klinicznych, ale na widzimisię autora.

Nie przeczę, że w ogóle przeceniają znaczenie poszczególnych czynników balneoterapeutycznych, to jest złem; ale wydaje mi się, że daleko gorzej postępuje LEICHTENSTERN, który dlatego, że ani sam ani też inni nie wykonywali ścisłych doświadczeń fizjologicznych i klinicznych w różnych kierunkach z różnemi czynnikami, twierdzi, że te czynniki wcale nie działają lubo dotychczasowa empyryja inaczej poucza. Mojem zdaniem byłoby lepiej, gdyby autor w tego rodzaju książce, jak jest omawiany ZIEMSEN'A podręcznik terapii ogólnej, zamiast nużyć czytelnika samemi rozumowaniami wywodami a nie opartymi na faktach, wprost powiedział, że *Balneoterapia* nie istnieje, tylko *hydro- albo termoterapia*, swoje zaś zapatrywania mógł wpierv poddać pod sąd ogólny za pośrednictwem czasopism lekarskich.

Co tylko opuściła tłocznię drukarską trzecia książka II tomu część 3-ia p. n. *Hydrotherapie* von dr. WINTERNITZ. Chętniebym o niej pomówił, jako o dziele znakomitem, ale uprzedził mi już dr. SOKOŁOWSKI (*MEDYCINA* 1879. Nr. 6 i 1880. Nr. 8). Jestto bowiem streszczenie dwutomowego dzieła, które wyszło przed rokiem. Przytem wiele zyskała ta hydroterapija w tem nowem wydaniu, bo się w różnych kierunkach jeszcze uzupełniła, wygładziła i większej nabrała jednolitości. Jestto pierwsza książka o tem przedmiocie napisana naukowo a praktycznie.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**O przechodzeniu ciałek czerwonych krwi do naczyń chłonnych.** Na posiedzeniu Akademii nauk w Paryżu d. 28 Grudnia r. z., przedstawiono pracę d-ra LAULANIE'A, w której autor na drodze doświadczeń wypowiada następujące wnioski:

1) Koniecznem następstwem zatkania (*obliteratio*) naczyń krwionośnych jest przechodzenie ciałek czerwonych krwi do naczyń chłonnych sąsiednich.

2) Od chwili zatkania naczynia do ukazania się ciałek krwi w limfie ubiega czas względnie dość długi (około 12 godzin), w ciągu którego wytwarzają się połączenia sztuczne między naczyniami krwionośnemi i chłonniemi, jeżeli nie istnieją, jak to twierdzi SAPEY, połączenia naturalne, które powiększają się jedynie pod wpływem zastoju krwi w zatkanem naczyniu.

3) Liczba ciałek czerwonych wzrasta z chwilą ukazania się ich w limfie w ciągu pierwszych 40 godzin, dopóki nie dojdzie do ilości średniej (70—80 w jednym polu drobnowidzowem).

4) Zjawiska fizjologiczne jak żucie, któremu towarzyszy zwiększenie szybkości krwiobiegu i ciśnienia krwi, wyraźnie zwiększają przecho-

dzenie ciałek czerwonych, a nie wywierają żadnego wpływu na liczbę ciałek białych.

5) Wpływ układu nerwowego na to zjawisko nie został dotąd jeszcze wykazany.

(Gaz. hebdom. de Med. et Chir. 1881—1). J. R.

**Działanie pleśni na ustroj zwierzęcy.** Próby robione przez P. GRAWITZ'A ze zwyczajną pleśnią (*Penicillium glaucum*, *Eurotium gl.*) przekonały że twory te wprost do naczyń krwionośnych u psów i krolików wprowadzane, żadnych pathogenicznych wpływów niewywierają. G. starał się za pomocą rozmaitych modyfikacyj w uprawie owych pleśni ich naturę zmienić. Przeprowadziwszy taką kulturę przez 12 generacyj doszedł do tego, że rzeczzone pleśnie okazały się zdolnymi do rozwoju w świeżej krwi zwierzęcej przy ciep. 39° C. Postacią i wielkością te zmodyfikowane pleśnie niczem się od zwykłych nieróżnią, ale nie są już zdolne rozwijać się na kwaśnym chlebie w zwykłej ciepłocie pokojowej, a za to w układzie krwionośnym zwierząt ciepłokrwistych, we krwi alkalicznej bujają i szerzą się jak najzjadliwsze pasożyty. Po 75 do 100 godzin zwierzęta którym ową zmodyfikowaną pleśń do krwi wprowadzono zdychają, w skutek ogólnego zakażenia grzybkowego (*mycosis aspergillina*). W całym ciele tych zwierząt znajdują się ogniska z rozrodzenia się pleśni powstałe. Są to jednak wszystko wytwory rozrostu z *mycelium* a nigdzie niema owocowania (*Sporenschnürrung*). Ta patogeniczna postać pleśni stopniowo w ustroju zwierzęcym traci swą zdolność rozrastania się i po kilku generacyjach całkiem patogeniczną być przestaje, co może posłużyć do objaśnienia przebiegu pewnych epidemij.

(Referat z Arch. VIRCHOW'A 1880 w B. kl. W. 1881. Nr. 4). St. M.

**Nowe doświadczenia nad uprawą bakterij węglikowych w ziemi,** dokonane przez COLIN'A (z. Alford) przedstawione Akad. paryzkiej zdają się w zupełności przeczyć doświadczeniom PASTEUR'A, co do przechowywania się zarodników węglikowych w ziemi, w której zakopano zwierzę padłe z zarazy węglikowej. C. robił doświadczenia na 98 sztukach zwierząt, użytych do 5-ciu odrębnego rodzaju poszukiwań, które wykazały że żadne z nich nie przedstawiało najmniejszego objawu węglika. Jedno tylko zachorowało i zdechło po zastrzyknięciu mu pod skórę wody użytej do przepłókiwania ziemi nasiąkłej wytworami zgnilizny trupów węglikowych, lecz nie przedstawiało ono żadnego z objawów węglika; krew nie zawierała ani śladu bakterji, ani też nie posiadała własności zakażających.

(Gaz. des hôpit. 1881—11). S. Perkowski.

**Leczenie ozaenae.** Już w roku 1878 GOTTSTEIN, prywatdocent wrocławskiego uniwersytetu, wskazał tamponadę jako środek leczniczy w rozmaitych sprawach przewlekłych w jamie nosowej. Obecnie powraca do tegoż przedmiotu. Zdaniem G. niema ozaeny bez chorobnych zmian w jamie nosowej lub jamach sąsiednich, a przyczyną cuchnienia mogą być najrozmaitsze sprawy tak dyskrazyjne jak i niedyskrazyjne. Dlatego przedewszystkiem autor który odrzuca w ogóle nazwę „ozaena” odróżnia *rhinitis* prostą i *rhinitis foetida* a dalej *rhi. ulcerosa*, *necrotica*, *atrophica* i *hypertrophica*. Postacie te jednocześnie występować mogą i wszystkie mogą być przyrody dyskrazyjnej lub niedyskrazyjnej. Rokowanie jednak i leczenie w różnych tych postaciach winno być całkiem różne. I tak postać polegająca na cierpieniu chrząstek i kości bywa mylnie poczytywana nieraz za prostą postać przerostową polegającą na hyperplazji błony śluzowej. Tymczasem nietylko że pierwsza z tych postaci jest co do rokowania gorszą, ale nadto zwykłe leczenie galwanokaustyką okazuje się skutecznem jedynie tam, gdzie sama tylko błona śluzowa cierpi. Zgrubienia na cierpieniu chrząstek i kości polegające, przy badaniu zgłębnikiem twardymi się okazujące, nieraz doprowadzają do próchnienia i przedziurawień ale bynajmniej niezaawsze; a jeżeli sprawa kończy



się zgrubieniem to napozór pomiędzy tą postacią a czystym przerostem bł. śluzowej różnicy niema. Według autora samo tworzenie się twardych zgrzeczów w nosie nie jest powodem cuchnienia. Przy czysto hipertroficzej postaci mimo owych zgrzeczów cuchnienia niebywa, chyba że jednocześnie ma miejsce zgorzel. Jeżeli nekrozy niema a cuchnienie ma miejsce to najniezawodniej jakaś część błony śluzowej w nosie znajduje się w stanie zaniku. Woń przy *rhinitis atrophica* ma zresztą według G. inny charakter aniżeli woń przy *r. necrotica*. Tamponada nosa ma być doskonałym środkiem w celu oddzielenia suchych zgrzeczów ściśle do bł. śluzowej przylegających, szczególnie przy *rhinitis atrophica*, którą to postać za bezwzględnie nieuleczalną uważa i tamponadę równie jak i inne przy niej zalecane środki uważa jedynie jako mogące mieć palijatywny skutek (oddzielenie zgrzeczów, ograniczenie cuchnienia). Tamponada ma być mniej niebezpieczną i łatwiejszą do użycia aniżeli fontanna nosowa. Autor stanowczo nie mówi w jaki sposób tampon zjawił; o hermetycznym zamknięciu otworów nosa w żadnym razie niema tu mowy. Tampon winien być tak długi iżby sięgał aż do tylnych wylotów a nie tyle gruby iżby przewód nosowy wypełniał (4—5 ctm. długości,  $\frac{1}{2}$  ctm. grubości). Wprowadza go się przy pomocy śrubki przez G. opisaną. Tampon zakłada się z jednej tylko strony i pozostaje przez 2 do 3 godzin, niekiedy jednak i przez 12 godz. Co 3 do 4 tygodni zaleca się choremu użycie fontanny. Tyłko w czystej hipertroficzej postaci tampon sprawia ból i krwawienie, najwłaściwszym zaś jest przy *rh. necrotica*, *ulcerosa* i *atrophica*. (B. kl. Wchst. 1881. — Nr. 4).

**Cięcie osierdzia** w przypadku ropnej *pericarditis* opisuje prof. ROSENSTEIN z Leydy. Operacja ta z pomyślnym skutkiem wykonaną została u 10-letniego chłopca, który przybył do kliniki bez gorączki z bardzo wyraźnymi objawami wysięku w worku osierdzia. Przy niesłychanie przyspieszonym tętnie i oddychaniu wykonano najpierw przekłócie pomiędzy 4 a 5 zębem przy brzegu mostka i wypuszczono 620 ctm. czysto ropnego płynu. Stanowcza poprawa trwała tylko dni kilka, po czem groźne objawy znów wystąpiły, wraz z gorączką i oznakami wysięku w opłucnej po stronie lewej. Przyrzędem POTAIN'A wypuszczono z opłucnej 1100 ctm. płynu surowiczego, a powtórne przekłócie osierdzia dało już tylko 120 ctm. czystej ropy. Groźne objawy wzmagają się znowu zaczęły i kiedy ilość moczu doszła do *minimum* a *orthopnoea* stała się ciągłą, wykonano przecięcie osierdzia w tem samym miejscu gdzie robiono przekłócie, na długości 3 ctm. przy ścisłem zachowaniu antyseptyki. Do rany wprowadzono dwa dreny i dano opatrunek listerowski który 3 razy w ciągu dni 6 zmieniono. Dnia 19-go po operacji rana osierdzia była zgojoną. Chory doznał natychmiastowej ulgi po operacji za pomocą której odprowadzono znaczną ilość ropy. Wyleczenie zupełne. (B. kl. Wchst. 1881. Nr. 5). St. M.

**Wycięcie dwóch metrów jelita cienkiego; wyzdrowienie.** Na posiedz. Akad. med. paryz. w d. 25 Styczn. r. b., KOEBERLÉ (ze Strasburga) odczytał w tym przedmiocie obszerną pracę. Po opisie szczegółowym dokonanej przez niego operacji na kobiecie 22-letniej, dotkniętej 3-ma obok siebie znajdującymi się zwężeniami jelita cienkiego, doszedł on do wniosków następujących, opierając się niemniej na wynikach podobnych operacji dokonanych poprzednio:

1) Wycięcie jelita cienkiego może być dokonywanem na wielkiej przestrzeni (2 metrów lub więcej), bez wywołania zaburzeń w czynnościach trawienia.

2) Operacja ta przesiębrana w warunkach odpowiednich jest rzeczywiście wskazaną.

3) Wycięcie może być dokonywanem: 1) z nałożeniem szwów na 2 końce jelita ze zbliżeniem bezpośrednim brzegów rany brzusznej; 2) z wytworzeniem odbytu nienaturalnego; 3) z szyciem nie całkowitem

jelita w połączeniu z odbytem nienaturalnym. Drugi i trzeci sposób postępowania, jest mniej niebezpieczny.

4) Wycięcie zwożeń włóknistych, bliznowatych, które się częściej napotyka, niżby to można było przypuszczać, daje wyniki zupełnego wyleczenia; dotyczy to także podobnego postępowania przy rakowcach. Po wycięciach zaś dokonanych przy zwożeniach rakowatej przyrody spodziewać się można jedynie polepszenia chwilowego, mniej lub więcej zależącego od ogólnego stanu chorych, a to z przyczyny powrotu raka, przerzutów (*metastasis*) i zwyrodnienia postępującego gruczołów chłonnych.

5) Po wycięciu z zamknięciem jelita jak tego dokonał K. chory winien być zabezpieczonym przez dni kilka od przepływu przetrawionych pokarmów w jelitach, t. j. dopóty, dopóki zlepienie brzegów rany jelitowej nie utrwali się. Lecz dodać należy, że nie powinno się po operacji zupełnie wypróżniać przewodu jelitowego, gdyż to zabezpiecza chorego od powikłań następowych (wdrażenia powietrza, lub płynu posoczniczowego do jamy otrzewnej). Przez żywienie operowanych pokarmami o ile można najmniej płynnymi, przepływ mass pokarmowych przez przewód jelitowy, ogranicza się do *minimum* i chory mniej się osłabia.

6) Wprowadzając zaś płyny pożywne do jelita grubego zapomocą enem, woda bywa wchłaniana tak jak w stanie zwykłym, chorzy nie cierpią pragnienia, przepływ mass pokarmowych przez operowane jelito jest mniej obfitym, a tem samem zmniejszają się dolegliwości operowanych.

(*Gaz. des hôpit. 1881—11*).

**Leczenie doszczętne przepuklin zapomocą zastrzykiwań drażniących**, w wielu razach z pomyślnym skutkiem stosowane przez d-ra J. W. WERREŃA polega na zastrzykiwaniu płynu drażniącego w tkankę łączną w sąsiedztwie obrączek przepuklinowych. U małych dzieci (do 5-go roku ich wieku) używał W. *Extr. aqu. cort. quercu*; u starszych zaś (od 5-go do 15 roku), wyciągu tego przez przepędzenie (*destillatio*) przyprowadzonego do gęstości gliceryny, z dodaniem 10 kropel eteru siarczanego na 6 gr. (0,40) takowego wyciągu. W przypadkach zaś zastarzałych przepuklin wrodzonych W. używał płynu następującego składu: *Extr. simp. cort. quercu* 1/2 uncyi (16,0), *aether. sulf. Spir. rectific.* ana 1 dr. (4,0) *morphii sulfurici* 1—2 gr. (0,05—0,10). Objętość strzykawki 1/2 dr. (2,0) tej mieszaniny; igła ma kształt szruby, z dziurkami bocznymi tak przewierconemi aby płyn był zastrzykiwanym prostopadle do jej długości. W następstwie takowego zastrzyknięcia powstaje zapalenie miejscowe o tyle znaczne, że części niem dotknięte sklejają się z sobą, w skutek czego obrączki przepuklinowe się zamykają. Operowany winien pozostać w łóżku przez parę tygodni; miejsca zaś dokonanych zastrzykiwań należy przez czas jakiś podtrzymywać za pomocą małego bandaża uciskającego, lub też lekkiego paska przepuklinowego. Dopóki zamknięcie obrączek tym sposobem otrzymane nie wzmochni się, operowany winien unikać wszelkiego wysilenia i zmęczenia. Na 12-cie przypadków przytoczonych przez autora, 9 zakończyło się pomyślnie.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.—Ref. w Gaz. des hôpit. 1881—12*). S. Perkowski.

**Wyniki radykalnego operowania przepuklin** przedstawia prof. BRAUN z Heilberga opierając się na szczegółowo podanej historii 19 przypadków z kliniki prof. CZERNY'ego. Operacja wykonana była u 16 osób. Wskazanie stanowiło u 5 chorych uwiecznienie, u 5 ch. przepuklina której pasek utrzymać już niebył w stanie, u 8 ch. przepuklina przyrośnięta odprowadzać się niedająca, u 2 ch. przetoka kałowa w worku przepuklinowym. Dwóch chorych umarło, 1 w skutek pooperacyjnej ropnicy, drugi niezależnie od operacji w skutek drgawek (dziecko 6 1/2 miesięczne). W 11 przypadkach dokonano jednocześnie przewiązania całej szyi worka przepuklino-

wego i szwu wrot przepukliny. Worek przepuklinowy w tych przypadkach bywał rozcięty, wymyty roztworem 5% kw. karbolowego i zdrenowanym. Raz tylko został wycięty. Z rzeczonych 11 przypadków 6 zakończyło się zagojeniem rany *per primam intent.*, 4 ropieniem (14 do 39 dni), 1 raz śmiercią. U 6 operowanych z przepuklinami pachwinowemi w miejscu operowanem po kilku miesiącach nastąpiła recydywa, jednak pozwalająca na skuteczne użycie paska. Częściowe odgniecenie (*Abschnürung*) worka przepuklinowego wraz z jednoczesnym szwem wrót przepukliny wykonano u 2 dzieci z pomyślnym wynikiem. Samo zaszcycie wrót przepukliny wykonano w 4 przypadkach z dobrym skutkiem ale następową recydywą. Samo przewiązanie worka przepuklinowego 1 raz wykonano. Rana się zagoiła ale nastąpiła recydywa. We wszystkich przypadkach recydywa była tak małą że zawsze nowa przepuklina paskiem przytrzymała się dawała. Autor mniema że najwłaściwszem jest zawsze przy wykonywaniu radykalnej operacji przepukliny o ile możności jednocześnie przewiązywać szyję worka przepuklinowego i zakładać szew na wrota przepukliny.

(*B. kl. W. Nr. 4 i 5. 1881. St. M.*)

**Bąblowiec świerzbiący** (*Pemphigus pruriginosus*) **pojawiący się po każdym zatrzymaniu miesiączki.** 25-letnia niezamężna pacjentka miesiączkowała poraz pierwszy w 15-m roku życia. Od tej pory miesiączka pojawiała się regularnie. Dnia 28 Lipca pacjentka zaskoczona była przez burzę i zmokła do suchej nitki. W nocy tegoż dnia dostała dreszczyków i czuła się bardzo osłabioną. Następnego dnia spostrzegła, iż miesiączka, która była się przed tem pokazała znikła. Jednocześnie narzekała ona na ból głowy, nudności, ogólne osłabienie, pojawiło się swędzenie obydwóch dłoni. Dnia 1-go Sierpnia spostrzeżono liczne okrągłe *papulae* na obydwóch dłoniach, oraz na bokach palców. Pacjentka narzekała na swędzenie i uczucie prężenia, które jej spać nie dały (morfina, okłady ołowiane) nazajutrz *papulae* zamieniły się na pęcherzyki, które bardzo dokładnie rozlokowały się wzdłuż gałązek nerwu łokciowego i pośrodkowego (*medianus*). Dnia następnego pęcherzyki tak znacznie się powiększyły, iż średnica ich obwodu dochodziła do  $\frac{1}{4}$  cala, chociaż były między nimi i wielkości grochu polnego; pacjentka narzekała w nich na silny ból, jak gdyby „dłonie pęknąć miały.“ Pęcherze zawierały płyn mętawy, który za przekłóciem wyciekał. Skóra nie była w stanie zapalnym. Zalecono okłady z chleba i powtórzono morfingę. Dnia 18-go Sierpnia pęcherzyki przyschły i zagoiły się, skóra obnażona była z naskórka, ale zresztą wszystko powróciło do stanu normalnego.

Dnia 27 Sierpnia pokazała się regularność, a jakkolwiek starannie unikano zaziębnienia, jednak nazajutrz zatrzymała się, poczem znowu wystąpił cały szereg pęcherzyków charakterystycznych, choć w mniejszej jak przed tem ilości, na tych samych miejscach. Pacjentka wysłana została do kąpieli morskich w Boulogne, skąd powróciła zdrowa, tylko często miała swędzenie w dłoniach i skóra na rękach jej była zawsze sucha.

(*Lancet—January 8—1881. G. F.*)

**Laparotomia z powodu gęsiego pióra wprowadzonego do macicy** u 25-cioletniej wdowy, wykonaną została przez W. KEMPERDICK'A w Solingen. Lekarz został wezwany do chorej w kilka dni po wprowadzeniu i zniknięciu pióra i zastał objawy zapalenia otrzewnej. Badanie pochwy i macicy po rozszerzeniu jej ujścia pióra niewykryło. Cewnik męzki do macicy wprowadzony wszedł z łatwością do jamy brzusznej a przy wyjęciu go wypłynęła ciecz posokowata. Wykonano laparatomiją przyczem znaleziono otrzewną zmienioną i wysięk w niej dosyć znaczny. Pióro leżało poprzecznie, miało 19 ctm. długości. Chora zmarła w ciągu 24 godzin. Badanie pośmiertne wykryło dwa otwory w dnie macicy. (*D. m. Wchsft. 1881. Nr. 5). St. M.*)

## Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

## Posiedzenie z d. 15 Lutego r. b.

MATLAKOWSKI. O zatruciu kwasem karbolowym.

Z powodu nieobecności prezesa i wiceprezesa Towarzystwa, sekretarz stały powołał się na odpowiedni artykuł ustawy, wezwał do prezydowania kol. PRZYSTAŃSKIEGO jako najstarszego z pomiędzy obecnych na posiedzeniu. Na porządku dziennym był wykład kol. MATLAKOWSKIEGO o zatruciu kwasem karbolowym. Kol. M. zwraca uwagę na ważność zatruc kwasem karbolowym nie tylko w praktyce chirurgicznej ale w ogóle w praktyce lekarskiej. Spostrzeżenia dotyczące rzeczonożo zatrucia pochodzą głównie z klinik chirurgicznych. Nie wszędzie jednak równie często spotykaniami bywają. Dużo ich np. zdarza się w klinikach królewieckiej i leydejskiej, mało zaś w klinice HÜTER'A. W ogóle większość chirurgów niepoczytuje zatrucia karbolowego za częste. W klinice prof. KOSIŃSKIEGO może w skutek ostrożnego stosowania kw. karb. zatrucia rzeczonożo bardzo są rzadkiami.

Mniejsza lub większa łatwość z jaką następuje zatrucie kw. karb. zależy od bardzo wielu okoliczności. I tak: najłatwiej ulegają zatruciu dzieci, starcy, osobniki limfatyczne, gorączkujące, z cienką skórą, po znacznych utratkach krwi, w przebiegu ropnicy i posocznicy. Indywidualność w ogóle gra bardzo wielką rolę, a jakkolwiek przez obrażoną powierzchnię skóry wchłanianie jest łatwiejszem, to znane są i takie przypadki śmiertelnego zatrucia gdzie wchłanianie kw. karbolowego nastąpiło najniezawodniej przez zdrową powierzchnię skóry.

O wpływie obrażeń skóry na łatwość wchłaniania przekonywa spostrzeżenie kol. M. który opisuje przypadek *thoracocentesis* dla wypuszczenia wysięku z jamy opłucnej. Operacja wykonana w mgłę karbolowej, do przestrzykiwań jednak użyty roztwór kwasu borowego. Mgła karbolowa do opłucnej wcale lub prawie wcale dostać się nie mogła, a jednak nastąpiło silne zatrucie po operacji co kol. M. objaśnia wchłanianiem przez powierzchnię pozbawioną naskórka skutkiem poprzednich wcierań sublimatowych.

Za pośrednictwem skóry np. przy wcieraniach zatrucie najprędzej następuje. Z pomiędzy błon śluzowych odznacza się szybkim wchłanianiem błona śluzowa przewodu pokarmowego, co kol. M. objaśnia opisem własnego spostrzeżenia w klinice tutejszej. Chory zamiast nalewki rhubarbarowej wypił roztwór kw. karbolowego zabawiony pod wpływem światła. Objawy zatrucia były gwałtowne. Z pomyslnym skutkiem kol. KWIETNIEWSKI zastosował cewnik żołądkowy. Zejście było pomyslnie. Ciekawem jest spostrzeżenie co do czasu w jakim po wypiciu kw. karb. wystąpiło tutaj cechujące zabarwienie moczu. Po 2 godzinach zabarwienia jeszcze nie było; silne dopiero po 4 godzinach.

Głównie wchłanianym bywa kw. karbolowy i przez bł. śluzową odbytncy. Niekiedy już  $\frac{1}{2}$  procentowy roztwór kw. karb. do zatrucia wystarczy.

O zatruciu za pośrednictwem płuc przekonywają liczne spostrzeżenia. Szczególniej gwałtownem bywa wchłanianie za pośrednictwem błon surowicznych. Co się dotyczy otrzewnej to spostrzeżenia tutaj są sprzeczne. W klinice prof. KOSIŃSKIEGO mgła karbolowa przy operacjach w jamie otrzewnej bez szkody bywa stosowaną. Odnosnie do zatrucia za pośrednictwem opłucnej kol. M. opowiada przypadek świadczący o zatruciu tego rodzaju w skutek użycia jedynie waty karbolowej jako materyjału opatrunkowego na ranę po przekłóciu klatki piersiowej. Również przytacza własne spostrzeżenie świa leżące o wchłanianiu i zatruciu karbolowem za pośrednictwem śluzowej błony stawowej (przypadek zakończony śmiercią: u kobiety po wycięciu konkrementów ze stawu kolanowego założono opatrunek listerowski).

W dalszym ciągu mówi kol. M. szczegółowo o trzech drogach któremi kw. karbolowy zwyczajnie wchłanianym bywa, a mianowicie o skórze, o powierzchni ran i o płucach i w związku z tem zastanawia się nad pytaniem: jaka mianowicie część oprawy liste-

rowskiej staje się najczęściej przyczyną wchłaniania. Zdaniem kol. M. i innych spostrzegaczów na pierwszym miejscu wypada tu postawić przestrzykiwania ran roztworem kw. karbolowego szczególniej przez dreny przy zamkniętej całkowicie oprawie.

Kol. M. idąc za innemi spostrzegaczami rozróżnia 3 główne postaci kliniczne, albo raczej 3 stopnie zatrucia karbolowego; pierwsze najlżejsze w którym jedynym objawem widocznym zatrucia jest tylko charakterystyczne ciemne zabarwienie moczu. W drugiej postaci obok owej zmiany w barwie moczu występuje bladosc twarzy, ociężalosc, brak łaknienia, dysphagia, ból głowy, wymioty i t. d. Nakoniec trzecia postać w której spotykamy groźne objawy mózgowe.

Z pomiędzy licznych objawów występujących we wszystkich postaciach zatrucia karbolowego, kol. M. kładzie główny nacisk na cechujące zmiany w moczu, a mianowicie na zmianę barwy moczu (barwa szkła butelkowego aż do czarnej), na podwyższenie się ciężaru gatunkowego i na zmniejszenie ilości moczu. Ponieważ nadto kw. karb. wychodząc z ustroju łączy się z kwasem siarczanym, przeto zwykła próba na kwas siarczany za pomocą chlorku barytu przy zatruciu karbolowem zazwyczaj w moczu nie daje osadu z powodu że kw. siarczanego bywa mniej niż normalnie.

Przechodząc do innych kwestyonowanych objawów zatrucia karbolowego kol. M. zwraca uwagę na kloniczne kurcze spotykane przy doświadczeniach robionych na zwierzętach. Kurczów takich u ludzi prawie nigdy się nie spostrzega. Kol. M. raz spostrzegł kurcze ale tetaniczne i raz wyraźne włóknienkowate drgania.

Większą sprzeczność jeszcze pomiędzy zachowaniem się ustroju zwierząt i ludzi pod wpływem kw. karbolowego przedstawia ciepłota. U zwierząt otrucie kw. karb. isé ma w parze z podwyższeniem ciepłoty; u człowieka, podwyższenia tego albo wcale niema, albo nawet i to najczęściej bywa znizenie ciepłoty. Tam zaś gdzie wkrótce po operacji i opatrunku listerowskim występuje wysoka ciepłota (u chorej kol. M. po operacji wstawie kolanowym już w 3 godziny po operacji, przy tem jednocześnie inne objawy zatrucia karbolowego) tam kol. M. mniema że obecność septycznych bodźców ustrojowych (bakteryj) mimo całej ścisłości użytej metody bezwzględnie wykluczyć się niedaje i z tego powodu owego podwyższenia ciepłoty w rzeczonych przypadkach działaniu kw. karbolowego przypisywać nieochce.

Nakoniec kol. M. dodaje kilka uwag pod względem leczenia w przypadkach zatrucia karbolowego (*Natr. sulph.* 1 na 20 *aq.* co godz. łyżka, wstrzykiwanie ammonjaku do żyły, przetaczenie krwi). Wreszcie wypowiada przekonanie że przy niesłychanych korzyściach kw. karbolowego wyrzekać go się nie można z powodu niebezpieczeństwa zatrucia a raczej postępować ostrożnie i uwzględniać stosunki indywidualne i okoliczności mogące w danym przypadku niebezpieczeństwo to spowodzić.

Kol. PERKOWSKI stwierdza przytoczeniem paru własnych spostrzeżeń to, że zarówno operowani jak i operujący przy użyciu metody LISTER'A ulegają w wyższym lub niższym stopniu zatruciu kw. karbolowem. Między innemi przytacza przypadek krwotoku płucnego któremu uległ niedawno kol. WRÓBLEWSKI, dotychczas cieszący się dobrem zdrowiem, skutkiem jakoby pozostawiania pod wpływem 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mgły karbolowej.

Kol. JASIŃSKI przytacza wyniki pomyślnego działania kwasu karbolowego rozpuszczonego w glicerynie, stosowanego w postaci okładów przy różny w oddziale chirurgicznym. Sprawa miejscowa się ogranicza i następuję niesłychanie szybkie i trwałe znizenie ciepłoty ciała co kol. J. przypisuje działaniu kw. karbolowego wchłoniętego przez skórę do krwi i t. d.

Kol. PRZYSTAŃSKI zapytuje: czy niewiadomym jest wpływ jaki kw. karbolowy wywiera na zdrowie robotników w fabrykach gdzie przetwór ten bywa otrzymywany. Kol. MARKIEWICZ niepamięta oo w tej mierze mówi HIRT w swem dziele.

Kol. SZOKALSKI zapytuje jakie są powody dla których kw. salicylowy niewyrugował z użycia kwasu karbolowego?

Kol. MATLAKOWSKI odpowiada że w żadnej klinice chirurgicznej za granicą kw. salicylowy się nie utrzymał i że porównawcze próby nad przeciwnym działaniem kw. salicylowego i karbolowego wypadły na korzyść ostatniego.

W tym samym duchu mówią koll. PERKOWSKI i JASIŃSKI.

Kol. SZOKAŁSKI oznajmia że od kilku miesięcy w instytucie oftalmicznym zaprzestano przy różnych cierpieniach łącznicy używać różnych środków ściągających, a natomiast używa z bardzo dobrym skutkiem roztworu kwasu salicylowego.

Kol. MAYERSOHN powątpiewa iżby wspomniany przez kol. PERKOWSKIEGO krwotok płucny miał nastąpić skutkiem mgły karbolowej, gdyż bardzo często przezeń stosowane wzięwania karbolowe nigdy krwotoku nie wywoływały.

Kol. JASIŃSKI zwróciwszy raz jeszcze uwagę na zmniejszenie ciepłoty pod wpływem okładów karbolowych, mniema iżby tego środka jako przeciwgorączkowego lekarze używać powinni.

Kol. SZOKAŁSKI przypomina o ogłoszonej przed kilku laty (zob. MEDYCYNA Nr. 1—5, 1876) pracy kol. DOBRZYCKIEGO, który podając wewnątrznie kwas karbolowy przy wągliku, stwierdził znakomite jego przeciwgorączkowe działanie.

## Wiadomości z medycyny publicznej i statystyki lekarskiej.

Kanalizacja miast. (Dokończenie). Wyjątkowej wagi dla nas w Warszawie są cyfry dotyczące stopy śmiertelności w Gdańsku przed i po assenizacji tego miasta.— W Gdańsku zatem umierało rocznie:

	z 1000 ludności; niemowląt przed 1 r.	
od 1825 do 1862 r. ....	36,49	—
od 1863 do 1869 r. ....	36,85	13,44
od 1870 do 1871 r. (w czasie budowy ka- nalizacji i wodociągów) }	36,33	11,61
od 1871 do 1879 r. (po ukończeniu budowy)	28,59	10,50

Przeciwnicy kanalizacji angielskiej wojują głównie przeciwko waterklozetom i wpuszczeniu przy ich pomocy całej masy odchodów ludzkich do sieci kanalizacyjnej. Waterklozety mają ich zdaniem zanieczyszczać powietrze gazami kanałowymi i stawać się powodem chorób zakaźnych, a w szczególności tyfusu. Do jakiego stopnia to twierdzenie jest mylnem, widzimy to z cyfr świeżo skanalizowanego miasta Frankfurtu nad Menem zestawionych w następującej tabliczce:

Liczba mieszkańców		Liczba waterklozetów w d. 31 Grudnia każdego roku	Liczba zgonów z tyfusu na 100000 mieszkańców
1869	—	—	} ..... 77
1870	—	49	
1871	91040	400	
1872	—	1926	} ..... 79
1873	—	4085	
1874	—	7077	
1875	103136	11054	} ..... 28
1876	105000	13691	
1877	118700	16048	
1878	122500	18151	} ..... 20
1879	125500	19931	

W ciągu lat 9-ciu zatem w miarę rozpowszechnienia się waterklozetów śmiertelność z tyfusu zmniejszyła się o 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Liczba chorych na tyfus, których przed 9-ciu laty, sądząc ze śmiertelności, bywało do 800 rocznie, teraz zeszała na 250 rocznie, co stanowi oszczędzenie przynajmniej 18000 dni choroby, reprezentujących wartość przynajmniej 10000 rubli rocznie, czyli procentu od kapitału przeszło 150000 rubli. Radząc nad kosztami założenia waterklozetów te cyfry trzeba mieć ciągle na uwadze.

W ostatnich czasach zaczęto z wielu stron przypisywać szerzenie się dyfteryi systemowi kanalizacji angielskiej, a szczególniej waterklozetom. Dr. SOYKA licznemi szeregiem cyfr niemieckich i amerykańskich dowodzi błędności takiego mniemania, w końcu zaś zestawia dwa miasta angielskie, a mianowicie skanalizowany Liverpool z waterklozetami i Birmingham z *systemes des fosses mobiles*. Otóż na 100000 ludności było przypadków zgonu z dyfteryi:

	w Liverpoolu		w Birminghamie
w 1870	14,9	} średnia z 8 lat 10,3	19,5
1871	14,9		22,4
1872	13,8		23,4
1873	9,9		28,2
1874	10,5		20,2
1875	5,2		15,0
1876	5,1		14,2
1877	10,2		14,0
			St. M.

## WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

**Petersburg.** Pod redakcją prof. BOTKIN'A i docenta SOKOŁOW'A wychodzi w Petersburgu w r. b. tygodnik lekarski p. t. „*Seżeniedielnaja kliniczeskaja gazeta*.“ Wydawnictwo trwać będzie przez 9 miesięcy szkolnych. Cena 5 rs. rocznie.

**Medycyna ziemiańska.** W pracy d-ra OSIPÓW'A zamieszczonej w nowem czasopiśmie p. t. „*Ziemitwo*“ znajdujemy wiadomości dające nam wyobrażenie o zakresie dotychczasowej 15-to letniej działalności „*ziemskiej medycyny*“ w Cesarstwie. Mimo stwierdzanych codziennie braków tej instytucji przyznać jednak wypada, że stanowi ona olbrzymi postęp w porównaniu z tem, co było przed zaprowadzeniem ziemiańskich urzędów lekarskich i że dla nas w Królestwie niesłychanie pożądanem by było zaprowadzenie podobnychże urzędów w zakresie naturalnie wskazanym miejscowemi warunkami i okolicznościami. Według d-ra O. w Cesarstwie z funduszków ziemstwa wydatkuje się na medycynę ziemską do 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> milionów rubli i wydatek na ten cel ciągle wzrasta, tak, że kiedy w 1869 stanowił 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ogólnego budżetu wydatków ziemskich, obecnie wynosi 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

**Dorpat.** Prof. SEMMER w Archiwum VIRCHOW'A (Tom 82, z r. 1880) rozstrzyga na swoją korzyść spór toczący się pomiędzy PERRONCITO w Turynie, PASTEUR'EM w Paryżu i TOUSSAINT'EM w Tuluzie, w przedmiocie pierwszeństwa w odkryciu zaraźliwości tak zwanej cholery kur i bakteryj tej choroby właściwych. Prof. SEMMER przekonywa że już w r. 1878 w piśmie poświęconem weterynaryi „*Deutsche Zeitschrift f. Tiermedizin*“ w artykule p. t. „*Die Hühnerpest*“ uwydatnił tak zaraźliwość rzeczonej choroby jak i znaczenie bakteryj jej właściwych. Sobie również prof. SEMMER przeciwko KOCH'OWI i PASTEUR'OWI przypisuje pierwszeństwo w ocenieniu znaczenia bakteryj karbunkułowych o których pisał w 1869 w Archiwum VIRCHOW'A (T. 50).

**Odessa.** Sąd okręgowy skazał na 7 dni aresztu dwie t. z. siostry miłosierdzia, za to, że jedna podała drugiej zamiast chininy kwas karbolowy i że ta ostatnia kwas ten dała do zażycia choremu, który w skutek otrucia umarł. „*Wracz*“ z tego powodu ubolewa nad małemi wiadomościami t. z. sióstr miłosierdzia (posługaczek uczonych).

**Zawiadomienie.** Komitet wybrany z grona Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, pod nazwą komitetu etyki lekarskiej, przystępując do pracy, uprasza tych z pomiędzy Szan. kolegów, którzyby mieli do zakomunikowania jakiegobądź uwagi dotyczące prawideł postępowania i stosunków lekarzy, o nadsyłanie takowych w ciągu 3 tygodni od daty ogłoszenia niniejszego listu, na ręce podpisanego sekretarza komitetu.

*Konrad Dobrski, Królewska 6.*

## OGŁOSZENIA.

### ZAKŁAD WÓD MINERALNYCH I HYDROTERAPII w NAŁĘCZOWIE

(szczawa wapienno-żelazista i obfite źródło przasne)

Zakład ten obecnie stanowią: a) Dom zdrowia (*Kurhaus*), z obszernym lokalem do przyjęcia gości i mieszkaniami; b) Pawilon nad źródłem żelazistym, z urządzeniem dla kuracji wodami mineralnymi w ogóle; c) Łazienki o 20 gabinetach kąpielowych i sali do kuracji zimnowodnej, i d) Zakład hydropatyczny dla internów. W tym roku w Nałęczowie będzie znacznie więcej pokoi mieszkalnych dla gości, i będzie się udzielać kuracja: 1) Wodą mineralną nałęczowską wewnątrz i w kształcie kąpiele; 2) Wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi oraz odpowiednimi kąpielami, i 3) Wodą zimną. Bliższe informacje o dniu otwarcia, warunkach pobytu i lekarzach kierujących kuracją, będą w swoim czasie podane przez piśma, obecnie zaś wiadomość można powziąć na miejscu, lub listownie adresując do **Zakładu Lecznicego w Nałęczowie**, (kolei Nadwiślańska).

### Zakład Przyrodolecznicy. WODOLECZNICA W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ gubernija Piotrkowska, powiat Rawski

**Sezon zimowy.**

Zakład jak w porze letniej, tak i zimowej przyjmuje chorych. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galerija do przechadzek. Bilard, czytelnia, dwóch stałych lekarzy. Wielce skuteczne leczenie wodą podczas zimy w chorobach nerwowych, katarach żołądka i kiszek, niemocy męskiej i t. d. Bliższe objaśnienie w Warszawie, w aptece H. KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 480, lub w Nowem Mieście, w Zarządzie Zakładu.


### Warszawski Dom Zdrowia 6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiety spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie, wiadomość na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy zakładu.

**J. Brzeziński** (Nowo-Zielna Nr. 36), **K. Dobrski** (Królewska Nr. 6), **J. Gutwein** (Plac Grzybowski Nr. 10), **A. Thieme** (Marszałkowska Nr. 38).

Redaktor i Wydawca, Dr J. ROGOWICZ.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Дозволено Цензурою. Варшана, 5 Февраля 1881 г.—Членками М. Зиемкiewicza і W. Ноакowskiego.  
Krak. Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).