

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach? Wykład wstępny prof. d-ra Rydygiera. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 81. Zapalenie gruczołu krokowego przewlekłe. 82. O podskórnem rozzerwaniu tętnicy podkolanowej. 83. O stosowaniu przetworów sporyszu przy niektórych cierpieniach serca. — **Ze zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbaden.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach?

Wykład wstępny Prof. D-ra Rydygiera

w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Panowie! Z sercem radości pełnem przybywam do Was, żeby zająć miejsce najzaszczytniejsze, jakie osiągnąć może człowiek nauce się poświęcający — miejsce profesora uniwersytetu. Zaszczyt to dla mnie tem większy, gdyż przypadła mi w udziale katedra naszej prastarej wszechnicy Jagiellońskiej, z której od wieków światło wiedzy rozpromieniało się nietylko na nasze rodzime ziemie, lecz i daleko po za granice naszej ojezyny. Ztąd dla mnie pierwszy obowiązek wypowiedzenia najgłębszej wdzięczności tak dla najjaśniejszego Pana i wysokiego Rządu, jak niemniej dla dostojnego grona profesorów wydziału lekarskiego, które uznało mnie godnym powołania na katedrę. Odznaczenie tą wysoką godnością nie jest atoli jedyną, ani nawet najgłówniejszą przyczyną mej radości. Nie, przyczyny jej głębszej szukam gdzieindziej. Szczęściem prawdziwem nazywam, iż powrócić mogę do ulubionego zawodu nauczycielskiego i z całą swobodą poświęcić wszystkie moje siły uprawianiu wdzięcznej nauki chirurgii. Mam już nie nadzieję, ale pewność zupełną, że do pracy tej Panowie pospieszycie nie tylko z młodzieńczym zapałem, bo tego nam nigdy nie brakło, ale z mężką wytrwałością i poprzecie moje usiłowania głębokiem zamiłowaniem do tak twardego wprawdzie, ale i wielce zaszczytnego zawodu, jakim jest przyszły Wasz zawód lekarza.

Część nauki lekarskiej, którą nam tu powierzono, nie najpośledniejsze miejsce zajmuje w tym przyszłym Waszym zawodzie; jaką drogą ją ogarnąć i przyswoić sobie najłatwiej i najdokładniej, postaram się wyjaśnić w dzisiejszym wykładzie. Zajmiemy się więc pytaniem, jaką być powinna nauka chirurgii, aby odpowiadała postępom naszych czasów i uczyniła przyszłego lekarza zdolnym do wypełnienia wielkich, ale słusznych wymagań.

Wicie Panowie wszyscy o wielkich postęпах, jakie zrobiła chirurgia w ostatnich 15 latach, o tych postęпах tak olbrzymich i tak świetnych, że nawet nie lekarzy uderzyły niebywałemi dotąd wynikami. Rozwój ten chirurgii szybki i zadziwiający, który nie przypadł jej szczęśliwym trafem, niby skarb mimochodem znaleziony, lecz jako owoc pożywny wychodowany znojem i wy-

trwałą pracą wielu i najznakomitszych przedstawicieli nauki lekarskiej, zdobył nowe pola dla jej działania i większe znaczenie nie tylko w nauce, ale i w życiu praktycznym. Wzrost zaś ten znaczenia chirurgii, tem samem nietylko zachęca, ale domaga się natargu od Was Panowie pilnego i gorliwego zajęcia się tą piękną i wdzięczną gałęzią nauki lekarskiej, którą lekarz, aby sprostać wymaganiom naszych czasów, powinien nietylko pobieżnie znać, ale i sam pielęgnować. Nie myślę bynajmniej żądać od Panów, żebyście uprawiając naukę chirurgii zapomnieli o medycynie wewnętrznej i innych gałęziach nauki lekarskiej. Nieodpowiadałoby to ani waszemu przeszłemu zawodowi, ani na dobre by nie wyszło nauce chirurgii samej. Nie dawno temu BERGMANN dowiódł w świetnej mowie, jak silnie mimo swych własnych olbrzymich postępów i olśniewających wyników chirurgia opiera się o wewnętrzną medycynę i jej nauki pomocnicze i jak z nich ciągnie swe soki odżywcze. Bo też nie wystarcza dla operatora władać dobrze ostrzem noża i zgrabnie pokonywać trudności techniczne; nie wystarcza, żeby umiał podług pewnych zasad opatrzyć ranę; nie—wymaga się wiele więcej od niego. Powinien wiedzieć dla czego zadaje ranę i co spodziewa się w głębi znaleźć; powinien wiedzieć, dla czego rana przygotowana i opatrzona podług przepisu nie ulegnie zakażeniu; jednym słowem, powinien znać nie tylko sam sposób postępowania, ale także i przyczyny i istotę chorób, jakie ma usunąć. Na przykładzie lepiej to poznać. Otóż, wicie Panowie, że do operacyi najczęściej w naszych czasach wydoskonalonych należą przedewszystkiem leparatomie. Aby jednak leparatomia wykonać, niedosć jest umieć przysposobić wszystko do niej podług wszelkich prawideł antyseptyki; nie dosć też zręcznie otworzyć jamę brzuszną w samej smudze białej bez obrażenia jelit nasuwających się pod nóż, ale trzeba koniecznie znać wszelkie sposoby, jakich dostarcza badanie fizyczne wykształcone przez medycynę wewnętrzną, aby poprzednio rozpoznać, jakiego rodzaju i jakiego przyrzędu chorobę usunąć nam wypadnie. Dobrze do tego zapoznać się trzeba z używaniem stetoskopu, drobnowidza i epruwetki, żeby sprostać wymaganiom chirurgii. Byłoby wprawdzie wygodniej otworzyć żywot nożem i zobaczyć co w nim jest za cierpienie i w jakim przyrzędzie się mieści, licząc na bezkarność takiego postępowania w dzisiejszych czasach antyseptyki, ale często na tem źle by wyszedł chory, gdyż nieraz znalazłby operujący stan rzeczy taki, na który wcale nie był przygotowany, nieraz zupełnie niepotrzebną i bezcelową wykonałby operacyą, a piękna nasza nauka obniżałaby się do rzemiosła.

Nowoczesna chirurgia przez to, iż zapuszcza się coraz głębiej i zdobywa sobie coraz nowe wawrzyny, odsłaniając nożem nietykane dotąd narządy ciała ludzkiego, przejmuje zarazem obowiązek nauczania się od medycyny wewnętrznej jej sposobów badania i rozpoznawania chorób, a od fizjologii dokładnego poznania ich czynności. Tak więc z rozszerzeniem pola działania chirurgii powiększyły się nie tylko wymagania wiadomości specjalnie chirurgicznych, ale nie mniej nastąpiła potrzeba dla chirurgów śledzić pilnie za postępowaniem pokrewnych gałęzi. Chirurgia rozrastając się coraz bardziej w naszych czasach i rozszerzając obszar swego działania, nie odpycha niewdzięczna swej macierzy—medycyny wewnętrznej—ani nie wypycha jej z danego stanowiska, przeciwnie

tem dokładniej zbliża się do niej i czerpie z jej bogatego skarbcza wiedzy, jak wdzięczna córka od dobrej matki bierze od niej pełną garścią z zasobów nagromadzonych, ale nie jej nie wydziera.

Uważałbym za wielką klęskę i cofnięcie się daleko wstecz, gdyby urządzono napowrót dawniejsze szkoły niby specjalnie chirurgiczne, a więcej golarские, których niektórzy znowu się dopominają. Nie sama bowiem, choćby największa biegłość w technice znamionuje operatora, ani nie sama wprawa ręczna—aczkolwiek ważna—stanowi naukę chirurgii; ważniejszym jest poznanie przyczyn i istoty chorób chirurgicznych, dokładne ich rozpoznanie i uzasadnienie wskazania do operacyi. Dla tego też dzieli się nauka chirurgii naturalnym porządkiem rzeczy na część teoretyczną i praktyczną. Prawda, że w ostatnim czasie zaniedbywano nieco części pierwszej prawie wszędzie, a na wykłady teoretyczne nie wielu chętnych słuchaczy uczęszczało, lecz zupełnie nielubnie.

Chirurgia ogólna stanowi jedną z najważniejszych części nauki chirurgicznej. Ma ona zapoznać przyszłego lekarza z całym zadaniem chirurgii, z istotą i przyczynami chorób chirurgicznych, z ogólnymi ich cechami i rozpoznawaniem, a w końcu i z ich leczeniem. Chirurgia ogólna wprowadza w studyum najważniejszych zagadnień chirurgicznych, obejmuje naukę o ranach, o sprawach zapalnych, o gorączce i o nowotworach, dając nietylko ogólny pogląd na te sprawy, ale i naukową dla nich podstawę. Kto więc tę część nauki dokładnie poznał i zupełnie sobie przyswoił, ten nietylko łatwiej pojmie wykłady kliniczne, ale podobnie i później, kiedy wystąpi w praktyce i samodzielnie pracować będzie, nie zaskoczy go nieporadnego jakiś rzadszy przypadek, którego w czasie krótkiego swego pobytu w uniwersytecie może w klinice nie widział. Za pomocą przejętych i przetrawionych w umyśle ogólnych zasad z łatwością ułoży sobie plan postępowania i w przypadkach niezwykłych. Kto bowiem nauczył się, jak oceniać rany i ich doniosłość wogóle, jak je opatrzyć, kto wie na czym polega dobry opatrunek, dla czego ranę tak, nie inaczej przysposobić należy, żeby zapobiedz jej zakażeniu i zabezpieczyć pewne jej zagojenie bez zaburzeń, ten zapomocą ogólnych swych wiadomości, nieco rozważki i pewnej zręczności nietylko dobrze zaopatrzy nieznaną, powierzchowną ranę, ale—tego jestem pewny—ten nie może źle zaopatrzyć rany ciężkiej, niezwykłej, choćby nieszczęśliwym trafem może ani razu nie widział opatrzenia podobnego w klinice. Jednakowoż jasną jest rzeczą, że ten, kto się nauczył, choćby tylko teoretycznie, jak sobie postąpić w każdym poszczególnym przypadku, prędzej, dokładniej i z większą pewnością załatwi sprawę. I otóż mamy powód, żeby nie zaniedbywać teoretycznych wykładów chirurgii szcze-gółowej. Wprawdzie nie można w tak krótkim czasie, jaki jest przeznaczony na te wykłady wyczerpnąć całego obszernego przedmiotu chirurgii szczegółowej, mianowicie w dzisiejszych czasach tak bogatych w nowe na tem polu zdobycze. Ktoby chciał choć w części zadaniu temu sprostać, musiałby rzecz bardzo pobieżnie przedstawić, nieomal tylko suchy wyciąg, a raczej spis rozdziałów podać, coby słuchających więcej znużyło, niż pouczyło. za najodpowiedniejsze przeto uważam wykłady z pewnych naukowo lub prak-

tycznie ważniejszych rozdziałów chirurgii szczegółowej, które dokładnie omówione, mogą dać jasny obraz pozostający na całe życie w umyśle słuchaczy. Może mi kto odeprze, że takie wykłady teoretyczne chirurgii ogólnej i szczegółowej są niepotrzebne, gdyż wygodniej można w domu tego samego z książki się dowiedzieć. Nie bez przyczyny zarzut ten podnoszę, bo wiem, że takie mniemanie jest daleko i szeroko rozpowszechnionem. Żywe słowo jednak zawsze inaczej utkwi w pamięci, niż czytane i inny wpływ wywrze, a przynajmniej wywrzeć powinno, niż litera martwa. Nie raz, ale kilkakrotnie słuchałem z największą przyjemnością nie tylko jako akademik, ale i jako ukończony lekarz i asystent wykładu ogólnej chirurgii wygłaszanego rok w rok z nadzwyczajnym talentem i niezrównanym darem wymowy przez nieodżałowanego mego nauczyciela ś. p. HUETERA. Nie wielu, a bodaj żadnemu z żyjących chirurgów z nim się mierzyć co do wymowy, a tym mniej mnie; tyle tylko zaręczę w tej tak uroczystej dla mnie chwili mogę, że jak w wielu innych sprawach, tak i pod tym względem usilnie starać się będę wejść w jego ślady. Szczęśliwy byłbym, gdyby mi się udało choć cząstkę tylko tego zamiłowania do naszej specjalnej nauki u Was, Panowie, rozbudzić, jakie on wpoić potrafił licznym swoim słuchaczom. Bo też nieograniczał się do tego, aby czarować nas swą wymową, lecz teoretyczne wykłady urozmaicał licznymi demonstracjami, już przedkładając ryciny lub preparaty, już też robiąc rozmaite przed oczami naszymi doświadczenia na zwierzętach żywych. Dla tego też wykładu jego o ogólnej chirurgii ani w części zastąpić nie było można, choćby i najpilniejszym odczytywaniem własnego jego podręcznika. Tam na jego wykładach poznałem, jak ważną rzeczą do zrozumienia zagadnień chirurgicznych jest patologia eksperymentalna, użyta w celu wyjaśnienia niektórych spraw chorobowych. Jeżeli eksperymentowi chirurgii nowszych czasów tak wiele zawdzięcza, i jeżeli eksperymentu głównie do jej postępów się przyczyniły, to też zapewne nie jest stratą czasu, ani daremnym mozołem powtórzenie niektórych doświadczeń na żywych zwierzętach przed słuchaczami, żeby naoecznie i namacalnie poznali te sprawy. Krótkie np. spojrzenie w drobnowidz przedstawiający doświadczenie COHNHEIMA na żywej żabie, da nam daleko jaśniejsze pojęcie o sposobie powstawania i cechach sprawy zapalnej podług jego poglądów, niż zmułne czytanie długiej rozprawy o tym przedmiocie. Eksperyment jest ważną podstawą wszystkich nauk przyrodniczych; nie może się też bez niego obywać nauka medycyny, szczególnie zaś zajmująca nas tutaj nauka chirurgii. Wprawdzie nie dają nam nasze eksperymenty nigdy tak niewątpliwej odpowiedzi, jaką w nich znajdują badacze innych nauk przyrodniczych, ponieważ ciała, któremi się zajmujemy, nie są tak proste, zagadnienia nie tak ściśle określone. Jeżeli np. zastrzykniemy królikowi ropę pod skórę, żeby wywołać gorączkę, ileż to ubocznych niezupełnie znanych i skomplikowanych spraw wkłada się równocześnie mimowoli w nasze badanie. I tak nie są nam niewątpliwie znane wszystkie części składowe ropy, a tem mniej ich działalność z osobna, a jakżeż dopiero myśleć o matematycznie ścisłym dowodzie opartym na tak złożonym przyrządzie, jakim jest ciało zwierzęce. Mimo tych słabych stron stanowią doświadczenia na zwierzętach żywych przedsięwzięte, z należytą ostrożnością, jedną

z najpewniejszych podstaw dzisiejszej medycyny i najdzielniejszą pomoc do wytlomaczenia znacznej liczby zawitych jej zagadnień. To też podobne przedstawienie przedmiotu ułatwia nie tylko jego zrozumienie, ale utrwała pamięć o nim i wpaja go głęboko w umyśle, a wzbudza zamiłowanie do niego. Nigdy też i najpilniejsze studium w domu z książki zastąpić nie może takich wykładów.

Nabywszy przez wykłady teoretyczne pewnego pojęcia o chirurgii w ogólnym jej zarysie, jakoteż i o niektórych szczegółowych jej rozdziałach, można dopiero z korzyścią rozpocząć zwiedzanie kliniki chirurgicznej i to w pierwszym półroczu więcej tylko przyglądając się i przysłuchując, a w następnych dopiero biorąc czynny udział w pracach klinicznych. Nauka w klinice jest bezwątpienia najważniejszą częścią nauki chirurgii. Tutaj ma się przyszły lekarz zapoznać o ile możliwości z istniejącymi chorobami, ze sposobem ich badania, ich rozpoznawaniem i leczeniem. W klinice jedyną szkołą, żeby go nauczyć, w jaki sposób później samodzielnie ma postępować. Za przykładem mego nauczyciela przyjętym zresztą i gdzieindziej, chciałbym naukę w klinice tak urządzić, żebyście Panowie sami chorego badali i cierpienie jego rozpoznawali korzystając z nabytych już poprzednio wiadomości z chirurgii ogólnej i szczegółowej, podczas gdy sam tylko pytaniami i wskazówkami tu i owdzie dorzuconymi starać się będę kierować tak Waszych myśli i sprawę Wam ułatwić. Za najwięcej pouczający sposób badania chorych w klinice uważam ten, że najprzód obejrzymy sobie chorą część, później obmacamy ją, dalej zbadamy pod względem czynności, a w końcu dopiero wypytamy się chorego. Ten sposób uczy patrzeć i to co się widzi, samodzielnie zestawzić, bez poprzedniego uprzedzenia i naprowadzenia na rodzaj cierpienia przez chorego samego. Nauczyć zaś patrzeć i widzieć, to jedno z najważniejszych zadań kliniki, bo patrzeć okiem chirurga, to nie tak łatwo, jak się wydaje. Trzeba umieć uchwycić od razu różnicę chorobowo zmienionej części ciała, od jej postaci prawidłowej. Do tego trzeba znać i umieć sobie w pamięci odtworzyć zarysy zdrowego ciała i jego części; znajomość dokładna anatomii ciała ludzkiego, jest do tego pierwszym warunkiem. Skoro sobie dokładnie obejrzymy miejsce chorobą zajęte i zaznaczymy, czem się różni w swej zewnętrznej postaci od stanu prawidłowego, przystąpimy do wymacania. Przez tę część badania wysledzimy, czy chora część jest gorącą czy zimną, twardą czy miękką, wreszcie—co w wielu przypadkach pewnej wymaga wprawy—czy jest w miejscu tem chelbotanie, lub czy go niema. Następnie przez poruszanie, staramy się rozpoznać stosunek chorego miejsca do sąsiedztwa, np. w obec guzów, czy zachodzą zrosty mniej lub więcej ścisłe z tkankami przyległymi i z którymi. W dalszym toku badania przekonamy się, czy czynność przyrządu badanego jest prawidłowa lub nie, np. w cierpieniach stawowych, czy ruchomość ich jest prawidłowa, czy też zmniejszona lub nad miarę powiększona. Zbadawszy tak chorego, już będziemy mogli w przypuszczeniu rozpoznać jego cierpienia w bardzo wielkiej liczbie przypadków; nieraz nawet uda nam się odgadnąć czas trwania choroby i jej przyczynę, co nie tylko pobudzi bystrość naszego umysłu, ale zarazem uderzy chorego i wpoi mu większe zaufanie do naszych wiadomości, a tem samem i do naszego leczenia. W końcu dopiero, żeby nasze rozpoznanie więcej upewnić i uzupełnić, wypytamy się chorego.

Wspólnie też omówimy tu w klinice, po zbadaniu, s p o s o b y l e c z e n i a, a kiedy wydarzy się pomiędzy kilkoma wybierać, uzasadnimy, dla czego właśnie w poszczególnym przypadku, jednemu z nich damy pierwszeństwo przed drugimi. Przed oczyma też Panów będziemy wykonywali leczenie i proszę Was nie tylko bacznie śledzić wykonanie operacji, ale uważać nie mniej na przygotowania do niej i na sposób opatrywania; są to bowiem rzeczy nie mniejszej wagi, niż operacja sama. Mimo, że przygotowania do operacji zajmują wiele czasu, dokonywać ich będziemy w Waszej obecności, aby, że tak powiem, czystość chirurgiczna stała się Wam drugą naturą, abyście się Panowie tak do tego przyzwyczaili, iż zupełnie niemożliwą będzie dla Was rzeczą o tem zapomnieć lub kiedykolwiek tego zaniedbać; iż więc nigdy inaczej, nigdy błędnie postępować nie będziecie. Nie mniejsze znaczenie ma zakładanie opatrunków, zwłaszcza pierwszego, który zwykle stanowi wpływ wywiera na cały dalszy przebieg pooperacyjny, a nieraz rozstrzyga o życiu lub śmierci chorego. Więc i to powinniście jaknajczęściej widzieć, żeby się dokładnie nauczyć. Z wyniesieniem chorego ze sali operacyjnej, nie powinien jeszcze ustać interes Panów dla niego. O ile stosunki na to pozwolą, postaram się, aby przed wypisaniem, chorego Panom przedstawić, abyście się przekonali o skutku naszych zabiegów leczniczych i wyrobili sobie sąd własny, o wartości naszego postępowania. Każdego przytem chorego chciałbym oddać pod szczególniejszą opiekę jednego z Panów, od którego nie tylko życzyłbym sobie, ale wyraźnie żądam, aby się nim pod kierunkiem asystentów szczegółowo zajął, a przedewszystkiem sporządził dokładny opis jego choroby. W jaki sposób opis taki zrobić, do tego każdy z Panów otrzyma odpowiednie wskazówki. Korzystnem by było, gdyby każdy z Was Panowie, któremu chorego specjalnie polecę, przed wygotowaniem opisu jego choroby, przejrzał w domu odpowiedni rozdział w podręczniku, bo tylko wtenczas będzie wiedział, na co ma zwracać główną uwagę, nie ważniejszego nie opuści i tylko wtenczas odniesie z oddanego sobie przypadku korzyść rzeczywistą.

Zamierzam też poruczać c h l o r o f o r m o w a n i e po kolei jednemu z Panów. Jest to wprawdzie wielka niedogodność dla operującego, bo uwagę swą dzielić musi pomiędzy operację a przebieg znieczulania, dla Panów atoli będzie miało takie postępowanie tę wielką korzyść, że się nauczycie chloroformować i pozbędziecie się na pożytek późniejszych waszych chorych, obawy przed tym rękoczynem. W jaki sposób chloroformować i jak zaradzić zachodzącym nieraz mimo wszelkiej ostrożności, zaburzeniom podczas chloroformowania, o tym pomówimy innym razem. Może też będziemy mieli tę przykrą sposobność pokazania Panom tu w klinice, jak sobie postąpić należy w podobnym przypadku. Daj Boże, by nigdy przypadłości te nie przybrały groźniejszego charakteru i aby zawsze udało się uchronić chorego i nas od nieszczęśliwego a przykrego wrażenia śmierci wskutek chloroformu; zdarzenia, które i w najlepiej prowadzonych klinikach, miały już miejsce. Tylko ostrożność, posunięta niemal do przesady, obok szybko przedsięwziętych środków zaradczych, uchronić zdoła od takiego nieszczęścia. Wyjątkowo niestety wszystko zawodzi.

Postępując w dopiero co skreślony sposób, tuszę sobie panowie, że nie bez

korzyści będziecie zwiedzali klinikę tutejszą, mimo wielkich jej wad obecnych i niedostateczności. Nadzieja, że wkrótce, dzięki szczodrobliwości troskliwego naszego rządu, ujrzymy się w odpowiedniejszym umieszczeniu, niech nam osładza braki tego tu zakładu, a zdwojona pilność niech je wyrównywa.

Jako dopełnienie klinicznych godzin, uważać można praktyczne ćwiczenia, jakie się odbywają w kursie operacyjnym i w kursie zakładania opatrunków. Ze względów humanitarnych niepodobna odrazu rozpoczynać pierwszych prób władania nożem na chorym człowieku. Koniecznym jest, nabrać pierwiej pewnej wprawy i biegłości w operowaniu na trupie. Nietylko że nauczymy się w ten sposób wykonywać pewnych operacyi, mianowicie stałych, typowych, ale znajdziemy zarazem sposobność przypomnienia sobie stosunków anatomicznych, które—jak wiadomo—bardzo szybko w pamięci się zacierają. Zwracając w czasie operowania na zwłokach uwagę, na stosunki u żywego, można tem więcej korzyści z tej nauki odnieść. Ostatecznie tym tylko z panów mogę pozwolić wykonywać niektóre łatwiejsze operacje w klinice, o których zręczności pierwiej naocznie się przekonam w kursie operacyjnym.

Częścią niejako teoretyczną kursu operacyjnego, jest anatomia chirurgiczna. Nikt nie zaprzeczy, jak ważną jest dla każdego trudniącego się chirurgią, znajomość anatomii w ogóle. Anatomia chirurgiczna zaś nie jest niczem innym, jak anatomią zwyczajną, zastosowaną do potrzeb chirurgii. Nie ma ona jednak być tylko powtórzeniem anatomii popisowej lub topograficznej, z dodaniem wskazówek tu i owdzie wtrąconych, odnoszących się do potrzeb chirurgicznych lub objaśnień stosunku części anatomicznych do niektórych operacyi lub zranień. Jakkolwiek jest to bardzo pouczajacem i jakkolwiek anatomia chirurgiczna nie może obejść się bez demonstracyi na trupie, a nawet głównie niemi się posługuje, to przecież powinna ona uczyć rozpoznawania stosunków anatomicznych także na człowieku żywym, za pomocą wzroku i dotyku, powinna starać się o to, aby słuchacze nabrali zdolności i wprawy w przenoszeniu wiadomości na trupie nabytych, na człowieka żyjącego.

Kurs zakładania opatrunków, jak go jeszcze przed niedawnym czasem prawie wszędzie odbywano, składał się z wyliczenia i wprawiania się w dawniejsze typowe opatrunki, z dodatkiem nauki o ustaleniu i układaniu członków, a więc nauki o opatrunku gipsowym, o szynach i extenzyi. Taki kurs dziś już nie jest wystarczającym. Nie myślę wcale zaprzeczyć pożyteczności ćwiczeniom w zakładaniu starodawnych, typowych opatrunków, jak czapki Hippokratesa i t. p. Mimo, że dziś zaledwie wyjątkowo zakładamy ściśle podług dawnych przepisów taki opatrunek, jednak sztuczne i złożone te sposoby niezmiernie uczą i dobre są jako ćwiczenia przygotowawcze. W dzisiejszych jednak stosunkach, daleko ważniejszym jest, żeby każdy z panów nauczył się dokładnie zakładać opatrunek przeciwnilny. Na takim kursie najlepsza jest sposobność wskazać, jak ważna jest każda drobnostka, na którą w klinice zwrócić z osobna uwagi niepodobna. Tutaj też jest miejsce stosowne do pokazania rozmaitych materyałów przeciwnilnego opatrunku, jakich w różnych klinikach się

używa; tutaj można by też wskazać sposoby, za pomocą których sprawdzić można rzeczywistą wartość rozmaitych materiałów przeciwnilnych i w jaki sposób, przynajmniej niektóre z nich, samemu sobie przyrządzić.

Otóż tak panowie przedstawia mi się odpowiedź na pytanie, jaką powinna być nauka chirurgii w naszych czasach. Postępując tą drogą, spodziewam się, że nauczycie się tyle, aby w późniejszej praktyce móc sobie poradzić z przypadkami chirurgicznymi. Nie będziecie panowie wprowadzić wtenczas już operatorami, bo do tego trzeba jeszcze długiej pracy i nauki specjalnej. Nie jest to też zadaniem nauki chirurgii podczas krótkiego studium uniwersyteckiego i nie w tym celu ją się tu wyklada. Tu tylko tyle uczymy, ile każdemu lekarzowi koniecznie jest potrzebne. Nikt więc z panów nie ma prawa powiedzieć, że nie myśli się później chirurgią zajmować, że nie chce nigdy żadnych operacji wykonywać i że dla tego zaniedbywać mu wolno wykłady chirurgiczne. Chociaż lekarz nieraz niema chęci zajmowania się chorobami chirurgicznymi, to jednak zdarzyć się może, że potrzeba do tego go zmusi. Nie tak łatwo bowiem w mniejszych miejscowościach znajdzie kolegę, kteremuby mógł powierzyć przypadki chirurgiczne, a zresztą zdarza się często, iż szybka pomoc chirurgiczna koniecznie jest potrzebna, gdzie każda zwłoka może chorego o życie przyprowadzić. Gdy krew broczy obfitym strumieniem, lub przez wielką ranę powłok brzusznych jelita wypadły na zewnątrz, gdy ciało obce wpadło do krtani i grozi zaduszenie, czy wtenczas przywołany lekarz oglądać się będzie za pomocą specjalisty operatora? Wtenczas namyślać się nie wolno i ociągać z pomocą i każdy powinien umieć w takich razach sam zaradzić. W innych przypadkach, nie nagłych, ale nie mniej ważnych, gdy chodzi o chorobę, którą wcześniej rozpoznaną, z łatwością i doszczętnie usunąć można, a która źle rozpoznana i zaniedbana, nietylko zdrowie na zawsze niszczy, ale i życiu zagraża, lekarz, przez niezajomość chirurgii, w równej mierze zaszkodzić może. Każdemu więc z was bez wyjątku, przykładać się trzeba pilnie do nauki chirurgii. Może zdołam własnym zamięłowaniem i własnym przykładem zagrzać panów tak do specjalnej naszej nauki, że nietylko ze względów praktycznych, nie z przymusu niejako uczyć się jej będziecie, lecz ją tak pokochacie, iż największą uciechą dla was będzie z nią się zapoznać jak najściślej, tak jak dla mnie największą będzie przyjemnością wskazywać wam do tego drogę. Jeżeli taki zapal i takie zamięłowanie do przedmiotu naszego zdołałbym w panach rozbudzić, byłoby to największą nagrodą moich zabiegów, mej pracy.

Wspólnie więc i z równym zamięłowaniem zabierzmy się do dzieła, a stanie gotowe dzielne i ładne, my zaś w zapale nie poczujemy ani ciężaru tej pracy, ani zmęczenia.

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa
Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 42).

c) Uwagi dotyczące śmiertelności oraz rokowania dla matek i dzieci wobec eklampsyi.

Niezbyt wiele nowego mamy pod tym względem do zanotowania. Co się dotyczy śmiertelności matek przy eklampsyi, w rozprawie z r. 1870 wyprowadziliśmy dla niej stosunek jak 1:3 lub $4\frac{1}{2}$, zaznaczyliśmy też, poprawienie się tego stosunku, względnie do dawniejszych jeszcze wyników, a poprawę ową ośmieliliśmy się przypisać korzystnie zmienionym pojęciom o istocie choroby a ztąd i zmienionym sposobom jej traktowania. Dla dzieci stosunek śmiertelności wyprowadziliśmy podług danych KIWISCH'A i BRAUN'A jak 1:3. Zobaczymy jakie też są cyfry śmiertelności obecnie.

Z nowszych autorów SCHAUTA (*op. cit.*) odsetek wyzdrowień matek przy eklampsyi oznacza na 63,5%, śmiertelność zaś ich na 36,5%, stosunek zatem wyzdrowień do śmierci u niego jest znacznie gorszym od stosunku wyprowadzonego przed wielu laty przez VELPEAU; tenże SCHAUTA dowodzi iż śmiertelność dzieci wynosi 24,3%; utrzymuje też że śmiertelność jest większą u kobiet kilka razy w ciąży bywałych niż u pierwiastek wobec eklampsyi, co potwierdza zebrane poprzednio wyniki statystyczne THOMAS'A SIMON'A (*Bijdrage tot de Leer der Stuipen bij Zwangeren, Barenden en Kramvrouwen. Nederl Tijdsch. voor Geneeskunde* 1869. Abd II p. 321) który przez zestawienie większej liczby przypadków eklampsyi wykazał, iż na 113 pierwiastek podległych tej chorobie zmarło z niej samej 16, z chorób położowych 19, zaś 78 wyzdrowiało; tymczasem na 20 kobiet u których eklampsya objawiła się nie przy pierwszej lecz przy jednej z późniejszych ciąży, 10 umarło z napadów choroby, 1 z choroby położowej a tylko 9 wyzdrowiało. Z 92 dzieci eklamptyczek pierwszy raz rodzących 36 umarło, a 56 pozostało żywemi. Zaś z 11 dzieci eklamptyczek nie-pierwiastek 6 urodziło się martwych a 5 żywych. C. BRAUN (*op. cit.*) utrzymuje iż w klinice jego wiedeńskiej umiera tylko 25% eklamptyczek. LÖHLEIN (*op. cit.*) wyprowadza dla śmiertelności matek z eklampsyi wogóle odsetek zgodny z odsetkiem kliniki berlińskiej i drezdeńskiej t. j. 32%; oddzielnie dla przypadków eklampsyi porodowej i położowej wyprowadza śmiertelność matek na 40% (?). Jest on zdania iż ze względu na tak wysoki odsetek śmiertelności do dziś się utrzymujący, nie może być mowy o polepszeniu rokowania wobec eklampsyi. Zaznacza też iż z 4-ch jego przypadków bez białkomoczu, żaden nie umarł; utrzymuje wreszcie że przy eklampsyi w ciąży, bezpieczeństwo dla matki tym będzie większem im choroba później u ciężarnej się objawia; objaśnia

zaś to mniejszą intoksykacją w przypadkach eklampsji przychodzących w późniejszych miesiącach ciąży.

Przejdźmy z kolei do zastanowienia się nad śmiertelnością przypadków eklampsji krajowych, a to celem porównania jej z zagraniczną: Z tablicy przez nas ułożonej widzimy iż na ogólną liczbę 68 kobiet dotkniętych tą chorobą, zmarło z niej samej matek 10 (14,7%), z chorób następnych 7 (10,3%), wyzdrowiało 51 (75%). Zmarło zatem ogółem 25% matek, co równa się ze śmiertelnością kliniki C. BRAUN'A.

Biorąc pod uwagę oddzielnie pierwiastki, oddzielnie zaś niepierwiastki, widzimy, z własnej i udzielonych nam łaskawie przez kolegów tablic, że na ogólną liczbę pierwiastek 53, zmarło z eklampsji 8 (15%), z chorób następnych 6 (11,5%); ogółem 26,5%; wyzdrowiało zaś 39 (73,5%). Eklampsję u niepierwiastek spostrzegaliśmy ogółem 15 razy, z tych zmarło z napadów choroby 2 (13%), z chorób następnych 1 (7%) ogółem 20%. Wynik tego zestawienia procentów, może poniekąd przeczyć opinii SCHAUT'A i THOMAS'A, jakoby eklampsja u pierwiastek miała dawać możność lepszego rokowania, od eklampsji zachodzącej u niepierwiastek. Wogóle zresztą procent wyzdrowień u nas w kraju (75%) jest lepszym od wyprowadzonego przez LÖHLEIN'A (68%). Cyfry nasze, potwierdzają ogólnie przyjętą zasadę iż więcej umiera matek z napadów eklampsji (14%) niż z chorób następnych (10%), co zmusza nas do gorszego rokowania podczas trwania napadów choroby, niż po ich ustaniu. Śmiertelność zresztą dla matek wyrażająca się odsetką 25%, jakkolwiek jest lepszą od śmiertelności podanej przez LÖHLEIN'A, wyobraża tylko stosunek 1 śmierci do 3 wyzdrowień, czyli taki jaki pierwotnie podał nam VELLEPEAU; że zaś wynik ten jest zgodnym z obserwacjami i innych nowszych autorów, z tego więc powodu, zmuszeni jesteśmy podzielić pesymistyczną opinię wzmiankowanego LÖHLEIN'A, iż rezultata otrzymywane dziś przy leczeniu eklampsji nie są lepsze od wyników dawniejszych, co znowu dowodzi że przekonania moje wypowiedziane pod tym względem w rozprawie z r. 1870 były zbyt optymistyczne.

Zastanówmy się z kolei nad śmiertelnością matek zależną od eklampsji występującej pierwotnie w różnych okresach sprawy płodzenia. Z materiałów które mamy pod ręką wypada, iż na 19 przypadków eklampsji rozpoczętej pierwotnie w ciąży, umarło matek z choroby samej 4 (21%) z chorób następnych 4 (21%), ogółem 8 (42%), wyzdrowiało 11 (58%). Przy eklampsji rozpoczętej podczas porodu na 36 przypadków zmarło wskutek jej napadów 5 (14%), wskutek chorób następnych 3 (8%) ogółem 8 (22%), wyzdrowiało 28 (78%); nakoniec przy eklampsji w położeniu, na 13 przypadków zmarło 1 (8%) z napadów choroby, wyzdrowiało 12 (92%). Wynik ten sprzeczny jest z podanym przez LÖHLEIN'A który wyprowadził dla przypadków eklampsji porodowej i położowej śmiertelność wynoszącą 40%; owszem, cyfry nasze dowodzą że rokowanie dla matek powinno być najgorszem w przypadkach choroby rozpoczynającej się w ciąży, lepszem dla eklampsji występującej podczas porodu, a najlepszem dla eklampsji położowej.

Nie chcąc pracy niniejszej przeciążać zbyt znacznie kombinacjami cyfrowemi

kończę przedmiot o śmiertelności matek z eklampsyi wyliczeniem stosunku śmiertelności przypadków tej choroby z białkomoczem lub chorobą BRIGHT'A do przypadków niepowikłanych temi chorobowemi sprawami. Okazuje się, iż na 37 przypadków eklampsyi z białkomoczem (w liczbie tej 10 razy stwierdzono chorobę BRIGHT'A) i 7 wątpliwych w tym względzie, czyli ogółem na 44 przypadki mniej lub więcej powikłane, przypada 10 zejść śmiertelnych z napadów eklampsyi u 5 takichże zejść z chorób następczych, ogółem 15 śmiertelnych; kiedy z pozostałych 24 przypadków niewątpliwie bez białkomoczu, zmarło tylko 2 chore (8%) i to z chorób następczych; eklampsyja zatem powikłana białkomoczem jest 4 razy niebezpieczniejszą od eklampsyi bez białkomoczu, co też ogólnie stwierdzonem zostało.

Przypatrzmy się obecnie cyfrom śmiertelności dzieci przez nas stwierdzonym. Po wyłączeniu 13 przypadków eklampsyi czysto połogowej, z ogólnej liczby 68 przez nas zanotowanych, pozostaje liczba 55 przypadków choroby rozwiniętej w ciąży lub podczas porodu; doliczając zaś do niej 4 przypadki ciąży bliźniaczej (3 pozostałe odnoszą się do eklampsyi połogowej) widzimy iż na 59 dzieci zmarło wskutek eklampsyi 30, a z chorób następczych 7, ogółem 37 czyli prawie 63%, co najwymowniej przekonywa nas, iż rokowanie dla dziecka wobec eklampsyi jest zawsze gorszem niż dla matki. W przytoczonej cyfrze 37 zmarłych dzieci, 15 przypada na niepierwiastki zaś 22 na pierwiastki. Pod względem śmiertelności dzieci, nader ważną jest chwila rozpoczęcia się choroby u matek, gdy bowiem na 19 przypadków eklampsyi rozpoczętej w ciąży, zmarło dzieci ogółem 16 (84%), to na 36 przypadków choroby rozpoczętej podczas porodu zmarło 19 (53%). Stosunek zatem śmiertelności dzieci przy eklampsyi rozpoczętej w ciąży do śmiertelności ich przy eklampsyi poczętej podczas porodu przedstawia się w cyfrach jak 1½:1. Zdaje mi się iż nie jestem w błędzie przypuszczając, że przewyżkę śmiertelności jednych nad drugimi, sprawiają energiczne operacye przedsiębrane celem spiesznego rozwiązania ciężarnej, co naturalnie jest trudniejszym w ciąży niż podczas porodu.

Pod względem śmiertelności dzieci ważnym jest również wzgląd na tę mianowicie okoliczność: czy eklampsyja powikłana była białkomoczem lub też nie; na 37 bowiem przypadków powikłanych tą przypadłością chorobową i na 7 wątpliwych pod tym względem, ogółem zaś na 44 przypadki, gdzie przypuszczać możemy białkomocz, zmarło 31 dzieci (73%) na 24 zaś bez białkomoczu zmarło dzieci 6 (25%). Zatem śmiertelność dzieci pierwszych przypadków do drugich wyraża się stosunkiem jak 3:1, co mojem zdaniem dostatecznie przekonywa o szkodliwości wzmiankowanych powikłań na życie dziecka.

Z cyfr wyżej zestawionych widzimy, iż o ile statystyka krajowa dla matek może być uważana za stosunkowo dość pomyslną, o tyle nasza statystyka śmiertelności dzieci przy eklampsyi jest bezwarunkowo gorszą od zagranicznej.

d) Uwagi dotyczące leczenia eklampsyi.

Wykazaliśmy powyżej jak wogóle smutną jest statystyka śmiertelności przy eklampsyi, tak dla matek jako też i dla dzieci, zaznaczyliśmy przytem iż statystyka owa wcale się nie zmieniła w ostatnich czasach na lepszą, świadczy to

niekorzystnie o postępach nauki pod względem leczenia choroby. Mimo to wszakże, niepodobna jest wrócić do poprzedniej, że ją tak nazwę empiryi, raz dla tego, że w skutkach nie była lepszą, powtóre, że jakkolwiek dziś przez nas stosowane metody i środki często zawodzą nadzieje nasze, to jednak bezpieczniejsz jest dla chorych i własnego sumienia opierać wskazania lecznicze na logicznych i stwierdzonych faktami rozumowaniach, niż działać naoslep. Jeżeli bowiem często nie możemy mieć stanowczego przekonania o skuteczności naszej pomocy, to idąc za radą nauki, nie mamy sobie przynajmniej nie do wyrzucenia.

Kończąc rozbiór pojęć o istocie eklampsyi, zaznaczyliśmy potrzebę zastosowywania przy niej leczenia uwzględniającego szczególne warunki każdego oddzielnie przypadku tej choroby; zaś w pracy dawniejszej (z r. 1870) przedstawiliśmy ogólne naukowe wskazania leczenia eklampsyi, oraz podział leczenia: na zapobiegawcze i na dążące do uspokojenia zaszłych już napadów tej choroby.

H. T. BAHNSON (*op. cit.*), LÖHLEIN (*op. cit.*) i FRY (*Americ. Journ. of Obstetr.* 1885. Styczeń str. 50), w pracach swych kładą szczególny nacisk na leczenie zapobiegawcze. Pierwszy z nich wiele sobie obiecuje po przetworach żelaznych które radzi podawać nakrótko przed jedzeniem, mają bowiem jego zdaniem ukrócać chorobliwy apetyt chorych (patrz wyżej Uwagi dotyczące objawów choroby); dwaj ostatni zwracają szczególną uwagę na potrzebę wczesnego zapobiegania rozwinięciu się w ciąży ważniejszych cierpień nerkowych. Podzielając tę opinię zaznaczamy ją tu tylko, szczegółowo jednak nad profilaktyką zastanawiać się niebędziemy, praca bowiem niniejsza, według jej pierwotnego założenia, ma być dopełnieniem poprzednich, nie zaś wyczerpującym traktem; uważamy więc za stosowne trzymać się przy wykładzie przedmiotu nie utartego porządku, lecz ograniczyć się na przytoczeniu nowszych metod i środków z krytycznym na nie poglądem.

1. Środki pobudzające czynności skóry.

Zastosowanie ich przy leczeniu eklampsyi ma na celu zmniejszenie wodnej zawartości krwi, zmniejszenie tą drogą ciśnienia w układzie tętnicznym, w części zaś i usunięcie pierwiastków krew zakażających. Dla dopięcia tych wskazań w nowszych czasach zalecani są:

Owijania zimne celem pobudzenia potów. JACQUET (*Berliner. Beiträg. z. Geb. u. Gyn.* Bd. I str. 100) pierwszy zwrócił na nie szczególniejszą uwagę jako na środek leczniczy przy eklampsyi, przyczem poparł swoje w tym względzie przekonania ośmiu spostrzeżeniami, pomyślnie tą drogą leczonemi. Jego metoda jest następująca: na łóżko rozpościera się obszerną kołdrę wełnianą a na niej, zmazane w wodzie chłodnej (18°) prześcieradło; chorą owija się dokładnie temi powłokami i pozostawia w nich czas dłuższy; mniej więcej w godzinę występują zwykle obfite ogólne poty, które w razie potrzeby, można tą drogą dość długo podtrzymywać. Jako poparcie metody JACQUET'A przy leczeniu eklampsyi jeden z nowszych autorów J. FERGUSON z Torvuto (*Americ. Jour. of Obstetr.* 1884. Luty str. 136) opisał dwa zupełnie do siebie podobne przypadki eklampsyi; przy jednym z nich używał narkotyków, chora umarła, przy drugim owijań ciała i ciepłej wody za napój, chora wyzdrowiała.

Folia jaborandi i pilokarpina. H. FEHLING (*Centrab. f. Gynäk.* 1878. Nr. 9) zwolennik teorii TRAUBE-MUNK-ROSENSTEIN'A i aprobujący opinie WINCKEL'A, SCHRÖDER'A i SPIGELBERG'A, którzy w dziełach swych utrzymywali, że dwa są sposoby zmniejszenia ciśnienia w układzie tętniczym wobec tej choroby t. j. upust krwi ogólny lub energiczne pobudzenie wydzielin kiszkowych, moczu, wreszcie poty i w tym ostatnim celu zalecali użycie metody JACQUET'A, wypowiada przekonanie, iż jeżeli wyżej wzmiankowana teoria o eklampsji jest prawdziwą, to skuteczniejszym w tym celu okazać by się powinno *jaborandi* jako właśnie środek wywołujący nader silne poty. Przy nadarzonej sposobności zastosował też ten środek w dwóch przypadkach eklampsji: w jednym z nich napady drgawkowe wystąpiły w końcu ciąży przy znacznym białkomoczu i odznaczały się wielką gwałtownością; gdy pomimo chloroformowania i obfitych dwóch upustów krwi (około 500 grm.) a wreszcie po zastosowaniu nawet owijań metodą JACQUET'A, choroba nie ustępowała, FEHLING przepisał napar *jaborandi* (5 grm. na 100) i podał go w dwóch dawkach, jedna po drugiej w godzin kilka; po każdej dawce, po upływie mniej więcej jednej godziny, występowały obfite poty. Po wyżyciu całkowitej ilości lekarstwa eklampsja ustała, poczem chora wyzdrowiała. Gdy i w drugim równie groźnym przypadku zastosował ten środek, ponownie z dobrym wynikiem, zachęcony tem doradza użycie albo *jaborandi*, albo zresztą samej pilokarpiny (której wszakże sam nie próbował) w tych mianowicie przypadkach, gdy inne środki nie zdołały napadów choroby przerwać.

Zachęta dana przez FEHLING'A poskutkowała, niebawem: niedługo bowiem czekając, spotykamy w literaturze cały szereg obserwacji zastosowania podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny z pomyślnym skutkiem przy leczeniu eklampsji i tak:

PROCHOWNICK (*Centrab. f. Gynäk.* 1878. Nr. 12 str. 269) na poparcie spostrzeżeń FEHLING'A opisuje dwa świetne przypadki leczenia napadów eklampsji pilokarpiną, które z tego powodu w streszczeniu podajemy: 1-szy przypadek dotyczył pierwiastki lat 23, dotkniętej białkomoczem; eklampsja wystąpiła u niej wkrótce po rozpoczęciu się bólów porodowych; po 5-ym napadzie zastrzyknął PROCHOWNICK 0,02 grm. pilokarpiny podskórnie, poczem w pół godziny wystąpiły obfite poty, oddech stał się spokojnym (24 na minutę), tętno, pierwiej mocno przyspieszone, spadło szybko na 88 uderzeń na minutę, zaś ciepłota ciała z 39,4^o na 38,2^o C.; obwinęto chorą w wełniane kołdry celem podtrzymania potów; bóle stały się regularne, przychodziły co 10 minut i w ten sposób chora pozostawała bez napadów 9 godzin. Następnie chora zaczęła być na nowo niespokojną, przyczem po rozwinięciu z kołder okazało się iż poty już ustały, jednocześnie ciepłota ciała wzrosła na nowo do 39^o, tętno doszło do 124, bóle zaś porodowe przybrały charakter kurezowy i były bardzo natarczywe. Zastrzyknięto ponownie 0,02 grm. pilokarpiny, lecz prawie jednocześnie wystąpił 6-ty napad drgawek, wszakże, już po 5 minutach objawiły się widoczne skutki zastrzyknięcia leku, a po 5 kwadransach bez napadu chora odzyskała utraconą przytomność; po 4-ch godzinach (od powtórnego zastrzyknięcia) ujęcie maciczne było już dostatecznie rozwartem, pęcherz pękł, główka

wstąpiła w próżnię małej miednicy, poczem w 35 minut urodziło się dziecko żywe siłami natury, a wśród silnych potów matki. Łożysko samo odeszło, połów przeszedł pomyślnie. Tak więc oprócz dwóch zastrzyknięć pilokarpiny po 0,02 żadnych innych środków nie stosowano. 2-gi p r z y p a d e k dotyczył kobiety lat 34, szósty raz rodzącej, która podczas porodu miała tylko 1 napad drgawkowy. PROCHOWNICK przybył już po urodzeniu się dziecka i zastał chorą zupełnie nieprzytomną w stanie zupełnego soporu, łożysko nie odeszło i uwięzione było w tężcowo na niem obciążonej macicy; nagniatania jej nieodniosły pożądanego skutku, owszem wywołały dwa silne napady drgawkowe, po których zastrzyknięto 0,02 grm. pilokarpiny. Działanie jej wystąpiło w minut 25 i było zupełnie podobne jak w przypadku poprzednim, przytem macica rozkurczyła się, wystąpiło lekkie krwawienie, łożysko zaś samo odeszło. Przestrzyknięto macicę 3% roztworem kwasu karbolowego i owinięto chorą w koce flanelowe dla podtrzymania potów, podano też w tym samym celu ciepły napój, a dla wywołania ściągnięcia się macicy *secale cornutum*, poczem wkrótce odeszło nieco skrzepów krwi, napady drgawkowe bezpowrotnie ustały. Chora wyzdrowiała.

PROCHOWNICK doradza w swem sprawozdaniu użycie podskórne pilokarpiny nawet w dawce 0,03 grm.

E. BIDDER (*Centralt. f. Gynäk.* 1878. Nr. 15) zachęcony również spostrzeżeniami FEHLING'A i opierając się na wiadomym sposobie działania pilokarpiny, który ma polegać na zmniejszeniu parcia w układzie tętniczym i umiarkowaniem rozszerzeniu się naczyń, użył również tego środka przy leczeniu dwóch przypadków eklampsyi, ze skutkiem mniej więcej pomyślnym; nam jednak z opisu, skutek pilokarpiny w tych przypadkach, nie przedstawił się dość wyraźnym. Sam autor słabe działanie środka starał się wytłumaczyć tą mianowicie okolicznością, iż rzeczywiście zastrzykiwał doraźnie mniej niż 0,02 grm. a to z powodu małej objętości strzykawkki którą posiadał. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

81. GUYON. Zapalenie gruczołu krokowego przewlekłe. Według autora od niedawna dopiero zaczęli uważać zapalenie to, jako oddzielną i samoistną chorobę, a w początku, a nawet dzisiaj jeszcze, często się dzieją nadużycia w jej rozpoznaniu; szczególnie często nie odróżniają tej sprawy chorobowej od starezego przerostu gruczołu krokowego. Według GUYON'A wypływ z cewki, tak zwany prostatyczny jest jednym z głównych objawów zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego; należy go jednak odróżniać od wypływu cieczy, jaka pochodzi z gruczołków COOPER'A, i jaka często daje powód do pomyłek w rozpoznaniu. Ta ostatnia, zdaniem GUYON'A, łatwo się daje odróżnić od pierwszej, zawsze wytwarza się w przedniej części cewki moczowej i dosięgając jej wylotu wypływa na zewnątrz kroplami. Wypływ tak zwany prostatyczny, przy prawidłowym zachowywaniu się gruczołu krokowego posiada odczyn alkaliczny, gęstość mleka kobiecego, koloru blado-żółtawego, który zależy od kulek tłuszczu w nim zawieszonych i niekiedy zawiera komórki nabłonkowe, nigdy jednak nie posiada białych ciałek. Ciecz ta wydostaje się z gruczołu krokowego na zewnątrz w chwili wytrysku nasienia; w stanie zapalnym gruczołu przyjmuje ona zabarwienie mocno-żółtawe, a gęstość jej pozostaje bez zmiany. Pod mikrosko-

pem można w niej wykazać znaczną ilość kulek tłuszczowych, a przedewszystkiem wiele białych ciałek. Ciecz ta różni się od wydzieliny z gruczołów Cooper'a tem, że ostatnia odpływa kroplami, a pierwsza wytryskuje podobnie jak nasienie i wskutek tego wytwarza na bieliźnie większe plamy w stosunku do plam zaleźnych od innych wydzielin.

Ciecz z gruczołu krokowego wydostaje się na zewnątrz przy usiłowaniach w czasie wypróżnienia wskutek ucisku, jaki wywiera kał stwardniały na tylną ścianę gruczołu. To samo można wywołać przez bezpośredni ucisk gruczołu palcem wprowadzonym do odbytnicy. Niekiedy ciecz ta zawiera nitki nasienne, zwykle jednak w tak małej ilości, że łatwo ją odróżnić od nasieniotoku.

Oprócz wypływu cieczy, stanowiącej charakterystyczny objaw zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, dają się spostrzeżać i inne mniej stałe objawy, mianowicie: urynowanie bywa czasami zakłócone i połączone z potrzebą częstszego moczenia się. Niekiedy występują bóle i uczucie palenia w chwili wytrysku nasienia; to ostatnie czasami bywa zabarwione wskutek domieszki krwi. Chorzy skarżą się na uczucie palenia i ciężkości w okolicy kroczca i odbytnicy, w ogóle czynności płciowe są nieco umiarkowańsze, erekcje bywają niezupełne, a wytrysk nasienia zbyt szybko następuje. Do ważnych zaburzeń należy zaliczyć i objawy ze strony nerwowej i psychicznej, jakie wcale nie rzadko towarzyszą przewlekłemu zapaleniu gruczołu krokowego, niekiedy rozwija się na tle tego cierpienia hypochondrya. Najważniejszą przyczyną zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego jest rzeżączka cewki moczowej; inne zaś jak użycie środków balsamicznych, zbyt drażniących zastrzykiwań, samogwałt, urazy cewki, choroby odbytnicy, zwężenia cewki, zapalenia przewlekłe pęcherza, kamienie, zmiana temperatury odgrywają tylko rolę drugorzędną i sprzyjają tylko przypadkowo rozwojowi powyższego cierpienia na tle rzeżączki cewki moczowej. Rozpoznanie nie powinno się ograniczać na samych tylko objawach subiektywnych podanych przez chorego; w każdym przypadku powinno się ono opierać na zbadaniu obiektywnem gruczołu krokowego przez cewkę, a szczególnie przez odbytnicę; w ostatnim razie w gruczole krokowym dadzą się wykazać ograniczone stwardnienia, wrażliwe na ucisk, a same zraziki gruczołu są powiększone. Ważny objaw djagnostyczny przedstawia natychmiastowy wypływ cieczy z gruczołu pod wpływem bezpośredniego ucisku. Cierpienie to łatwo daje się odróżnić od zapalenia pęcherza, od zapalenia tylnej części cewki moczowej, i od nasieniotoku; trudniej za to od gruźlicy gruczołu krokowego; w razie obecności ostatniej sprawy chorobowej występują jeszcze objawy ze strony pęcherzyków nasiennych, pęcherza i wczesnie już moczu staje się krwawym. Postępowanie powinno być miejscowe i ogólne. Pierwsze zasadza się na kąpielach nasiadowych zimnych, lub ciepłych, na czopkach zawierających 20—30 centigrm. szarej maści, lub jodku potasu. Najskuteczniej jednak działają zastrzykiwania roztworu saletrzanu srebra w stosunku od 2—4 na 100. Postępowanie ogólne polega na wzmacniającej diecie, na stosowaniu kuracji wodnej, uregulowaniu trybu życia, szczególnie u osobników, w których zaburzenia ze strony nerwowej i psychicznej dosięgły znacznych rozmiarów.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Nr. 6—1887). A. G-z.

82. BRUNNER. **O podskórnem rozerwaniu tętnicy podkolanowej.** Autor podaje 4 przypadki podskórnego rozerwania tętnicy podkolanowej, spostrzegane w klinice Zürichskiej, przypadki te są ciekawe nie tyle ze względu na postępowanie lecznicze, ile ze względu na przyczyny, które były bezpośrednim powodem obrażenia, i ze względu na przebieg kliniczny.

W 1-szym przypadku nastąpiło rozerwanie tętnicy podkolanowej przy zwiechnięciu piszczeli ku przodowi z następującą zgorzelą stopy i goleni. Odjęcie kończyny powyżej kolana.

W 2-gim przypadku nastąpiło podskórne rozerwanie tętnicy podkolanowej.

wej przy zwiechnięciu piszczeli ku przodowi i ku wewnątrz. Następca zgorzel stopy i goleni, i odjęcie kończyny w kolanie.

W 3-cim przypadku podskórne pęknięcie tętnicy z następującą zgorzelą stopy przy nadmiernym wyprostowaniu kończyny. Odjęcie na środku goleni.

W 4-ym przypadku nastąpiło rozerwanie tętnicy w chwili przeskakiwania przez konia; wytwarzanie się tętniaka urazowego na tętnicy podkolanowej z jednoczesną zgorzelą stopy i goleni. Odjęcie uda powyżej tętniaka.

Główną przyczyną tego rodzaju obrażeń tętnicy są, jak i w tych przypadkach prawie zawsze złamanie i zwiechnięcia w kolanie; niekiedy jednak i mniejsze urazy, jak np. nadmierne wyprostowanie kończyny. Do tych pęknięć tętnicy usposabiać mogą naturalnie zmiany chorobowe ścianek naczyń. Rozpoznanie jest bardzo łatwe dzięki znacznemu skróceniu kończyny, zmianom w kształcie samego stawu, i brakowi tętna w tętnicy podkolanowej i naczyniach goleni i stopy. Szybko się rozwijająca zgorzel stanowczo rozstrzyga o istnieniu rozerwania tętnicy podkolanowej. Zgorzel ta powstaje podług JAUSSEN'a wskutek tego, że części otaczające naczynie prędko ulegają znacznemu nacieczeniu krwią i utrudniają przez to wytworzenie się obocznego krwiobiegu; dla tego JANSSEN radzi wcześniej podwiązać *in loco* tętnicę rozerwaną, a następnie dla usunięcia nacieczenia porobić *largam manu* naciecia. Podług zdania innych chirurgów zgorzel ta powstaje wskutek zatoru, jaki się następuje po rozerwaniu tętnicy i wytworzeniu się urazowego tętniaka, rozwija w naczyniach stopy i goleni.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Tom 25, Zesz. 1 i 2). A. G-z.

83. Dr. O. ROSENBACH. O stosowaniu przetworów sporyszu przy niektórych cierpieniach serca (*Ueber die Anwendung von Mutterkornpräparaten bei gewissen Herzerkrankungen*). Autor, spostrzegając rozmaite przypadki cierpienia serca, w których *ultimum refugium* stanowiła naporstnica, przekonał się, że ona nie zawsze oddaje jednakowe usługi. Szczególną uwagę autora zwróciła niezwykła różnica w sposobie wyrównania, a właściwie w oddziaływaniu na podawaną naporstnicę przy wadach zastawek aorty i zastawki dwudzielnej, wobec czego, ze względu na wyłączne działanie naporstnicy na mięsień serca, wypadło przyjąć, że w przypadku pierwszym cierpieniu ulega układ tętniczy, w przypadku zaś drugim, mięsień serca. Należało przeto posiadać środek, któryby przy wadach aorty mógł jeżeli nie zastąpić, to co najmniej uzupełnić działanie naporstnicy, a takim właśnie, okazał się, według długoletnich spostrzeżeń autora, sporysz.

Wiadomo, że żadnej wadzie zastawkowej nie towarzyszą względnie tak nieznaczne zaburzenia, jak wadzie aorty, atoli dopóty, dopóki ona bywa jeszcze wyrównana; z chwilą jednak wystąpienia zaburzeń kompensacji, wada rzeczona w większości przypadków szybko sprowadza śmierć. Dzieje się to z tej przyczyny, że mięsień serca wskutek znacznego zwyrodnienia nie może więcej oddziaływać na naporstnicę. Inaczej rzecz się przedstawia w tych przypadkach, w których lewa komórka dzielnie się jeszcze kureczy, jak o tem nas przekonywa siła skurczów, uderzenia wierzchołka i stopień nateżenia tonów serca; wówczas przyjąć należy, że czynnik zaburzeń leży zewnątrz serca, w obrębie tętniczym. I w samej rzeczy, badając tętnice, przekonywamy się, że takowe wydłużyły się, utraciły swą sprężystość, jedyny czynnik przepędzania fali krwi; tętno, jakkolwiek zdaje się być szybkim, nie posiada jednakże cech tętna szybkiego (*p. celer*), ściany tętnic ulegają słabemu tylko napięciu, ginie właściwe falowanie krwi, zamiast którego wyczuwamy pewnego rodzaju uderzenie wtłaczanej fali do tętnic bez stopniowego ich rozszerzania się.

Zupełnie inaczej bywa przy wadach zastawki dwudzielnej, gdzie zaraz w początkach wskutek niedostatecznego wyrównania obiegu płucnego występują znaczne zaburzenia. Naporstnica jednak, którą odpowiednio do okoliczności należy podawać w dużych i szybko po sobie następujących dawkach (*Inf.* 2,0 (120,0) co 1—2 godz., w razie bezskuteczności nie trzeba się obawiać podać

2—3 flaszek), działając wyłącznie na mięsień serca, szybko wszelkie te zaburzenia usuwa. Przekonawszy się więc, że różnica w działaniu naparstnicy we wzmiarkowanych dwóch postaciach polega na tem, że przy wadzie zastawkowej dwudzielnej ulega cierpieniu mięsień serca, podczas gdy przy wadzie aorty, tętnice, na które działanie naparstnicy pozostaje bez wpływu; należałoby w tym ostatnim razie posiadać środki, któryby mógł pobudzić czynność tętniczą, mógł powiększyć w nich ciśnienie, a takim środkiem, jakieśmy to już wspomnieli, jest sporysz, przeważnie działający na mięśnie gładkie. Autor stosuje go w tych przypadkach, w których przyczyną zaburzeń, podobnie, jak przy wadach zastawek aorty, jest układ tętniczy, a więc: 1) przy samodzielnem rozszerzeniu serca, powodującym zmiany w kurezliwości ścian naczyń i 2) przy *arteriosclerosis*.

Tętno pod wpływem sporyszu staje się pełniejszym, więcej napiętem; jednocześnie ustępują objawy duszności, kołatania serca i t. d., wydzielina moczu wzrasta. Sporysz podaje autor w 4-ch następujących postaciach: 1) *Rp. Inf. sec. cornut.* 10,0—15,0 : 150,0; *Aether sulfur.* 3,0; *Acid. hydrochl.* 1,0. Co 2—3 godz. łyżkę stołową. 2) *Rp. Ergotini* 3,0; *Extr. convallar. majal.* 3,0 lub *Pulv. fol. digital.* 2,0; *Pulv. et extr. gentian. q. s. ad pilul.* Nr. 50. Co 2 godz. 2—3 pigułek. 3) *Rp. Ergotini* 2,0—4,0 : 150,0; *Acid. digit.* lub *Spir. aether.* 5,0. Co 3 godz. aż do 3-ch razy dziennie tylko łyżkę stołową. 4) *Rp. Inf. fol. digit.* 1,5 : 150,0; *Ergotini* 2,0. Co 2 godz. łyżkę stołową.

(Berl. klin. Woch. Nr. 34—1887). A. P.

Ze zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbaden.

Prof. EPSTEIN (Praga). Wskazania do przepłókiwań żołądka u ssawców. Jeszcze w roku 1880 E. na podstawie licznych swych spostrzeżeń i nader zadawalających wyników zalecał gorąco stosowanie przepłókiwań żołądka u ssawców w cierpieniach żołądkowo-kiszkowych; mimo to metoda ta nie zjednała sobie dotychczas w praktyce praw obywatelstwa. Zarzuty, iż postępowanie to jest uciążliwym dla lekarza, niebezpiecznym dla dziecka i przykrem dla otaczających, nie są wystarczające i muszą upaść wobec nader niedokładnych i niepewnych sposobów dotychczasowego leczenia zaburzeń w narządach trawienia u małych dzieci. Przepłókiwanie nie przedstawia żadnej trudności, i często najmniejsze dzieci znoszą je lepiej niż starsze. W klinice EPSTEINA przepłókiwano dotychczas żołądek u dzieci co najmniej 1000 razy, bez najmniejszych trudności lub następnych zaburzeń.

Autor zaleca ten sposób leczenia w tak zwanej cholercze dzieci, wywołanej nieodpowiedniem pożywieniem, lub powstałej drogą zakażenia. Przedewszystkiem wskazanem jest uwolnienie żołądka od niestrawionych i niestrawnych mass pokarmowych i wydalenie zeń trujących produktów rozkładu. Jakkolwiek żołądek najpierwej podlega sprawie chorobowej, przepłókiwania stosować należy nietylko w początkowych, lecz i w późniejszych okresach cholery. Prawie zawsze następuje natychmiastowe powstrzymanie wymiotów; żołądek może znów zatrzymywać i trawić płyny pokarmowe, a zwłaszcza t. z. *Eiweisswasser*, którą E. zaleca podawać aż do ustania biegunki i poprawy stanu ogólnego (mniej więcej 24—48 godzin).

Przepłókiwanie żołądka wskazanem jest jednak u ssawców nietylko w tej najcięższej postaci cierpienia żołądka i kiszek, lecz zarówno w zwykłych nieżytach żołądko-kiszkowych, oraz w ostrej i przewlekłej niestrawności. Wydalone przytem massy stanowią najlepszy dowód, jak było ono niezbędnem; dotychczasowe zaś półśrodki są zbyt niepewne, abyśmy ich niemieli zastąpić sposo-

bem zalecanym przez EPSTEINA. Niezbędnem wreszcie jest przepłókiwanie przy otruciach, mianowicie przy częstem w wieku dziecięcym otruciu lekami mawkowcowemi (*opiata*).

Dr. ZIEMSEN (Wiesbaden): O leczeniu przewlekłego gościca stawowego. Główne punkta zapatrywania Z. są następujące: 1. Przewlekły gościc stawowy jest cierpieniem ogólnem; jeżeli nawet chwilowo nastąpi umiejscowienie, nie można być pewnym, czy z czasem choroba nie stanie się znów ogólną. 2. Wskutek tego leczenie musi być przedewszystkiem ogólnem. 3. W niektórych miejscach cierpienie jest często tak zastarzałem, iż niezbędnem jest jednoczesne leczenie miejscowe. 4. W stawach zajętych są zawsze prawie ściśle ograniczone bolesne miejsca, łatwo dające się określić przy dotyku. 5. Powikłania mogą niekiedy być tego rodzaju, iż rozpoznanie staje się wątpliwem; np. przy zapaleniu stawów, przymiocie, rzeżączce, lub po urazach, jak również przy cierpieniach gościcowych innego rodzaju: gościcu mięśniowym, nerwobólu gościcowym, rwie kulszowej i przy cierpieniach serca. 6. Przeciwno takim powikłaniom należy działać równocześnie. 7. Leczenia nie należy przerywać przed zupełnem wyzdrowieniem, gdyż łatwo nastąpi powrót choroby. Jako uleczenie ogólne zaleca ZIEMSEN regulowanie pożywienia, przebywanie na świeżem powietrzu, wzmaganie czynności skóry, ciepłe i gorące kąpiele, wełnianą odzież i wogóle prawidłowy sposób życia; ze środków zaś leczniczych poleca duże dawki salicylanu sodu, który bywa dobrze znoszonym i ma działanie tak swoiste, iż bezskuteczność jego pozwala stanowczo wnioskować o mylnem rozpoznaniu. Miejscowo stosować należy mięsienie w połączeniu z ciepłymi natryskami w ciepłej kąpieli; siła natrysku winna wynosić 1—7 atmosfer (odpowiednie urządzenie znajduje się w Wiesbadenie). Podobny sposób postępowania poleca Z. w gościcu mięśniowym i rwie kulszowej.

Na zarzut KÜSSNER'a (Halle), iż duże dawki salicylanu sodu nie tylko są złe znoszone przez żołądek i powodują pewne nieprzyjemne objawy nerwowe i ogólne, lecz często mogą nawet (zwłaszcza przy dłuższem podawaniu) wywołać zwyrodnienie mięśnia sercowego, odpowiedział Z., iż nie uważa cierpienia serca za przeciwwskazanie dla zalecanego przez się środka, gdyż spostrzegwał niejednokrotnie zbawienny wpływ opisanej metody leczenia na samo serce. W końcu radzi Z. podawać salicylan sodu w roztworze, najlepiej z dodaniem soli kuchennej, w 3—4 godzin po jedzeniu, podczas gdy chory leży w łóżku i zachowuje się przez godzinę spokojnie. Zwykła jednorazowa dawka jest 5,0; jeżeli działanie jej jest zbyt silnem, należy zacząć od mniejszej, stopniowo zwiększając. Chorzy przyjmują ten środek w ciągu kilku miesięcy i nawet po latach czują się zupełnie dobrze.

Dr. J. Edm. GÜNTZ (Drezno). Leczenie przymiotu wodą chromową; poszukiwanie hemoglobiny w moczu. G. zaleca leczenie przymiotu dwuchromianem potasu w postaci wody mineralnej, jaką według jego przepisu przyrządza apteka Lische'go w Dreźnie. Środek ten ma działać zapobiegawczo przy szankrze przeciwko wystąpieniu objawów ogólnych, a jako środek leczniczy zastępuje rtęć we wszystkich dalszych okresach przymiotu, nawet w formie złośliwej (*Lues maligna*). Przeciwno twierdzeniu, iż dwuchromian potasu, po wstrzyknięciu do żył zwierząt, wywołuje hemoglobinurję, przytacza G. wyniki swych badań, w których ani razu nie udało mu się wykazać obecności hemoglobiny w moczu chorych, którzy przez czas dłuższy podlegali leczeniu chromem. Przymiot został wyleczony; chorzy dotychczas czują się zupełnie dobrze; chrom zaś w postaci przez GÜNTZA zalecanej ma być bynajmniej nieszkodliwy. Bliższe szczegóły znaleźć można w książce: „*Die Chromwasser-Behandlung der Syphilis*“. Leipzig, 2 Aufl. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Prof. Włodzimierz Brodowski który z dniem 18 b. m. przestał być dziekanem fakultetu lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim, a pełnił zaszczytne te obowiązki przez lat 18 z rzędu cieszy się powszechnym szacunkiem tak kolegów jak i uczniów. Otoczony powagą człowieka głębokiej nauki, wzbudzał poważanie w swoich uczniach przez staranny, jasny i wszechstronnie opracowany wykład, przez sumienne załatwianie wszystkich spraw odnoszących się do ważnego urzędu, jaki piastował, oraz przez prawdziwie ojcowskie z nimi wychodzenie. Surowy, ale sprawiedliwy w sądzie, ułatwiający wszystkim wszystko o ile daje się to pogodzić z literą prawa, szafujący ogłędnie i rozumnie funduszem dla niezamożnych studentów, przejęty gorącym zamiłowaniem do nauki, której życie swoje poświęcił, zaeny i szlachetny w każdej swej myśli i w każdym uczynku, b. Dziekan zasłużył się dobrze naszemu społeczeństwu. Do tego wieńca zasługi, który myślące czoło jego zdobi, pragniemy i my, którzy na przeszło ćwierćwiekową działalność Jego z bliska się patrzy-
my, wpleść skromny nasz listek.

Oby żył jak najdłużej i oby jak najdłuższe lata przyświecał nam swojemi wysokimi obywatelskimi cnotami!

Obecnie wybrany został na dziekana fakultetu lekarskiego prof. Anatomii Dr. Mikołaj CZAUSOW.

— D. 13 Listopada r. b. otwarty będzie szósty przytułek dla rodzących utrzymywany z fundusów miejskich przy ulicy Dobrej Nr. 13. Do zarządu zakładu zamianowano p. Klauzińską.

— Na członków czynnych Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 16 b. m. wybrani zostali kolledzy: WŁ. BRUNNER, Antoni GABSZEWICZ, Arkadyusz PULAWSKI, WŁ. SZTEYNER i WŁ. WRÓBLEWSKI.

Zagraniczne Prof. BILLROTH w Wiedniu po przebyciu ciężkiej choroby przyzedł zupełnie do zdrowia i d. 10 b. m. rozpoczął swoje kliniczne odczyty. Słuchacze urządzili mu przy tej okazji tłumną owację. BILLROTH, po przemówieniu delegowanego studenta dziękował w serdecznych słowach, poczem wygłosił długą mowę o życiu i zasługach swojego mistrza i nauczyciela Langenbecka.

— Według wiadomości podanej przez *British medical Journal*, w Portugalii zmarły trzy osoby na wściekłość, leczone w Paryżu w Instytucie Pasteura; pokąsane były przez wściekłego wilka.

— W Graz, sąd skazał na 7 lat ciężkiego więzienia i odebranie licencji praktyki D-ra Ignacego WALDHAUSLA za to, że w wykonaniu praktyki lekarskiej nie kierował się zasadami nauki lecz osobistym swoim interesem. Ściągał on honorarya za fikcyjne operacje i starał się całemi siłami oszukiwać swoich pacjentów. Bliższych szczegółów tej zajmującej sprawy *Oesterreichische aerztliche Vereinzeitung* nie podaje.

— W Medyolanie wzniesiony będzie pomnik brązowy D-ra AGOSTINO BERTANI, głównego lekarza w oddziale Garibaldi'ego w czasie wojny o niepodległość Włoch.

— W Larzenbergu umarła dziewczynka, której miejscowy lekarz zaszczepił ospę na czole. Pokazało się później, iż lekarz ów dostał pomieszania zmysłów, którego jednym z pierwszych objawów było owo oryginalne zaszczepienie.

— Pokazało się, iż roślina z której otrzymano środek znieczulający, pokrewny kokainie (patrz Nr. 41 Medycyny) nazywa się: *Gleditschia triacanthos L*

— Rok bieżący nazwaćby można rokiem Zjazdów lekarskich. Odbyły się bowiem: Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbaden, Kongres międzynarodowy w Washingtonie, Kongres higieniczny w Wiedniu, Zjazd psychiatrów w Baden-Baden, Zjazd okulistów w Heidelbergu, Zjazd lekarzy włoskich w Padwie, Zjazd przeciwników używania napojów wysokowych w Zürichu, Zjazd przedstawicieli czerwonego krzyża w Karlsruhe, Zjazd dla postępu nauki w Toulousie, *British medical Association* i kilka innych mniej ważnych.

Franciszka Józefa

WODA GORZKA

Dyrekcya rozsełki w Budapeszcie.

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów poniższą analizę z uprzejmą prośbą o wypróbowanie tej wody, której we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych dostać można—jeżeli tej próby dotychczas nie uczynili.

	w 1000 Gr.		soli siarczanych
Franciszka Józefa.	. . .	45.99	i 2.41 Nat. bicarb.
Hanyadi Janos . . .		31.92	i 0.79 " "
Friedrichshall		11.20	

Stuttgard, w Marcu 1882 r.

6-1

Radca Tajny v. **Fehling.**

Wyszła z druku broszura p. t.

SKOROWIDZ ŚRODKÓW ZARADCZYCH W WYPADKACH OTRUCIA

Ułożony na wezwanie sekeyi szpitalnej wystawy higienicznej

przez **Henryka Klawe**
Magistra farmacyi.

Cena kop. 30, z przesyłką kop. 35.

Znajduje się na składzie w Redakeyi „Wiadomości farmaceutycznych“
oraz w księgarni Gebethnera i Wolffa.

6—2

SKŁAD HURTOWY WIN I LIKIERÓW ZAGRANICZNYCH W. KOTECKIEGO

w Warszawie, ulica Leszno Nr. 14,

poleca czyste wina i koniaki kuracyjne.

(61)—6—2

LUDWIK BRYLANT OPTYK.

w Warszawie Elektoralna 5, wprost Banku; w Radomiu, Lubelska 149.

Poleca: Termometry lekarskie „Maxima“ dokładne z poręczeniem po rs. 2 z przesyłką; oraz wszelkie narzędzia chirurgiczno lekarskie i środki opatrunkowe po możliwie niskiej cenie.

(62)—5—2