

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wykaz statystyczny lekarski dotyczący się chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w ciągu 1887 i 1888 roku. Podał dr. Fr. Giedrojé (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** 146. Fałszywa dusznica bolesna pochodzenia hysterycznego. 147. Méthode intensive w leczeniu suchot płucnych za pośrednictwem gwałcaolu i kreosotu.—**Odczyty kliniczne.** O leczeniu morfinizmu i chloralizmu. Wykład prof. d-ra Rosenthala. Streścił dr. W. Chodocki. — **Sprawozdanie z I-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.** Napisał Dr. Steuermark. (Dokończenie). — **Ogłoszenia.**

WYKAZ STATYSTYCZNY LEKARSKI tyczący się chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w ciągu 1887 i 1888 roku.

Podał Fr. Giedrojé

Lekarz asystent tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 51).

III. Zwyródnienie rakowate.

W szpitalu Ś-go Łazarza znajdując przytułek tylko tacy chorzy tej kategorii, u których wszelka pomoc chirurgiczna, zastosowana w celu usunięcia lub ograniczenia choroby, nie miałyby żadnych widoków powodzenia.

Chorych takich było:

	Liczba chorych	Liczba dni ogólna	Liczba dni przeciętna
w roku 1887 .	81	3937	48,6
" 1888 .	77	3269	42,4

W końcu roku 1888 po wieloletnich staraniach otrzymał Naczelny Lekarz Dr. WATRASZEWSKI upoważnienie do otwarcia przy szpitalu ambulatoryum bezpłatnego. Porady dla przychodzących chorych udzielane są w niem codziennie: 4 dni w tygodniu przeznaczono wyłącznie dla mężczyzn, a 3—dla kobiet. Na razie wiadomość o istnieniu ambulatoryum nie mogła—naturalnie—rozejść się prędko pomiędzy odpowiednią publicznością, jednak już w ciągu ostatniego kwartału tegoż roku zgłosiło się po poradę 840 chorych, a mianowicie:

	Mężczyzn	Kobiet
Dotkniętych chorobami wenerycznymi . . .	600	93
" " " skórnymi	103	44

Na zakończenie niniejszego sprawozdania niech mi wolno będzie zwrócić uwagę na jedno ze źródeł szerzenia się przymiotu pomiędzy ludnością—przeważnie wiejską. Mówię tu o mamkach i wyłącznie o tych, które wyniosły chorobę z domu podrzutków, gdyż z ogólnej liczby 50 mamek, leczonych w ciągu dwóch lat w szpitalu Ś-go Łazarza, do powyższej kategorii należy 49 ¹⁾, a tylko jedna została zarażoną przymiotem od dziecka, pełniąc obowiązki mamki w domu prywatnym.

Czy rzeczywiście w ciągu dwóch lat zaszedł tylko jeden taki przypadek w Warszawie, stanowczo powiedzieć trudno; nie możemy również ręczyć i za to, że dokładną jest liczba mamek, zarażonych przez dzieci z domu podrzutków, oraz że wszystkie te mamki szukały porady w szpitalu Ś-go Łazarza; prędzej nawet możemy przypuszczać, że niektóre z nich udawały się w tym celu do miast bliższych.

Kobiety, o których mowa, nie mają pojęcia o stanie swego zdrowia i szukają zwykle pomocy lekarskiej wtedy, gdy już został wypróbowany bez skutku cały arsenał środków domowych. Łatwo więc pojąć, jakie stąd płynie niebezpieczeństwo dla samej chorej i jej otoczenia. Choroba zostaje przez czas długi nieleczoną, z łatwością może się udzielać najbliższym, którzy, nie wiedząc nic o jej charakterze, nie podejmują żadnych środków ostrożności.

Przypadki takiego przeniesienia zarażka są nam znane, gdyż między innymi czworo dzieci leczyło się w szpitalu Ś-go Łazarza na przymiot nabyty drogą bezpośredniego zetknięcia się z własną matką, a była mamką szpitalnego dziecięcia. Czy możemy przypuszczać, że w rzeczywistości w przeciągu tego czasu zaszły tylko cztery przypadki, a nie więcej? Sądzę, że nie. Mamki bywają wypisywane ze szpitala bez objawów zaraźliwych, ale objawy takowe—jak wiemy—powtarzają się zwykle, a razem z nimi wraca i niebezpieczeństwo dalszego szerzenia zarazy.

Nieraz dziecko szpitalne zaraża nie tylko swoją mamkę, ale i inne osoby należące do rodziny, jak to widzimy z następującego przypadku:

Petronela K., lat 34, mężatka, wzięła dziecko na wychowanie ze szpitala Dz. Jezus. Po 3 miesiącach dziecko to umarło (z „krostami“), a K. wstąpiła do szpitala z objawami przymiotu. Jednocześnie z Petronelą K. przybyły do szpitala Ś-go Łazarza jej 11-letnia córka 58-letnia matka. Córka, która zabawiła i nianczyła podrzutka, przedstawiała objawy drugorzędnego przymiotu (rózyczka). U babki jej znaleźliśmy wrzód syfilityczny na piersi, którą podawała zwykle—lubo bez pokarmu—dziecku, by je uspokoić podczas nieobecności mamki.

Jeszcze inną drogą dostała się choroba do rodziny B-ów: obojga małżonków i ich małego syna Józefa. B-owa leczyła się w szpitalu Dz. Jezus na jednej z sal przeznaczonych dla dotkniętych chorobami wewnętrznymi; przez czas jej choroby dziecko odłano do karmienia miejscowej mamce. Kiedy B-owa była na wyzdrowieniu, zwrócono jej chłopca, ale z wrzodem syfilitycznym na górnej wardze ust. Nie podejrzewając—naturalnie—nic złego, B-owa,

¹⁾ Z tych 49 mamek 6 odbyło specyficzną kurację po 2 i jedna 3 razy.

wróciwszy do domu, w dalszym ciągu karmiła sama swe dziecko, a ojciec pieścił je i całował, następstwem czego było: u ojca—*ulcus syphiliticum auguli sinistrae oris*, u matki—*ulcus syphiliticum ad mammas*.

Jak wspomniałem już wyżej, wątpliwem jest, aby z przytoczonymi tu przypadkami zarażenia przymiotem miała się wyczerpać liczba wszystkich przypadków, gdzie pierwotnym źródłem, szerzącym zarazę, było dziecko z domu podrzutków. Wymieniliśmy tylko przypadki pewne, w których chore lub chorzy leczyli się w szpitalu S-go Łazarza, nie uwzględniając nawet takich, gdzie np. mamka opowiadała, iż w domu mąż jej lub własne dzieci „dostali krost“, jeżeli nie można było sprawdzić, że „krosty“ owe były syfilityczne t. j. jeżeli tacy chorzy nie przychodzili do naszego szpitala po poradę lub na kurację.

Nie będąc w stanie zapobiedz w każdym przypadku przeniesieniu się zarazka syfilitycznego od chorego dziecka do ustroju jego mamki powinniśmy się starać, by przynajmniej ilość takich przypadków była jak najmniejszą t. j. należy nam stosować pewne środki zapobiegawcze, zachowywać pewną ostrożność.

Na 49 mamek 15 zaraziło się w samym szpitalu Dz. Jezus, a 34 od dzieci, wziętych do wykarmienia na wieś. W zastosowaniu do różnych warunków i profilaktyka nasza będzie—naturalnie—nieco odmienną.

Rozpatrzmy je oddzielnie:

Dziecko przyniesione do szpitala powinno być szczegółowo zbadane przez lekarza-specjalistę, który mógłby w tym celu przychodzić tam codziennie. Tenże lekarz obejrzałby również wszystkie dzieci przedtem już przyjęte i karmiące je mamki.

Dzieci, dotknięte wyraźnymi objawami przymiotu, wraz ze swemi mamkami nie powinny być na jednej sali ze zdrowymi, pomimo bowiem przestrogi lekarza łatwo się może zdarzyć przypadek, że dotąd zdrowa mamka przez „koleżeńską usługę“ da pierś dziecku choremu. Tego rodzaju wzajemne pomaganie sobie w karmieniu dzieci przyjętem jest u kobiet z tej klasy.

Jakież tedy mamki należy dać dla karmienia dzieciom dotkniętym wyraźnymi objawami przymiotu? Może lepiej pozbawić je zupełnie kobiecego mleka i karmić sztucznie surrogatami jego? W takim razie musielibyśmy prawie wszystkie dzieci osądzić na niechybną śmierć, jak to wykazały np. badania Munkiewica i Kruzego. Wymienieni lekarze zajęli się sprawą sztucznego karmienia wszystkich niemowląt znajdujących się w domu podrzutków w Petersburgu w czasie, kiedy na razie okazał się brak dostatecznej ilości mamek. Na zasadzie doświadczeń, robionych z największą dokładnością i ścisłością, autorzy doszli do następujących wniosków:

Dzieci od $\frac{1}{2}$ do 1 miesiąca nie powinny być sztucznie karmione bez względu na używany surrogat, utrzymanie bowiem przy życiu dziecka w tych warunkach należy do wyjątków.

Jedna czwarta ogólnej liczby dzieci w wieku od 1 do 2 mies. znosi przez czas jakiś sztuczne karmienie; najlepszą jest w takim razie mięszanina zgęszczonego mleka (*Concentrirt. Milch.*) ze świeżo udojonem krowiem w stosunku 1:7.

Z pewnem powodzeniem stosowano pokarm sztuczny w $\frac{1}{3}$ przypadków w których niemowlęta były starsze nad 2 miesiące.

Rezultaty otrzymane w domu podrzutek w Moskwie na dzieciach dotkniętych przymiotem są jeszcze więcej rażące, a mianowicie:

Przed rokiem 1864 wszystkie dzieci syfilityczne były tam karmione sztucznie. Śmiertelność wynosiła wtedy 90%.

Od roku 1864 oddano dzieci do karmienia mamkom; śmiertelność została zredukowaną do 60%.

Nakoniec w roku 1871 część dzieci syfilitycznych karmiono sztucznie, a część oddano mamkom; u pierwszych śmiertelność wynosiła 90%, u drugich zaś 54%.

Pragnąc zatem utrzymać przy życiu dziecko, które już od urodzenia zaczyna pokutować za „winy niepopelnione“, musimy mu dać natychmiast odpowiedni i jedyny dla niego pokarm t. j. mleko kobiece.

Jakież więc mamki mają karmić dzieci syfilityczne?

Gdyby się znalazła dostateczna ilość mamek, dotkniętych tą samą chorobą, kwestya już tem samem byłaby rozwiązana: dziecko syfilityczne powierzając syfilitycznej mamce, spełnilibyśmy wszystko, co leży w naszej mocy; dziecko bowiem otrzymałoby najstosowniejszy dla niego pokarm, a równocześnie nie byłoby narażeniem zdrowie kobiety, która—bądź co bądź—robi z siebie poświęcenie i przyciśniona nieraz nędzą, dla kawalka chleba zmuszoną jest oddać obcemu dziecku to, co natura przeznaczyła dla jej własnego.

Czyby nie można jednej mamce, która już przechodziła syfilis dać do piersi dwoje zarażonych dzieci i karmić je oprócz tego jeszcze dodatkowo surrogatami? Badania Munkiewica i Kruzego dają na to pytanie odpowiedź twierdzącą odnośnie do przypadków, w których dziecko ma więcej aniżeli 5 dni od urodzenia. Oto szczegółowe wyniki ich badań ¹⁾:

1. Można karmić w ten sposób dodatkowo dzieci w wieku od 5 do 15 dni. Najstosowniejszym jest pokarmem dodatkowym w tych warunkach zgęszczone mleko w rozcieńczeniu wodą w stosunku 1:9, a po 15 dniach w stosunku 1:7.

2. Dla dzieci w wieku od 15 do 30 dni najstosowniejszem jest dobre, a w razie braku krowie mleko (różn. koncentracji), a w braku tegoż—mączka Nestle.

3. Dla dzieci w wieku od 1 do 2 miesięcy najwłaściwszą jest mączka Nestle.

Przy tych warunkach codzienny przyrost na wadze był przeciętnie dwa razy większy, aniżeli u dzieci, które bez wszelkich dodatków we dwoje ssaly tylko jedną mamkę.

W jaki sposób należy postąpić wobec krańcowego przypadku, jeżeli dla braku odpowiednich mamek lub dla innych powodów zmuszeni jesteśmy oddać do karmienia zdrowej kobiecie dziecko z wyraźnemi objawami przymiotu, lub bardzo pod tym względem podejrzane?

Winniśmy trzymać się pod tym względem następujących prawideł:

¹⁾ W ciągu doby dziecko 5 razy ssalo pierś, a 4 razy dostawało surrogat.

1. Przedewszystkiem należy uprzedzić mamkę o tem, co ją spotkać może, i uzyskać jej własną zgodę na karmienie dziecka w tych warunkach.

2. Trzeba pilnować, by po każdym przyłożeniu niemowlęcia do piersi mamka obmyła sobie starannie piersi roztworem jednego z używanych środków dezynfekcyjnych.

Na zasadzie doświadczeń prof. TARNOWSKIEGO możnaby polecić w tym celu tak zwany płyn prezerwatywny Langleberta z domieszką sublimatu (0,12:30,0 płynu). Dla przekonania się o skuteczności wspomnianego środka prof. TARNOWSKI smarował miejsca obnażone z naskórka u zdrowego człowieka wydzieliną wykwitów przymiotowych, a po 10 minutach nacierał te miejsca powyższym płynem i obmywał następnie ciepłą wodą. Wynik szczepienia zawsze był wtedy ujemnym.

3. Należy oglądać jak można najczęściej piersi karmiących i w razie dostrzeżenia chociażby najmniejszego powierzchownego zdrapania usunąć mamkę zupełnie od karmienia, a miejscowo zastosować u niej odpowiednie środki.

Tego rodzaju ostrożność należałoby — właściwie — zachowywać względem wszystkich mamek.

Przepisy, jakie należy zachować przy oddawaniu dzieci do karmienia na wieś; dadzą się sformułować w sposób następujący:

1. Dzieci podejrzane o przymiot bez względu na to, czy w danej chwili mają objawy, lub nie, stanowczo nie powinny być wysyłane na wieś. Wiemy z doświadczenia, iż pomimo zalecań danych kobiecie, aby przy najmniejszych oznakach choroby udawała się do lekarza, ona odkładać będzie to z dnia na dzień, a tymczasem stosować wszystkie znane jej i zalecane przez sąsiadki obmywania, „diachyl-maście“ i t. p. Do lekarza zgłaszają się tego rodzaju chore zwykle dopiero wtedy, gdy już wrzody na piersiach znacznie się rozwiną, a nieraz i później. Że tak jest, dowodzą wszystkie przypadki obserwowane w szpitalu Ś-go Łazarza.

2. Dziecko nie powinno być oddane na wieś przynajmniej przed upływem 2-go miesiąca, gdyż wtedy najczęściej występują objawy wrodzonego przymiotu.

Diday ¹⁾ zebrał 155 obserwacji, w których dokładnie było wiadomem pochodzenie dzieci od rodziców syfilityków. Na 155 dzieci objawy przymiotu wystąpiły:

Przed upływem 1 miesiąca	u	86
„	2	45
„	3	15
„	4	7
„	5	1
„	6	1

Wnioski, jakie wyprowadza Diday ze swych obserwacji, są następujące:

a) Największa liczba przypadków, w których występują objawy wrodzonego przymiotu, wypada pod koniec drugiego miesiąca.

¹⁾ Diday. *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants a la mammelle.*

b) Objawy występujące pod koniec trzeciego miesiąca należą do rzadkości.

Podług statystyki zebranej przez Kassowitz'a ¹⁾ przymiot dziedziczny występował: w 1 miesiącu w 53% przypadków, w drugim—w 32%, w trzecim zaś w 15%.

3. Należy zawiadomić o każdym przypadku odpowiednią władzę gminną i lekarza, by mamka wraz z powierzonym jej dzieckiem była pod nieustanną ich kontrolą.

Może mi być uczynionym zarzut, że w sprawie zabezpieczenia mamek od zarazy podaję przepisy i rady ogólnie i dawno już znane. Wobec jednak wielkiej ich wagi dla samej sprawy oraz smutnych następstw w razie niestosowania się do nich przypomnienie to—przy nadarzającej się sposobności—nie będzie, przypuszczam, zbytecznym.

Powiedziałem wyżej: „nie będąc w stanie zapobiedz w każdym przypadku przeniesieniu się zarazka syfilitycznego od chorego dziecka do ustroju jego mamki powinniśmy się starać, by przynajmniej ilość takich przypadków była jak najmniejszą“. Wątpię czy 49 możemy uważać za taką minimalną ilość, a mianowicie na tej zasadzie, że gdzieindziej jest mniej podobnych przypadków (np. od dzieci z domu podrzutek w Petersburgu zaraziło się w ciągu lat trzech—1882—1884—25 mamek: 4 w szpitalu i 21 na wsi).

Stworzyliśmy więc dla kraju w ciągu dwóch lat 49 nowych ognisk strasznej choroby, ognisk nie podlegających żadnej kontroli, i rozesłaliśmy je w różne strony, pomiędzy ludzi nie mających pojęcia o ich znaczeniu i niebezpieczeństwie,—pomiędzy ludzi, którzy już dotknięci chorobą szukają pomocy... w rumianku i zażegnaniach.

Oto dlaczego nie uważałem za zbyteczne poruszać rzeczy stare i znane.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

146. H. HUCHARD. **Fałszywa dusznica bolesna pochodzenia hysterycznego.**—*La pseudo-angine de poitrine hystérique* ²⁾. Jest jedna postać dusznicy bolesnej, która się prawie zawsze kończy nagłą śmiercią i są znowu inne postacie, które się prawie zawsze kończą wyzdrowieniem. Pierwsza postać może się skończyć wyzdrowieniem tylko przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia skierowanego przeciw cierpieniu tętnic; wszystkie inne postacie kończą się same przez się wyzdrowieniem bez wszelkiego leczenia, lub też przy różnych sposobach leczenia.

Oto są wnioski do jakich autor doszedł na mocy licznych poszukiwań od wielu lat przez się podjętych.

Tylko pierwsza postać jest prawdziwą dusznicą bolesną (*angine de poitrine vraie*), wszystkie inne są fałszywymi (*pseudoangine*); nie stanowią one choroby, lecz są takim samym objawem choroby, jak bicie serca, drgawki i t. p. I w rzeczy samej objawy dusznicowe u chorych na hysteryę, osłabienie nerwowe, niestrawność i dnę pod każdym względem się różnią od objawów prawdzi-

¹⁾ Kassowitz. Die Vererbung der Syphilis.

²⁾ Wyciąg z dzieła Hucharda „Leçons de therapeutique et clinique medicales sur les maladies du coeur” 1889.

wej dusznicy bolesnej, która będąc pochodzenia organicznego i tętniczego zasługuje na miano choroby.

Dla poznania różnicy między hysteryczną, a prawdziwą dusznicą bolesną autor przedstawia słuchaczom swym dwie chore leżące w jednej sali z objawami dusznicy przyrody zupełnie różnej.

Jedna 52 lat mająca kobieta jest dotknięta zwężeniem aorty połączonym z przewlekłym jej zapaleniem. Chorą tę spostrzegął autor jeszcze w r. 1883; przechodziła ona wówczas ostre zapalenie aorty, w przebiegu którego pierwszy raz skutkiem wysiłku spowodowanego trudnym oddaniem stolca doznała gwałtownego napadu stenokardii, charakteryzującego się bólem pozamostkowym połączonym z uczuciem ściskania jakby kleszczami; ból ten rozszerzał się (*irradiation*) na lewe ramię i łokieć. Napad skończył się w ciągu kilku minut pozostawiając przez pewien czas uczucie obawy (*angoisse*). Inne napady, jakie od czasu do czasu się powtarzały, zawsze powstawały pod wpływem jakiegoś wysiłku. Chora ta od wielu miesięcy znowu znajdująca się pod obserwacją autora, od 3 miesięcy pod wpływem leczenia jodowego nie miała ani jednego napadu; leży spokojnie w łóżku i wydaje się pozornie wyleczoną.

Druga chora 30 letnia, dobrze zbudowana kobieta z neuropatycznym dziedzicznym usposobieniem, sama nerwowa i hysteryczka z zupełnym znieczuleniem nagłośni, z nadczułością jajnikową i t. p. dostaje nagle codziennie wieczorem o tej samej godzinie, bez żadnej przyczyny bicia serca połączonego z silnym bólem w średniej części trzeciej przestrzeni międzybrowowej lewej, rozprzestrzeniającym się na szyję i lewe ramię; chora podczas napadu silnie wystraszona, krzyczy że umiera, łaknie powietrza i otwiera łufiki; ręce i nogi są u niej zimne, chora dzwoni zębami. Napad trwa godzinę do półtorej i więcej. Niekiedy występują zbożenia naczynio-ruchowe: twarz blada, końce palców sine, kończyny chłodne, tętno słabe, małe, omdlewanie.

Napady trwają u chorej od r. 1882 raz są silniejsze, drugi raz słabsze.

Gdybyśmy mieli z natężenia objawów, z trwania napadów ilości ich sądzić o ciężkości cierpienia musielibyśmy twierdzić, że stan pierwszej chorej jest mniej niebezpiecznym aniżeli drugiej.

W rzeczywistości jednak pierwsza chora z nielicznymi, lekkimi, krótkotrwałymi napadami jest silnie zagrożoną a to skutkiem ciężkiego cierpienia narządu naczyniowego, gdy drugiej męczonemu ciągle przez napady częstsze, dłuższe i gwałtowniejsze nie grozi żadne niebezpieczeństwo, gdyż napady tu są na tle hysterii.

Rozróżnienie obu tych postaci jest po większej części łatwym tylko w przypadkach, gdy napad dusznicy jest pierwszym objawem hysterii lub też gdy napad hysteryczny przytrafi się u chorego na serce, możemy się znaleźć w wielkiej pod względem rozpoznania trudności.

Zobaczmy teraz wśród jak różnych warunków może się pojawić dusznica hysteryczna.

1. **Dusznicahysteryczna.** (*Angor hysterique*) u mę ż c z y z n. Hysteria zdarza się u mężczyzn częściej aniżeli powszechnie sądzono, nic też dziwnego, że i stenokardja spotyka się wśród licznych objawów hysterycznych u mężczyzn. Wiele przypadków tu się odnoszących autor miał sposobność spostrzegać. Dotyczyły one mężczyzn z wyraźnym neuropatycznym dziedzicznym usposobieniem i przedstawiających pewne charakterystyczne objawy, jak znieczulenia ogólne, rozdrażnienie, często temperament kobiecy. Na mocy objawów tych, niemniej na mocy ujemnych wyników otrzymanych przy badaniu narządu naczyniowego autor rozpoznał fałszywą dusznicę i twierdzi, że w większości przypadków rozpoznanie jest w ogóle łatwym.

2. **Dusznicahysteryczna** jako pierwszy objaw nerwicy. Hysteria, jak wiadomo, może się objawić nie tylko przypadkami periferycz-

nemi; często pierwszymi jej objawami są różne przypadłości ze strony narządów wewnątrznych, jak płuc (*dyspnée hysterique*) serca, żołądka (*hysterie gastrique*) pęcherza i t. p. Autor niedawno widział chorą, która w ciągu 6 miesięcy przedstawiała przypadłości pęcherzowe, odnoszone do obecności kamienia w pęcherzu, a które okazały się hysterycznymi. Jak pierwszym objawem hysterii mogą być przypadłości pęcherzowe, tak również może się ona zacząć od przypadłości ze strony serca pod postacią dusznicy bolesnej.

Autor kilka przypadków tu się odnoszących spostrzegał. Rozpoznanie nie jest zbyt trudnem i opierać się musi na charakterystycznych rysach samego napadu (o czem niżej).

3. Dusznica hysteryczna u chorych na serce i aortę. Tu rozpoznanie fałszywej dusznicy bolesnej może stać się trudnem. Autor przytacza 2 przypadki jeden spostrzegamy przez siebie, a drugi przez Landoussy'ego, w których obok wad aorty usposabiających do prawdziwej dusznicy bolesnej, miały miejsce napady mające wszystkie cechy napadów dusznicy hysterycznej.

4. Dusznica hysteryczna u chorych dziedzicznie usposobionych do chorób serca.

Faktem godnym zaznaczenia jest, że napady dusznicy hysterycznej często się przytrafiają u osób dziedzicznie usposobionych do chorób serca, co dowodzi, że dziedziczność wywiera wpływ na umiejscowienie przypadłości hysterycznych w narządzie stanowiącym *locus minoris resistentiae*. Interesujący przypadek tu się odnoszący autor przytacza; podajemy go w krótkości: 10 Stycznia 1887 r. autor był wezwany do 30 letniej chorej, która od dwóch miesięcy miewała silnego natężenia napady dusznicy bolesnej trwające od 4 do 5 godzin, a odznaczające się bólem w okolicy serca (nie po za mostkiem) połączonym z uczuciem obawy śmiertelnej; ból rozprzestrzeniał się z jednej strony na lewe ramię, z drugiej na dołek żołądkowy. Podczas napadu twarz chorej stawała się bladą, chora skarżyła się na bicie serca. Napad zwykle powstawał bez przyczyny i kończył się bólem w lewym jajniku i obfitem oddawaniem bladego moczu lub też jakimś napadem nerwowym.

Dokładne poznanie dusznicy u chorej tej było tem ważniejszem, że otoczenie chorej przypuszczało możliwość dziedzicznego cierpienia serca; matka bowiem chorej umarła skutkiem cierpienia tętnicy głównej, ojciec od choroby serca, babka skutkiem tętniaka aorty. Lecz autor przy szczegółowem badaniu chorej nie znalazł żadnego zboczenia w narządzie krążenia, i na tej podstawie niemniej na mocy klinicznego obrazu napadów dusznicowych rozpoznał fałszywą dusznicę pochodzenia hysterycznego co i dalszy przebieg w zupełności potwierdził.

5. Dusznica hysteryczna w przebiegu hysterii stwierdzonej. Tu rozpoznanie jest łatwem, napady bowiem dusznicy występują współcześnie z innymi przypadłościami hysterycznymi lub też po nich następują.

Rozpoznanie. Fałszywa dusznica bolesna różni się od prawdziwej następującymi cechami.

a) Prawdziwa dusznica bolesna występuje najczęściej w wieku stwardnienia tętnic, a zatem po 40 latach; hysteryczna w każdym wieku nawet dziecięcym, często jednak po 40 latach w okresie ustania regularności.

b) Prawdziwa dusznica bolesna jest częstszą u mężczyzn, aniżeli u kobiet, co jest bardzo naturalnem, gdyż przyczyny wywołujące prawdziwą dusznicę bolesną jak alkoholizm, przymiot, otrucie ołowiane i t. p. są częstsze u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Hysteryczna dusznica bolesna jest częstszą u kobiet.

c) Napady prawdziwej dusznicy bolesnej wyjątkowo powstają samodzielnie, najczęściej bywają wywołane przez wszelki ruch zmuszają-

cy do wysiłku, szybkie chodzenie przeciw wiatrowi, wstępowanie pod górę i t. p. U chorych zaś na dusznicę hysteryczną napady powstają samodzielnie podczas najspokojniejszego zachowania się, podczas rozmowy, spoczynku, często pod wpływem nieznacznego wpływu psychicznego, często peryodycznie, w nocy, o tej samej godzinie. Napady często powracają (40 do 50 dziennie), po pewnym czasie na dłuższy czas ustają.

d) W przypadkach, w których dusznica bolesna występuje jako pierwszy objaw hysterii łączy się ona zwykle z innymi objawami, które jednak trzeba umieć odnaleźć (znieczulenie nagłośni znieczulenie, połowiczne, nadezulość jajnikowa); najczęściej napady dusznicy hysterycznej wyprzedzają, albo im towarzyszą lub też po nich występują pewne objawy nerwowe, a mianowicie przed napadem charakterystycznym: dreszczyki, ziębienie kończyn, zimne poty; podczas napadu przypadłości hysteryczne oddechowe pod postacią duszności, duszenia się, czkawki i t. p. wzrokowe, szum w uszach i t. p. nakoniec napad kończy się płaczem, obfitem oddaniem moczu, odbijaniem gazów i t. p. Po skończeniu napadu pozostają niekiedy pewne objawy świadczące o cierpieniu nerwowem jak bezgłós, kontraktury.

Wszystkie powyżej wyleczone przypadłości nie bywają spostrzegane przy prawdziwej dusznicy bolesnej.

e) Przy fałszywej dusznicy bolesnej częściej aniżeli przy prawdziwej występują przypadłości naczynioruchowe ogólny skurcz tętniczy rozpoczynający się ziębieniem nóg, silnym dreszczem w połączeniu z dzwonieniem zębami, końce palców są blade, jakby krwi pozbawione, innym razem sine, uczucie marte w palcach, twarz jużto blada, już czerwona, źrenice nierówne, tętnice szyjne tętnią silnie, bicie serca wzmocnione, tętno już to silne, drgające, już słabe, małe, częste niedające się zliczyć i t. p.

f) Przy prawdziwej dusznicy bolesnej ból posiada charakter ściśnięcia; przy fałszywej raczej rozciągnięcia; choremu zdaje się jakby jego serce było za wielkie i chciało się wyrwać z klatki piersiowej.

g) Ból przy prawdziwej dusznicy bolesnej umiejscowionym jest po za mostkiem, najczęściej na wysokości tętnicy głównej, przy fałszywej w okolicy serca (*en plein coeur*).

h) Przy prawdziwej dusznicy bolesnej ból trwa krótko 2 do 15 minut i przy fałszywej godzinę, dwie i więcej.

i) Chorzy na prawdziwą dusznicę bolesną zachowują się podczas napadu spokojnie, nieruchomo, zaledwie odważają się oddychać i z obawą oczekują końca cierpienia; chore hysteryczne krzyczą, rzucają się, są niespokojne.

k) Prawdziwa dusznica bolesna jest cierpieniem ciężkim, prawie zawsze śmiertelnem; fałszywa cierpieniem nigdy się śmiercią nie kończącym.

L e c z e n i e. Przy hysterycznej dusznicy bolesnej najgłówniejszym objawem jest ból, który zwalczycy należy; stąd podczas napadu właściwymi będą zastrzykiwania morfiny, wdychania eteru, chloroform; przy postaci naczynioruchowej wdychania *amylnitritu*. Można też przepisać chlorał w lewatywach lub do wewnątrz, antypyrinę do zastrzykiwań podskórnych.

W przerwach między napadami wskazanymi będą leki przeciwkuczowe i uspokajające: bromek potassu, akonit. Nakoniec jak przy innych cierpieniach hysterycznych najlepsze wyniki osiągnąć można za pomocą leczenia moralnego, odosobnienia, leczenia metodą Weir-Mitschela, hydropatyą i t. p.

(*La Progres Medical* Nr. 24, 25, 28, 29. r. 1889).

147. Dr. BOURGET. Méthode intensive w leczeniu suchot płucnych za pośrednictwem guajacolu i krersotu. Autor stosuje znaczne ilości powyższych środków z celem powstrzymania rozwoju laseczników suchotniczych. Już przedtem Guttman utrzymywał, że dla osiągnięcia tego celu niezbędną jest rzeczą nasycić krew

kreozotem w stosunku 1:4000, a zatem chory musiałby przyjmować przynajmniej 1,0 tego silnie działającego preparatu. Bourget nie zgadza się na podawanie go w kapsułkach lub pigułkach, utrzymuje bowiem, że miejsce w którym następuje rozpuszczenie się kapsułki podlega silnemu podrażnieniu a nawet ograniczonemu zapaleniu; pigułki zaś, do których najczęściej dodają się preparaty takie jak toluński balsam i t. p., nigdy nie rozpuszczają się w przewodzie pokarmowym lecz nazajutrz zostają prawie całkowicie wydalone *per anum*. W przeciągu ostatnich trzech lat autor stosował wewnętrzny i zewnętrzny sposób leczenia suchot płucnych, który nazwał *méthode intensive* i otrzymywał w wielu przypadkach pomyślne rezultaty.

W e w n ę t r z n i e zazwyczaj przepisuje zamiast kreozotu, guajacol, który znacznie mniej drażni przewód pokarmowy i skutkiem tego daleko lepiej bywa przez chorych znoszony. Letnią porą podaje go w winie, a w zimowych miesiącach z tranem:

Rp. Guajacoli 7,5
T rac Chinae 20,0
Vini Malacens 1000,0.

Rozpoczyna od jednej łyżki stołowej (0,5 guajacolu) po każdym posiłku i stopniowo zwiększa ilość do 2 a nawet 3 łyżek. Tym sposobem wielu pacyentów przyjmuje bez wstrętu około 1,0 guajacolu dziennie. Po pewnym czasie jednakże środek ten nie bywa znoszony natenczas przepisywał lewatywy:

Rp. Guajacoli 2,0
Ol. Amygd. 20,0
Gum. Arab. 10,0
M. f. Emuls. c. adde
Aqua dest. 950,0

DS. Na 4 lewatywy.

Dla chorych ubogich przygotować można lekarstwo to przy pomocy żółtka jaja kurzego i łyżki oliwy.

Korzystnie jest podawać na przemiany t. j. w przeciągu dwóch tygodni *per os* a następnie przez dwa tygodnie w lewatywach. W zimie przepisuje w tranie:

Rp. Guajacoli 3,0
Ol. Jecor. Asel. 200,0

MDS. Po łyżce stołowej przy każdym jedzeniu.

Niektórzy chorzy znoszą dobrze 1,5—2,0 *pro die*. Jednocześnie stosuje:

Leczenie z e w n ę t r z n e, zasadzające się na tem, że chory kładąc się spać, naciera skórę klatki piersiowej i rąk następującą mieszaniną:

Rp. Kreosoti fag. 20,0
Ol. Jecor. Asel. 200,0.

Następnie udaje się do łóżka i szczerlnie przykrywa się kołdrą aż pod brodę, tym sposobem całe ciało literalnie kapie się w parach kreozotu, rozwijających się skutkiem ciepła organicznego.

Podczas dnia, jeżeli to się tylko okaże możliwem, a także i w nocy pacyent powinien stosować respirator Feldbauscha, zawierający 2—3 kropli kreozotu. Bourget w swoim szpitalu stosuje rurki kauczukowe długości około 2—3 ctm. szerokości odpowiadającej otworom nosowym, w rurkach pomieszcza watę nasyconą kreozotem, a następnie pomieszcza je w nozdrzach. W ten sposób kreozot zostaje wetchniony do pęcherzyków płucnych. Temi sposobami chory zostaje nasycony kreozotem i to w takiej ilości, jaka według zdania Guttmanna niezbędną jest dla powstrzymania rozwoju laseczniczków suchotniczych. Aby osiągnąć pomyślny rezultat wypada podobne leczenie prowadzić od trzech do czterech miesięcy i podawać chorym dyetę pożywną. Niektórzy

z nich przebywali 5 miesięczną, nie doznając żadnych postronnych komplikacji. Co do samej choroby to rezultaty bardzo często były świetne.

(*Therapeutische Monatshefte*, 1889 Czerwiec str. 279 i nast.) J. Starkman.

ODCZYTY KLINICZNE.

O leczeniu morfinizmu i chloralizmu.

Wykład prof. d-ra ROSENTHAL'A w Wiedniu.

Streścił dr. Wł. Chodecki.

Oddawanie chorym lub osobom pielęgnującym w rękę szpryki Pravatz'a spowodowało znaczne szerzenie się morfinizmu w ostatnim latu dziesiątku i to głównie w intelligentniejszych warstwach społeczeństwa. Również nadużywanie w celach terapeutycznych makuwca (*opium*) i chloralu dostarcza znaczny kontyngens rozmaitych form chronicznego narkotyzmu.

Nim przejdziemy do szczegółowego omówienia leczenia chronicznego morfinizmu, zając się musimy rozstrzygnięciem tej ważnej kwestyi, czy już samo przez się dłuższe używanie zastrzykiwań morfinowych, czy też dopiero trujące dawki tego alkaloidu wywierają zgubny wpływ na organizm? Zebrane dotąd doświadczenia przemawiają wyraźnie na korzyść ostatniego przypuszczenia. Mogliśmy wielokrotnie obserwować osoby, które przez cały szereg lat z powodu bólów lub bezsenności używały zastrzykiwań morfiny, a ponieważ nigdy nie przekroczyły dawki 1—3 centygr. nie doznawały wyraźniejszych zaburzeń w stanie swego zdrowia. Jeden z najznakomitszych niemieckich chirurgów używa zwykle zastrzykiwań morfinowych przed udaniem się na codzienną praktykę lub wykonaniem większej jakiej operacji, ponieważ jednak nigdy nie przekracza średniej dawki, przeto mimo już bardzo długiego używania morfiny czuje się w znośnym stanie zdrowia. W takich przypadkach narkotyk podobnie jak umiarkowanie używany alkohol wywołuje lekko pobudzające (excytujące) działanie.

Przy ciągłym jednak zwiększaniu dawki, zwiększające się szybko niebezpieczeństwo chronicznego zatrucia zmusza do odstawienia tak cudownie działającego narkotyku. Aby uniknąć groźnych objawów upadku sił i samobójstwa oświadczamy się za odwoływaniem powolnym i w tym celu wybieramy dwie drogi. Pierwszą z nich jest wpływ psychiczny, drugą zaś wybór lekarstw zastępujących do pewnego stopnia działanie morfiny.

Wiadomo iż w pierwszym stadium używania morfiny, wrażliwość płciowa znacznie się zwiększa, podobnie jak się to dzieje w początku używania makuwca i arseniku. Przy dłuższym używaniu morfiny siła płciowa znacznie podupada, erekcje członka bywają krótkie i słabe a i pollucye rzadko się zdarzają. Przy chronicznym morfinizmie popęd płciowy zupełnie gaśnie i pollucye ustają. Badanie w dwóch przypadkach nasienia u nałogowych morfinistów, wykazało małą nadzwyczaj liczbę spermatozoów, które się wcale nie poruszały za dodaniem rozcieńczonego roztworu potasu. W drugim przypadku oprócz porażenia mięśnia wyżymacza pęcherza (*detrusor vesicae*) badanie płynu nasiennego nie wykryło wcale ciałek nasiennych. W tym przypadku „intoksykacyjnej azospermii“ oprócz poprawienia się stanu paretycznego mięśnia wyżymacza pęcherza w ciągu kuracji, ponawiane codziennie badanie skonstatowało pojawienie się ciałek nasiennych w spermie. W miesiąc, jak morfina prawie zupełnie zniknęła z urynu, pojawiły się znowu zmyzy nocne, a i naprężenie członka stało się silniejszym.

Spostrzeżeń tych o poprawieniu się siły płciowej po odwyknięciu od mor-

finy, używamy jako bodźca psychicznego na morfinistów. Ci ostatni chcący jeszcze w pełni używać rozkoszy życiowych, pod wpływem nadziei odzyskania siły męskiej, znoszą męźniej całą kurację przedstawiającą im się teraz w łagodniejszym świetle. Męki nieopisane „abstynencyi“ od zdradzieckiego alkaloidu bywają do pewnego stopnia pokonywane przez podnoszącą się siłę woli, mającą za podporę inne jeszcze środki. Niebezpieczeństwo recydywy mogło być do pewnego stopnia zażegnanem przez oświadczenie rekonwalescentom bez ogródki, iż utracą napowrót odzyskaną już siłę płciową rzucając się w objęcia morfizmu.

Oprócz tego wpływu psychicznego nie mniejszą rolę grają środki apteczne mogące zastąpić morfinę. Od dłuższego już czasu używamy w tym celu alkaloidu opium, kodeiny, która szczególnie jako siarczan lub solan kodeiny łatwo jest rozpuszczalną i silniejszą w działaniu aniżeli czysty alkaloid. Przy średnich dawkach działanie odurzające jest nieznaczne a silniejszym pobudzające, jak to podniósł w badaniach swych Eulenburg.

Przy kuracjach odzwyczajających od morfiny używamy przeważnie *codeinum muriaticum* wewnątrznie. W początku kuracyi zamiast wieczornej iniekcji podskórnej przepisujemy 0,02 (gr. $\frac{1}{3}$) do 0,03 (gr. $\frac{1}{2}$) kodeiny, a u bardzo rozdrażnionych chorych łączymy ją z 2-ma lub 3 gramami natri bromati. Następnie przy ciągłym zmniejszaniu liczby iniekcji, powtarzamy wzmiankowaną dawkę kodeiny 3—4 razy na 24 godzin. Dawka $\frac{1}{6}$ granowa morfiny odpowiada $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gr. kodeiny. Zwykle wystarcza gr. $1\frac{1}{2}$ kodeiny na dzień; więcej nad gr. 3 dziennie nigdy nie używaliśmy.

Kodeina działa nasennie, nie wywołując jednak nieprzyjemnego odurzenia. Nie sprawia zaburzeń w trawieniu ani nie zwalnia jak makowiec (*opium*) ruchu robaczkowego kiszek. Również według naszego doświadczenia nie należy obawiać się przyzwyczajenia jak do morfiny. Tem nie mniej trzeba pilnie baczyć na to, by przy zmniejszaniu się objawów „abstynencyi“ odpowiednio redukować i dawki kodeiny. W przerwach doskonale działają kąpiele połowiczne temperatury 26°—24°, dalej zimne nacierania od 20°, a przy bólach i neuralgiach miejscowa faradyzacja znakomite oddaje usługi.

Wyszczególniona tutaj metoda odzwyczajania od morfiny w wielu bardzo przypadkach okazała się skuteczną.

Także makowiec (*opium*) w formie ekstraktu bywa używanym bardzo często do podskórnych iniekcji przy bólach kiszkiowych, kurczach historycznych, neuralgiach i t. d. Mieliliśmy już w leczeniu osoby, które sobie dziennie 1 gramm ekstraktu zastrzykiwały. Skutki nadużycia makowca zdradzają się prędko w ziemistej cerze twarzy, apatycznych rysach, oku bez blasku i wyrazu, w zwężonych źrenicach, braku apetytu, uporczywym zatwardzeniu i zaburzeniach umysłowych. Konieczność usunięcia tego środka w takich razach występuje bardzo wybitnie.

Na zakończenie naszego artykułu wspomnimy o chloralizmie. Zjawiska zatrucia wywołane przez długie i nieumiarkowane nadużycie chloralu dopiero w ostatnich czasach były przedmiotem szczegółowego rozbioru. Aby uniknąć opiatów przy zwalczaniu bólów i bezsenności często obecnie uciekają się do chloralu. Przy przyzwyczajeniu się do środka niektórzy dochodzą do 15—20 grm. dziennie. Ale tutaj sprawdza się orzeczenie łacińskiego poety: „*inidit in Scyllam, qui vult vitare Charybdam*“. Z poważniejszych objawów podnieść należy: bóle stawowe, skłonność do rozwolnienia, duszność i niepokój w okolicy serca, osłabienie umysłowe, drżączka (*tremor*) zaburzenia czucia i ruchu.

Przy powolnem odzwyczajaniu się od trujących dawek makowca i chloralu, doskonałe usługi oddawały konopie indyjskie (*cannabis indica*) w formie ekstraktu.

W miarę usuwania chloralu i makowca przy występowaniu groźnych objawów „abstynencyi“ przepisujemy chorym *extr. cannab. indic.* 1 gram z *Extr. rhei* i *Aloës aq. aa* na 50 pigulek. Z nich zalecamy używać dziennie w miarę potrzeby 3—10 sztuk. Pomysłne działanie nie każe długo na siebie czekać. Sen i apetyt ulegają wkrótce znacznej poprawie. Uderzenia serca stają silniejszymi i regularniejszymi a podnieść można je jeszcze przez używanie małych dawek *t-rae strophanti*. Przez podawanie *cannabis indicac* symptomy „abstynencyi“ można znacznie zmniejszyć.

Chloralizm szerzył się obecnie bardzo; znakomitego pisarza niemieckiego Gutzkowa przypisał on o śmierć.

Sprawozdanie z I-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 51).

Popołudniowe posiedzenie dnia 17/X 89 r.

Dr. Langie z Krakowa „o wilku pierwotnym krtani“. Do kliniki chirurgicznej krakowskiej zgłosił się chory, użalający się na chrypkę od kilku lat trwającą; podając, że leczenie dotychczasowe za pomocą jodku potasu nie odnosi skutku; tutaj rozpoznano nowotwór złośliwy krtani i z tego powodu przedsięwziął prof. Rydygier wycięcie krtani w całości, założywszy poprzednio kanulę Hahn'a po dokonanej tracheotomii; przebieg pooperacyjny nie był zaburzony; obecnie przy pomocy sztucznej krtani Brunsa jest w stanie chory dość zrozumiale mówić i polykać pokarmy nawet płynne. Nie przedstawia operowanego, gdyż ten się nie zgłosił, według wiadomości jednak ma się zupełnie dobrze. Dr. L. okazuje organ wycięty, którego badanie wykazało wilka w krtani; przypadek sam przez się bardzo rzadki, bo w literaturze dotąd znanych jest 6; nasz by więc był siódmy; operację z tego samego powodu wykonał także Wassermann dwa razy, lecz jego chorzy poumierali. Rozpoznanie, jak zawsze, było trudne, gdyż przed zabiegiem ważyło się między kiłą, gruźlicą i rakiem.

Dr. Załoziecki z Czerniowiec okazuje kamień moczowy niezwyklej rozmiarów wydobyty z pęcherza przez „*Sectio alta*“, składający się z dwóch części połączonych ze sobą kawałkiem drutu (zdaje się, igłą kuśnierską) chory przedtem nic nie wiedział o obecności ciała obcego w pęcherzu, ani też nie umie podać, jakim sposobem i kiedy igła się dostała do niego.

Dr. Schramm ze Lwowa „przypadek śródtrzewnowego zranienia pęcherza moczowego.“ U chłopca kilkunastoletniego, przejechanego przez wóz, wystąpiło nagle zatrzymanie moczu. S. założył kateter i przez ten wypuścił około dwóch litrów cieczy podobnej do „ascetycznej“, a przy ucisku na lewe hypochondrium ciecz ta występowała silniejszym strumieniem. Pod chloroformem wykonał laparatomię i znalazł duży otwór w dnie pęcherza, który z łatwością dał się zeszyć. Ranę brzuszną zaszył i założył kateter na stałe, stan się o tyle poprawił, że chory czternastego dnia szpital S-tej Zofii opuścił uleczonej. W drugim przypadku operował sposobem Rydygiera chorego na kamień, suchotnika; rękoczyn udał się dobrze i dzisiaj szósty dzień po operacji, według wiadomości, przebieg prawidłowy. Prof. Rydygier dziękuje Schrammowi, że spróbował jego sposobu cięcia śródtrzewnowego, a co się tyczy pierwszego przypadku, to należy on bezsprzecznie do najrzadszych, a może jest jedyny znany tego rodzaju, gdzie w 48 godzin po urazie udało się szwem uratować życie chorego; zabieg, którego nawet psy nie znoszą, do doświadczeń użyte.

Dr. Ziembicki ze Lwowa „dwa odczyty z dziedziny chirurgii dróg moczowych“. Zadaniem tych odczytu było podanie nowego sposobu leczenia przetok odbytnicowo-cewkowych; przechodzi wszystkie dotąd znane sposoby lecze-

nia, jak symptomatyczne, przecięcie sfinktera, operacje emtoplastyczne (König, Tompson, Verneul), lecz te nie we wszystkich przypadkach możliwe. Z dobrym skutkiem operował Z. swoim sposobem: a) fistulę powstałą przez uderzenie ramięm w międzykrocze krawędzią łóżka, na które go drugi popchnął. W ostatnim razie, gdzie poprzednio wykonano pięć razy plastykę z ujemnym wynikiem, postępowanie Z. było następujące. Dezynfekcja кишки prostej i leczenie wyprysku powstałego przez moc drażniący pośladki, następnie w narkozie cięcie od kości ogonowej, aż do otworu stolcowego; drugie cięcie okrężające stolec, jak do amputacji recti, tęą drogą doszedł aż po nad poziom fistuły w całej części „extraperitonealnej“ odbytnicy, z łatwością udało się odświeżenie i zeszywanie przetoki osobno w „rectum“, a osobno w cewce, nakoniec rotacja rectum około osi podłużnej tak, by szew кишки prostej nie przypadł na szew cewki. Nie sprawia to niebezpieczeństwa zatamowania kału, bo błona śluzowa odbytnicy bardzo jest przesuwalna. Przez sześć dni trzymał się szew na rectum, na cewce się rozszedł, lecz tu zagoiło się „per secundam“ i obecnie ani śladu przetoki.

Dr. Schramm: „o leczeniu gruźlicy kości i stawów u dzieci.“ W szpitalu Ś-tej Zofii we Lwowie miał 232 przypadki gruźlicy różnych stawów: przy „coxitis“ najlepszy miał wynik z metody wyczekującej połączonej z extensją; po przejściu objawów zapalnych pozwala dziecku chodzić, lecz tak, by dziecko ziemi nogą nie dotykało, 55% wyzdrowień. Przy sprawach gruźliczych w kolanie robił najczęściej „arthrektomię“ Volkman'a, lecz ruchomości stawu utrzymać się nie udało; w stawie skokowym, otwiera, wyjmując części chore, a w razie recydywy amputacja, by zapobiedz gruźlicy ogólnej. Wobec gruźlicy łokcia uważa za wskazaną wczesną arthrektomię.

Dr. Jasiński z Warszawy: „o stosowaniu balsamu peruwiańskiego i jodoformu w gruźlicy“. J. używa balsamu peruwiańskiego najczęściej po arthrektomii stawu łokciowego, który cały tym środkiem wypełnia, a używa czystego, sprowadzonego wprost z republiki Sanct. Salvador, na którym nie udało się żadnych kultur mikroorganizmów wyhodować, odnosi działanie tego środka zgodnie z Binzmem do zawartej w nim „cynaminy“. Wogóle stosował b. p. w 11 przypadkach szpitalnych, w 16 ambulatoryjnych i pewnej liczbie w praktyce prywatnej. Gruźlicę stawu łokciowego goił w 3 do 4 tygodni, łyżeczki ostrej używa bardzo ostrożnie, by nie wpędzić jadu w organizm. Żadna inna metoda nie dała tak zadawalniających rezultatów, nigdy nie uważał złych skutków, czy to lokalnych, czy też ogólnych; wszystkie przypadki zakończone były wyzdrowieniem, a nawet stosował ten preparat w zapaleniu kręgów przyrody gruźliczej, gdzie wstrzykiwał rozcieńczony alkoholem co 3 do 4 dni. J. przechodzi następnie historię bals. peruw., który już w 17 wieku używany był w Polsce przez Jana Johstona na rany zanieczyszczone. Jodoformu zaś używał wobec ropni opadowych; te goiły się po 2, 3, 4 krotnych wstrzykiwaniach; niepowodzenia kompletne odnoszą się tylko do trzech przypadków, gdzie nawet przyszło do podwyższenia temperatury.

Dr. Zielewicz z Poznania zapytuje, które ze zdrojowisk polskich najskuteczniejsze są na gruźlicę. Dr. Dukiet radzi Rymanów, nie przyznając rezekcji racyi bytu, „bo przecie choroba jest we krwi“ (sic?). Prof. Rydygier przeciwnie pochwała rezekcję i tłumaczy Dukietowi, że mamy także gruźlicę lokalną. Nastąpił krótki referat D-ra Bogdanika „o leczeniu wypadniętej odbytnicy“. B. opisuje operację wprowadzoną przez Mikulicza.

Dr. Stankiewicz „o leczeniu złamań rzepki“. S. szczywa drutem od r. 1886 odłamki ze sobą i drenuje staw. Wehr sądzi, że sąszek nie potrzebny (w klinice Krakowskiej od dwóch lat zarzucony sprawoz.). Zielewicz radzi do szwów kostnych katgut chromowy (dobry i zwyczajny spraw.). Bossowski

powiada, że już Kocher pierwszy wprowadził szew rzepki. Stankiewicz ma zamiar wymyślić przyrząd, utrzymujący odłamki w należytem położeniu, by się mózdz bez szwu obejść.

Dr. Zielewicz z Poznania. „Konserwatywne leczenie raka wargi dolnej“. Według prelegenta tam się rak nie kwalifikuje do operacji radykalnej, gdzie ma miejsce zbyt rozległe spustoszenie; nie zna sam statystyki, czy chorzy po operacji dłużej żyją, czy jeżeli są pozostawieni samym sobie. Z. traktuje raka wargi dolnej konserwatywnie, t. j. usuwa nowotwór o tyle, o ile wymagają tego względy kosmetyczne lub higieniczne, w ten sposób, że galwanokauterem nakłówa najbliższe sądziedztwo raka (elektropunktura) w tkance zdrowej, a po kilku dniach exstirpuje resztę nożem galwanokaustycznym. Cała operacja odbywa się bezkrwawo, następnie zakłada na ranę gazę jodoformową, a po odpadnięciu strupa, obmywa ją 5^o/₆ rozcyznem karbolu z kokainą, poczem szybko się zabliznia. Dr. Schram widzi tu tylko tę różnicę od sposobów dotychczasowych, że Z. zamiast noża używa galwanokauteru, chory zaś na tem nie niezyska i pewnie nie bardzo jest zadowolony, gdy mu się ślina z ust leje, bo ubytek jest niezakryty. Wehr pochwała operowanie galwanokauterem, bo według Hahna, operując nożem, wpycha się zarazek raka w tkankę zdrową. Barącz zapytuje się, czy często występuje po takim zabiegu ślinotok. Z. odpowiada, że nie ma zamiaru usuwania raka, bo uważa to za rzecz absolutnie niemożliwą (?), lecz zaś tylko palliatywnie. Okazuje fotografię operowanego i powiada że w tym przypadku ⁹/₁₀ wargi było zajęte a nie ma ślinotoku. Schramm jest zdania, że znane są przypadki wyleczenia raka jak się przekonać można ze sprawozdania z kliniki prof. Bryka. Prof. Obaliński tłumaczy, że wobec nowego sposobu operowania, gdzie są wszystkie gruczoły zajęte, usuwa, recydywa coraz rzadziej występuje. Kilka miesięcy temu spotkał człowieka, który przed 18 laty był operowany i dotąd jest bez recydywy.

Dębowski przytacza przykłady z kliniki Wahla w Dorpacie, gdzie po 10 latach obserwowano chorych bez nawrotu. Nieraz badane mikroskopowo powiększone gruczoły usunięte, nie okazywały zmian rakowatych. Prof. Rydygier radzi Zielewiczowi, by zmienił tytuł wykładu, zamiast „konserwatywne“, napisać „palliatywne“ leczenie raka. Z. się zgadza na ten wniosek.

Dr. Solman z Warszawy „przyczynek do kazuistyki torbieli kreski“ przypadek operowany przez prof. Kosińskiego, guz wychodzący z kreski z łatwością dał się usunąć, nie było zrostów, ani związku z częściami rodnemi u niewiasty 20-letniej. Ranę w błonie surowiczej zeszyto szwem kuśnierskim. Chora wyleczona opuściła klinikę. W obec spóźnionej pory przerwano posiedzenie, postanawiając ogłosić wykłady zapowiedziane, które do skutku nie przyszły w sprawozdaniu ze zjazdu.

Na wniosek prof. Rydygiera, postanawiają członkowie w przyszłości zamiast 2, trzy dni na zjazdu wobec obfitości materiału, a dla dogodności w polowie Lipca odbywać.

Nakoniec dziękuje Dr. Ziembicki imieniem członków Zjazdu wydziałowi za poniesione trudy.

Prof. Rydygier zamyka pierwszy Zjazd chirurgów polskich. Wieczorem dnia tego odbyła się uczta w sali hotelu Saskiego, gdzie uczestnicy zjazdu podjebowali prof. Rydygiera.

Dr. Steuermark.

OD REDAKCYI.

„MEDYCYNĄ“ wychodzić będzie w roku przyszłym XVIII-ym swojego istnienia w obecnym **naukowo-praktycznym** kierunku i dotychczasowych terminach. Wysokość przedpłaty żadnej nie ulega zmianie.


Abonentów w Warszawie niezamieszkałych, zawiadamiamy, iż za najdogodniejsze dla nich i dla siebie uważamy przysyłanie przedpłaty wprost do Redakcyi.

Abonentom otrzymującym Medycynę wprost z Redakcyi nadsyłać będziemy zgubione Numera, o ile otrzymamy odpowiednie żądanie przed 1 Marca r. p.

Za zmianę adresu przysłać należy cztery marki pocztowe po 7 kop.

Z powodu układania nowych list prenumeracyjnych, drukowania adressów i t. p. przygotowawczych czynności, pożądanem byłoby wczesne zgłaszanie się z przedpłatą na r. 1890.

Zalegających w opłacie przedpłaty za dobiegające półrocze, upraszamy o pośpiech w nadсылaniu zaległości.

 Do dzisiejszego Numeru dołącza się Spis Rzeczy Tomu XVII Medycyny.

OGŁOSZENIA.

V. KRAFFT-EBING.

ZBOCZENIA UMYŚŁOWE

na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*).

OPACZNE CZUCIE PŁCIOWE.

Przełożył z niemieckiego

Dr. A. Fabian.

Numery Medycyny zawierające powyższą pracę są do sprzedania w Redakcyi Medycyny za cenę 1 rs. 20 kop., z przesyłką pocztową 1 rs. 50 kop.

Najskuteczniejsza przeczyszczająca woda gorzka

FRANCISZKA JÓZEFA

Mam honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach oraz składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos 31.92 „ i 0.79 „

— Friedrichshall 11.20 „

Radca Tajny von Fehling.

Sprzedaż wszędzie.

Dyrekcya w Budapeszcie.

Stuttgart w Marcu 1882.

(258)—0—3

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimská N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 12 Декабря 1889 г.—Druk Maryi Ziemkiewicz
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.