

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

|              |   |                 |           |  |  |   |                 |       |
|--------------|---|-----------------|-----------|--|--|---|-----------------|-------|
| w Warszawie: | { | rocznie.....    | rs. 5     |  | na prowincyi<br>i w Cesarstwie<br>z przesyłką: | { | rocznie.....    | rs. 6 |
|              |   | półrocznie..... | 2 kop. 50 |  |  |   | półrocznie..... | „ 3   |
|              |   | kwartalnie..... | „ 1 „ 25  |  |  |   |                 |       |

Redakcja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki chirurgicznej szpitalnej. Przypadek mięsaka kostno-torbielowego olbrzymich rozmiarów, kości goleniowej prawej. Podał Dr. F. A. JANSZEWSKI, lekarz szpitala św. Jana Bożego w Lublinie. (Dokończenie). — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego cudzoziemskiego. O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkraniowej, podług Dr. OERTEL'A, Docenta w Monachium. Podał St. Kw. (Ciąg dalszy). — Odeinek. Projekt stacyi operacyjnej dla szpitali warszawskich po za granicami miasta. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Leczenie tętniaków wewnętrznych. Zastosowanie lecnicze bromku chininy. Ulepszenie przyrządu Esma'rcha do bezkrwistego operowania. Białkomocz padaczkowy. Użycie wewnętrzne wody morskiej. — Kronika zagraniczna. Rostok. Powołanie kobiet do spełniania praktyki lekarskiej — Nowe czasopisma. Nowe dzieło Darwin'a. — Ogłoszenia.

## SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI CHIRURGICZNEJ SZPITALNEJ.

Przypadek mięsaka kostno-torbielowego (*Osteo-cysto-sarcoma*) olbrzymich rozmiarów, kości goleniowej prawej.

Podał Felicyan-Aleksander Janiszewski, lekarz szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie.

(Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Lubelskich d. 4 Maja 1875).

(Dokończenie. Zobacz Nr. 42.)

Mięsaki kostno-torbielowe zwane inaczej *o s r o d k o w e m i k o s t n o m i e s a k a m i* (*osteo-sarcomata centralia*) albo guzami myeloidnymi (*Myeloid tumour* PAGET, GREY, *tumeurs à myeloplaxes*) należą do guzów złośliwych i szybko do olbrzymich rozmiarów dochodzą. Według VOLKMANN'A rozwijają się one zwykle u ludzi młodych, najczęściej około 20 roku, w wyjątkowych zaś przypadkach po 40 roku życia, i zajmują zuchwę dolną i końce stawowe kości długich jako to: udowej, goleniowej, rzadziej kości ramienia i przedramienia. Punktem ich wyjścia bywa zazwyczaj istota kostno-szpikowa, w której stopniowo się rozrastając rozpierają kość i nadają jej kształt mniej więcej kulisty lub owalny znacznych rozmiarów. Guz w większości przypadków długo zostaje zakrytym, dopóki zmiany następowe w nim samym odbywające się nie przedziurawią skorupy kostnej, która go okrywa. W tym okresie rozwoju na rozkroju przedstawia jamę kostną wypełnioną guzem dosyć zbitym, z barwy podobnym nieco do mięsa lub wątroby, z kąd właśnie powstała jego nazwa.

Jeżeli w dalszym rozwoju guz taki nie znajduje żadnej przeszkody i trwa dosyć długo, to zaczynają w nim powstawać najrozmaitsze zmiany wsteczne jako to: sfluszczenie, serowate lub śluzowe przerodzenie, niektóre jego części stają się włóknistemi, chrząstkowatemi lub wreszcie kostnieją.

Wówczas na rozkroju guz przedstawia się zupełnie inaczej. Zamiast tkanki barwą zbliżonej do mięsa, rozkrój przedstawia masy żółtawe, kaszowate, miejscami płynne, i zawiera w sobie jamy wypełnione posoką barwy brudno-ciemnej. Jednym słowem budowa guza przybiera postać większych lub mniejszych torbieli, które często zlewają się w jedną obszerną jamę przedzieloną cienkimi przegódkami (*trabecula*) ze ścian guza wychodzącami. W takim to stanie rozpadu będące osrodkowe mięsaki kostne GREY nazwał *myelo cystic-tumour*. Znaczne stłuszczenie i rozpad tkanki guza, podobnie jak w suchotach płucnych, sprzyjają powstawaniu krwotoków, w skutek czego torbiele wewnątrz guza znajdujące się często bardzo zawierają znaczną ilość krwi, a nieraz spostrzegano nawet czystą krew i jej skrzepy.

Opisany przez nas przypadek przedstawia osrodkowy mięsak kostny, w tym właśnie ostatnim okresie swego istnienia będący. Właściwej bowiem tkanki nowotworu przy badaniu gołem okiem znaleziono ilość wcale nieznaczną. Obszerne zaś jego rozmiary zajmowały torbiele rozmaitych wielkości, z których w środku guza będące zwały się w jedną wielką jamę przedzieloną delikatnemi przegrodami i zawierającą w sobie płyn brudny barwy ciemno-kawowej, powstały prawdopodobnie z obszernego wylewu krwi i rozpadu jej ciałek.

W szeregu innych zjawisk w spostrzeżeniu tem zamieszczonych zwraca na się uwagę ta okoliczność, że wówczas gdy guz cały scisle z ustrojem był połączony, silniejsze uciskanie dłonią odczuwało w niem pewien rodzaj tętnienia (*pulsatio*), chociaż badania gołem okiem po jego odjęciu dokonane, nie wykazały w niem obecności żadnego tętniaka (*aneurysma*); VOLKMANN wspomina, że z powodu tego objawu wielu znakomitych chirurgów, nieraz w podobnych przypadkach błąd popełniało niemają, przewiązując przed operacją pień tętnicy głównej z obawy krwotoku. Fakt ten miał być znanym już HUNTER'OWI, i występuje najczęściej przy guzach miękkich kości, jako to: mięsakach i rakach kostnych. Zjawiska tego VOLKMANN dokładnie nie objaśnia, przypisując guzom kostnym oddzielne własności fizyczne, których dotąd jeszcze nie znamy.

Drugie niemniej ciekawe zjawisko przedstawiają szmery we wszystkich tętnicach, większych i mniejszych znajdujące się, i towarzyszące obydwom tonom serca. Zjawisko to znane oddawna posiada znaczną liczbę nazwisk, które jednak istoty jego nie określają. I tak nazywają je: *Bruit de soufle*, *bruit de scie* (*strepitus limae*), *bruit de râpe* (*strepitus radulae v. serrae*), *chant des artères*, *sifflemens module* (*cantus arteriarum*, *sibilus modulatus*) i t. p. KIRSCHNER i SCODA nie przypisują mu żadnej wartości praktycznej i powstawanie jego widzą w osłabieniu działalności serca; HALL zaś w utracie sprężystości ścian tętnicznych i tarciu o nie przebiegającego strumienia krwi.

W przypadku przez nas spostrzeganym były one w związku z ogólnym upadkiem odżywiania i niedokrwistością, i ustąpiły zupełnie jak skoro siły chorego i barwa cery do prawidłowych granic powróciły.

Co się tycze zejścia choroby i rokowania *quoad vitam et valetudinem*, to

chirurgowie w niezupełnej z sobą są zgodzie. NELATON *junior* przyjmuje je za nowotwory łagodne (*tumores benigni*) i bezwarunkowo rokowanie stawia pomyślne. VOLKMANN w 14-u spostrzeganych przez się przypadkach, ani po operacyi nie dostrzegł powrotów ani przerzutów. Przeciwnie SENFTLEBEN w 2-eh przypadkach operowanych spostrzegał w następstwie obrznięcia gruczołów chłonnych i przerzuty w narządach wewnętrznych z wyraźnemi cechami raka. Również WILKS w przypadku przez się operowanym po upływie 2 lat widział powrót cierpienia w miejscach tułowia nie będących w sąsiedztwie z miejscem operowanem. Po dokonanej powtórnie operacyi i nastąpięcej wkrótce śmierci chorego, przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w obu płucach guzy przerzutowe rozmaitej wielkości, niektóre dochodziły do wielkości pięści i pod drobnowidzem wykazały obecność wieloziarnistych komórek mózgowych. Nareszcie NELATON starszy w 2-eh przypadkach, w których wykonane było wypiłowanie (*resectio*), dostrzegł powrót cierpienia, przypisując to niedokładnemu odjęciu nowotworu, i w których powtórna operacyja, prawdopodobnie na zawsze chorych od cierpienia tego uwolniła.

Zachodzi pytanie: jakie rokowanie w naszym przypadku postawić należało? Przy wypisywaniu chorego, sądząc z zupełnego poprawienia odżywiania, tak znacznie długim cierpieniem nadwątlonego, dokładnego zabliznienia rany i braku wszelkich objawów chorobowych w gruczołach chłonnych i innych narządach wewnętrznych, cieszyliśmy się nadzieją, że powrót cierpienia nastąpić nie powinien. Czas jednak wkrótce przekonał nas, że byliśmy w błędzie. Po upływie bowiem miesiąca czasu t. j. dnia 5 Maja 1875 roku chory przybył powtórnie do szpitala, skarżąc się na bolesność i opuchnięcie całego pieńka poamputacyjnego, który rzeczywiście okazał się przeszło w dwójnasób grubszym w porównaniu z objętością uda zdrowego na tejsze wysokości. Guz obejmował równomiernie cały pieńek i przechodził na prawy pośladek. Powierzchnia poamputacyjna przedstawiała lejkowate wklęsnięcie, w środku którego łatwo można było wyczuć dolny koniec przepiłowanej kości. Odporność guza okazała się dość twardą. Miejscami był on sprężystym, chełbotania jednak wyczuć nie było można. Skóra pokrywająca guz była blada, mocno napięta i tak cienka, że przez nią wybornie przeświecały przebiegające w różnych kierunkach i znacznie rozszerzone żyły podskórne. Wogóle wygląd zewnętrzny guza przypominał guz pierwotny.

Przechodząc z uda na ścianę brzuszną można było wyczuć pod nią, nieco wyżej więzadła POUPART'A również guz twardy wielkości główki nowonarodzonego dziecięcia, sięgający ku górze do linii poprzecznej przechodzącej przez pępek, na lewo zaś dochodzący do smugi białej (*linea alba*) i tym sposobem wypełniającej prawie cały dół biodrowy prawy (*fossa iliaca dextra*). Guz ten przedstawiał się nieruchomym i stanowił jakby dalszy ciąg poprzedniego rozrastającego się na pieńku poamputacyjnym.

Pomimo tak znacznych zmian, ogólny stan chorego nietylko był zadowalającym, ale rzeć można kwitnym. Policzki pełne, rumieńcem

zabarwione, tkanki tłuszczowej podskórnej na całym ciele ilość znaczna łaknienie dobre, czynności ustroju odbywały się prawidłowo.

Jakkolwiek powyżej opisany stan cierpienia nie pozwalał przypuszczać zupełnego wyzdrowienia a nawet polepszenia, gdyż drogą operacyjną guz rozwijający się w jamie otrzewnej niepodobna było usunąć, również i wyluszczenie w stawie biodrowym było niemożliwym i nieużytecznym; to jednak korzystając z nabytych poprzednio sił, chory bezwątpienia czas jeszcze dość długi mógłby pozostać przy życiu, gdyby nie ta okoliczność, że po powtórnym powrocie zbyt pośpiesznie rozpoznano cierpienie jako ropień mięśniowy, w skutek czego wyrodziło się wskazanie otworzenia go. Po wykonaniu cięcia krew bryzgnęła strumieniem, wszelkie starania wstrzymanie krwotoku okazały się daremnymi, i chory wkrótce życie zakończył. Oględziny pośmiertne dokonane przez D-ra JAWOROWSKIEGO wykazały:

Ciało mężczyzny wzrostu średniego dobrze zbudowane, mięśnie dość dobrze rozwinięte, ilość tkanki podskórnej tłuszczowej znaczna. Skóra na całym ciele bardzo blada i obrzękła. Brzuch silnie wzdęty gazami. Koniec piętka poamputacyjnego, na około miejsca w którym otworzenie mniemanego ropnia wykonano, w rozpadzie. Na skórze grzbietu dostrzegać się dawały plamy pośmiertne.

Po otwarciu klatki piersiowej, płuca słabo opadały skutkiem wzrostów opłucni, w jamie której znajdowała się dość znaczna ilość przesięku. Na powierzchni obu płuc i w ich mięszu widzieć i wyczuwać się dawała znaczna ilość guzów bardzo twardych (twardości kości) wielkości rozmaitej: od ziarnka grochu do wielkości jaja kurzego. Kształt ich niejednakowy. Umiejscowione na powierzchni płuca były płaskie, szczególnie ich strona zewnętrzna zwrócona do klatki piersiowej, strona zaś zagłębiona w mięsz płuca przedstawiała się wypukłą. Umiejscowione w środku mięszu miały kształt okrągły lub owalny. Ilość wszystkich guzów dochodziła do kilkudziesięciu. Sam mięsz płuca przedstawiał się nieco przekrwionym i uciśniętym (*splenisatio*).

W worku osierdzia znajdowała się również pewna ilość przesięku. Serce bardzo blade i znacznie rozszerzone, w szczególności komórka jego prawa (*dilatatio ventric. dextri*) której ścianki tak silnie scieńczyły, że grubością swą nie przechodziły ścianek przedsionka.

Mięśnie serca blade z odcieniem żółtawym. Zresztą nie szczególnego nie wykryto.

Wątroba nieco zmniejszona, blada, z odcieniem szarawym, łatwo się rozrywała. Na przekroju budowy zrazikowej ani śladu; w naczyniach krwi bardzo mało.

Śledziona blada, rozwątłona.

Nerki bardzo blade, miękkie wątłe, obrosłe znaczną ilością tłuszczu, pod powłoką (*capsula*) przedstawiały malutkie ogniska (do których powłoka przyrośla) rozsiane gęsto na całej przestrzeni, i klinowato drażące przez istotę korową prawie do rdzeniowej. Na przekroju nerek uderzała w oko przedewszystkiem bardzo silna bladość tak istoty korowej jako i rdzeniowej.

Żołądek i kiszki prócz bardzo silnego rozdęcia gazami nie przedstawiały nic szczególnego.

Co się dotyczy guza wyczuwanego za życia w dole biodrowym prawym, to mieścił się on pod otrzewnią dokąd przechodził pod kością łonową prawą, którą naciskiem swoim doprowadził do zaniku (*usura*), łącząc się z guzem uda pod więzadłem POUPART'A. Większość jego okazała się taką jak oznaczono za życia. Odporność bardzo twarda. W ogóle nierówności jego powierzchni zewnętrznej nadawały mu podobieństwo zlepu mnóstwa małych różnej wielkości kamyków. O przekrojeniu go, jak również guzów w płucach znalezionych mowy być nie mogło z powodu ich twardości.

Guz na udzie przedstawiał się na rozkroju jako masa gąbczasta, w której nie podobna było dopatrzeć się i rozróżnić oddzielnych tkanek jak: mięśni, powięzi, ścięgien, naczyń i nerwów. W masie gąbczastej znajdowało się mnóstwo małych i większych torbieli wypełnionych czekoladowatym płynem i massami zwapniałymi różnej wielkości, które z łatwością w palcach rozcierać się dawały. Największa z torbieli otworzona na trzy tygodnie przed śmiercią chorego, przedstawiała ścianki nierówne, przegródkami porozdzielane i cała znajdowała się w stanie rozpadu.

Górny koniec kości udowej z główką przechodził przez środek tej masy i uległ znacznym zmianom, główka jego bowiem była tak miękka, że ugiwała się pod palcem jak wosk. Kość łonowa do pewnego stopnia zużyta (*usura*), obdarta z okostni barwy ciemnej. Prócz tego można było dostrzedz pewną niekształtność w budowie miednicy, której lewa połowa przedstawiała się więcej rozwiniętą, kołec przedni górny lewy wyższym był niż prawy i kość łonowa lewa więcej wydawała się ku przodowi niż prawa, która przeciwnie przedstawiała dość znaczne wgłębienie ku tyłowi. Panewka zaś strony prawej więcej obrócona ku przodowi, lewa zaś bardziej w tył przesunięta.

Tak więc guz o którym mowa zaliczyć trzeba do rzędu tych niepomysłnych przypadków, o których wspomina SENFTLEBEN i WILKS, i które najdokładniej wyłuszczone z miejsca pierwotnego rozwoju, szybko tworzą przerzuty w innych narządach i z łatwością na sąsiednie części przechodzą.

W końcu, co do środków używanych w leczeniu wyż opisanego przypadku, chcę zwrócić uwagę szanowanych czytelników na środek użyty przezemnie w celu usunięcia krwotoku mięszszowego, na tak zwany *Liquor haemostaticus Monseli*. Chemiczny skład tego płynu jest  $\text{Fe}_2(\text{SO}^1)_3 + \text{H}_2\text{O}$ , czyli jest to siarczan tleniku żelaza rozpuszczony w wodzie przekroplonej. Używany kilkakrotnie przezemnie w szpitalu, w celu tamowania krwotoków mięszszowych, wydał mi się nierównie dogodniejszym od roztworu półtorochlorku żelaza, gdyż zarówno jak ostatni szybko ścina białko, ma jednak tę wyższość, że nie sprowadza żadnych bólów ani pieczenia w ranie i nie pozostawia po sobie tak twardego i grubego strupa, który stanowi niemałą przeszkodę w następnem oczyszczeniu rany i sprzyja tworzeniu się zatok i dostawaniu w obieg krwi wytworów rozkładowych.

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO.

O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtańowej

Podług Dr. OERTEL'A, Docenta w Monachium.

Podał St. Kw.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 34—37, 40 i 42).

**Leczenie.** Jakkolwiek podstawę cierpienia po największej części stanowiły choroby ustrojowe jako to: zołży, blednica, niedokrwistość i zbożenia w odżywianiu, z tem wszystkim leczenie brodawkowców mózżebnem było tylko na drodze operacyjnej. Nigdy nie można spodziewać się dobrowolnego zniknięcia guza od stosowania środków wewnętrznych wzmacniających odżywianie, na drodze dyjetetycznego zachowania się chorego; jeżeli bowiem z jednej strony autorowi zdarzyło się dwukrotnie spostrzec dobrowolne odpadnięcie guza, za to z drugiej,—widział on też na skutek zaduszenia nastąpione dwa razy zejście śmiertelne. Nie mamy pod ręką warunków, pod wpływem których następuje takie odpadanie; jakkolwiek zaś polepszanie odżywiania przypuszczalnie mogłoby zapobiedz tak szybszemu wzrostowi brodawkowca, jakoteż rozwojowi innych nowych, to jednak od użycia tych środków nie możemy obiecywać sobie przemian wstecznych (*Rückbildung*) i odpadnięcia już istniejącego guza. Podobnie środki takie, jak jod, żelazo, rtęć, wewnętrznie używane żadnego na brodawkowce wpływu nie wywierają. Jedyny pod tym względem wyjątek stanowi przymiot: w tych przypadkach brodawkowców krtani, w których niewątpliwie wykazać się daje, iż są one jednym z objawów przymiotu, tam leczenie przeciwpzymiotowe rtęcią i jodkiem potasu bywa pomyslnym uwieńczone skutkiem. Chociaż zastosowaniem środków wewnętrznych i ogólną dyjetą mało możemy wpłynąć na istniejące już nowotwory, jednakże zdaniem autora, wcale nie powinniśmy pomijać ogólnego leczenia, skierowanego ku poprawie stosunków ustrojowych (*die Constitutionsverhältnisse*) środkami takimi jak żelazo, jod, tran i prócz tego, dyjetą wzmacniającą. Podobnież skłonność tych nowotworów do częstych powrotów (recydyw) autor starał się usuwać na drodze leczenia ogólnego.

Postępowanie operacyjne, stosowane przez autora przy brodawkowcach, zależało od ich postaci, wielkości, odporności, twardości, dalej od sposobu ich przytwierdzenia do tkanki macierzystej, wreszcie od własności tej ostatniej.

Guzy pierwszej postaci o krótkich i szerokich brodawkach, połączonych ze sobą największym swym wymiarem, opatrzone szeroką podstawą, autor odcinał w podobny sposób, jak włókniaki (do których, jak już wspomniano, zbliżały się one swą postacią i wielkością), nożem, następnie uzupełniał oddzielenie kawałka odciętego za pomocą szczypczyków i podstawę przyzegał bądź kamieniem piekielnym, bądź też kryształkami kwasu chromnego.

Przy drugiej postaci guzów miało się do czynienia z zązębionemi brodawkowemi zrostami, od wielkości grochu do bobu, oraz z krótkimi czopkami w niewielkiej liczbie ze sobą skupionemi, z których pierwsze wystając nad ostatniemi przeszkadzały ich wycięciu, tem bardziej, iż swym znacznym rozmiarem zakrywały, nieraz nawet zupełnie, tak swoje własne przytwierdzenie (*Insertion*), jak i owych małych czopków. Autor przeto, celem uzyskania swobodnego miejsca dla operacji, usuwał naprzód za pomocą szczypczyków lub pętlicy drucianej większe masy nowotworu bez względu na to, w jakiej od podstawy odległości zostały one oddzie-

lone. Zdarzało się nieraz, iż większe zrosty, dochodzące wielkości grochu dawały się z wielką łatwością od guza odejmować, gdy tymczasem małe, mianowicie krótkie i grube czopki stawiały temu znaczny opór.

Skoro zyskał już tyle przestrzeni swobodnej, że mógł przynajmniej w części widzieć przytwierdzenie pozostałych tworów do brzegów strun głosowych dolnych, wówczas czopki najłatwiej osiągalne, odcinał nożem i następnie oddzielał zaraz szczypczykami. Tym sposobem udawało mu się otrzymać coraz więcej swobodnego dla operacyi miejsca i coraz więcej punktów zaczepnych do wydalenia resztujących części nowotworu. W tych przypadkach, gdzie przytwierdzenie pewnej części guza wystając po nad brzeg struny głosowej, dosięgało środka jej powierzchni, autor końcem noża naprzód usuwał masę wystającą ponad brzeg struny, poczem wbijał ostrze tuż przy tymże brzegu tak, ażeby można było poprowadzić cięcie w jednym lub drugim kierunku. Taki sposób postępowania zabezpieczał tkanekę samej struny głosowej od wszelkiego zranienia i sprawiał, iż wycięcie można było wykonywać z należyłą dokładnością.

Gdziekolwiekbyż zaniechano tego sposobu, i nie wycinano całkowicie brodawkowca z błony śluzowej, lecz poprzestawano tylko na prostem odrywaniu, odciskaniu za pomocą pętlicy drucianej lub też odcinaniu nożem wierzchnich warstw nowotworu, pozostały zaś pień usiłowano zmiejszyć na drodze przyżegania, tam zawsze spostrzegano powtórne odrastanie guza. Że rzeczone postępowanie było niewystarczającym, wynikało to już z tego, że niepodobna było przyżegania, należycie wykonywanego, czy to za pomocą kwasu chromnego, czy też potażu gryzącego, czy wreszcie azotanu srebra (ten ostatni nawet *in substantia* działa zbyt słabo) tak umiejscowić, aby działanie ich rozciągało się tylko na sam nowotwór, nie zaś na tkanekę przyległą lub też drugostronną strunę głosową; przeciwnie zaś lekkie, powierzchowne przyżeganie przy ogromnej warstwie nabłonkowej sprawia co najwyżej podrażnienie, lecz nigdy nie przyczynia się do zmniejszenia nowotworu. Pieniek pozostały po niezupełnem odcięciu zrostów, zachowywał się w takim stosunku do struny głosowej, jak wzmiankowane małe grube czopki, siedzące na niej szeroką swą podstawą; to też takie pieńki autor usuwał w taki sam sposób, jak owe czopki t. j. odcinał tak większe jak mniejsze wyniosłości za pomocą noża i podstawę oczyszczał zupełnie szczypczykami. Skoro już wszystko, co tylko miało podobieństwo do wyrastających brodawek, za pomocą noża i szczypczyków zostało usunięte z błony śluzowej w sposób o ile możności doszczętny, wówczas jeszcze autor przyżegał podstawę (tak samo jak w przypadkach poprzednich) kamieniem piekielnym lub kryształkami kwasu chromnego. W ogólności wszędzie otrzymywano skutek pomyślny, gdziekolwiek ten sposób operowania przeprowadzono gruntownie; jeżeli zaś pomimo tego nowotwór powtórnie się pojawił w tem samym lub innem miejscu, w takim razie autor znów go usuwał dopóty, póki ostatecznie nie nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Przy guzach w postaci grona lub kalafioru, po największej części rozrosłych, wypełniających krtań całkowicie, pierwszym wskazaniem było uzyskać swobodną dla oddychania przestrzeń i jak można najprędzej usunąć groźne niebezpieczeństwo uduszenia. Ponieważ w tych razach na pierwszy plan występowały miękkie, o długich przysadkach guziki, które mały opór narzędziu stawiały, zwyrodnienie zaś samej błony śluzowej daleko nawet posunięte można było tymczasowo pominąć, autor przeto naprzód pętlą drucianą lub szczypczykami starał się uchwyć o ile możności jak największą część nowotworu i następnie ją odcisnąć lub oderwać. Jeżeli przy włókniakach już zachodziły czasem okoliczności

przynaglające do wyluszczenia nowotworu za pomocą noża obrączkowego bez poprzedniego przygotowania chorego, to tu przy brodawkowcach okoliczności te, i zdarzały się częściej i bywały nierównie większej wagi; tem łatwiej można im było zadosyć uczynić, ile że te narosłe wypelniały krtań całkowicie i ułatwiały obejmowanie ich pętlicą. Przy próbach zakładania swobodnej pętlicy, autor posługiwał się zazwyczaj cokolwiek mocniejszym drutem stalowym lub grubszą struną fortepijanową, która przy zaciskaniu pomiędzy brodawki nieprędko się wyginała. Jednakże przy zakładaniu pętlicy dokoła większych wyniosłości guza, co się odbywało zazwyczaj przy użyciu przemocy, albo raczej przy gwałtownem weiskaniu w pętlice rzeczonych części nowotworu, autor za bardzo pożyteczne uważa zastosowanie uszka pętlicy, jakie podał Störk. Oddzielone w ten sposób kawałki w części usuwał operujący narzędziem, w części zaś sam chory wykaszliwał. Po kilkakrotnem powtórzeniu rzonego postępowania, najczęściej otrzymywano dostateczną przestrzeń dla swobodnego przechodzenia powietrza przy oddychaniu tak, iż wówczas można było przystąpić do gruntownego wyluszczenia całego nowotworu. Pojedyncze wybujalności odrywał autor doszczętnie szczypcami. Co się tyczy obszerniejszych zwyrodnień, rozprzestrzenionych na powierzchnię jednej lub obu strun głosowych górnych albo zajmujących całą ich tkankę, to jakkolwiek podobnych przypadków nie zdarzyło się autorowi operować, pomimo to jednak proponuje on w takich razach zastosowanie silnego przyżegania albo kwasem chromnym albo też za pomocą żegadła galwanicznego. Po zupełnem wyluszczeniu brodawkowatych wybujalności i mniejszych czopków, wyluszczeniu, dokonanem za pomocą nacięcia dłutkowatym lub gałkowatym nożem i następnie odrywania szczypcami ostro zakończonemi, przy istnieniu wielkiej skłonności do powrotów, jaka przeważnie tym brodawkowcom była właściwą; autor dno guza przyżegał kamieniem piekielnym, albo kwasem chromnym lub wreszcie potażem gryzącym *in substantia* w celu zniszczenia wybujalności tkankowych (*die Gewebswucherung*) na obszernej przestrzeni. W razie jeżeli pomimo tego po upływie kilku tygodni pojedynczy brodawkowiec odrastał na dawnem miejscu albo też gdy nowe guzy występowały na innych miejscach, autor też samo postępowanie stosował dwu- i trzy-krotnie dopóty, póki ostatecznie nie osiągnął stanowczego wyleczenia.

W dwóch przypadkach brodawkowców, spostrzeganych przez autora, w których krótkie lecz grube czopki i brodawki mało się rozgałęziały, a w wysokości i szerokości dochodziły około 3—4 mm. za pomocą mocnego kilkakrotnego przyżegania kryształkami kwasu chromnego nastąpiło zupełne wyleczenie. W jednym z tych przypadków wzmiankowane wyżej czopki i brodawki rozprzestrzeniały się na całej powierzchni tylnej nagłośni prawie w dwójnasób zgrubiałej; w drugim zaś po przebytem zapaleniu ochrzęstni (*perichondritis*) krtań w przebiegu durzycy (które to zapalenie ochrzęstni było powodem do wykonania cięcia tchawicy), tworzyły one zrazikowaty, szeroki guz, zajmujący całą długość strun głosowych.

Nakoniec co się tyczy krwawienia i bólu, to we wszystkich operowanych przypadkach były one bardzo nieznaczne; tam nawet gdzie przy użyciu przemocy ostro zakończone ramiona szczypczyków zaciskały mocno błonę słuzową i odrywały masę nowotworu, albo też gdzie pętlica druciana zaciśniętą część guza odgniatła, chorzy tracili zaledwie kilka kropel krwi. Ból zaś przy operacyi niebył nigdy tak mocnego natężenia, by chorzy się nań dłużej skarżyli. Za to po przyżegnieniu jakimkolwiek środkiem żrącym, jak już wspomiano przy włókniakach, występował bardzo mocny ból, trwający 12—24 godzin, który wymagał zastosowania okładów zimnych.



Wyzdrowienie następowało w 12—24 dni po odpadnięciu strupa po przyżęgnięciu powstałego. Jeżeli w ciągu powyższego czasu albo nie zjawił się powrót nowotworu, albo też nowe brodawkowce nie wyrosły na innych miejscach, to wyzdrowienie można było uważać za zupełne. We wszystkich pozostałych przypadkach należało na drodze nowej operacji jak można najprędzej zwalczać skłonność do rozprzestrzeniania się nowotworu.

(d. c. n.)

## ODCINEK.

Projekt stacyi operacyjnej dla szpitali warszawskich po za obrębem miasta.

Kolega DOBRZYCKI przedstawił nam ustnie powyższy projekt, do ogłoszenia którego zostaliśmy upoważnieni. Chętnie to czynimy, ponieważ myśl usunięcia operowanych z pod wpływu mijazmatów szpitalnych ze wszech miar jest racjonalną i na zmniejszenie śmiertelności wpłynąć musi; powtóre, że projekt ten, jak to wykazać się postaramy, nie leży w krainie zwanej *pium desiderium*, lecz przeciwnie przy dobrej woli i ocenieniu jego doniosłości, może być bez szczególniejszych trudności w życie wprowadzonym.

Jak zębny wpływ wywiera tak zwane „powietrze szpitalne” na przebieg zjawisk pooperacyjnych, a ztąd i na śmiertelność operowanych, dowodzić byłoby zbyt ciężko. Wieloletnie liczne spostrzeżenia, i aż nadto dostateczne liczby jakich porównawcza statystyka dostarczyła, stanowią ogromny materiał, na podstawie którego ostatnimi czasy dokonano mnóstwo rdzennych przemian w całym szpitalnictwie. Zasada budowania nowych szpitali po za miastami; nie przekraczanie pewnej cyfry, *maximum* liczby chorych w danym zakładzie stanowić mającej; odosobnianie pojedynczych budowli dla pomieszczenia chorych (system barakowy) służyć mających; wyznaczenie niezbędnej ilości powietrza jaka każdemu choremu zapewnioną być winna; zastosowanie takiego sposobu przewietrzania (wentylacji), który w danej jednostce czasu jak największą ilość powietrza odnowić jest w stanie: oto są warunki, których zdobycie stanowi dziś szczyt wszelkich naszych dążeń i usiłowań; i rzeczywiście muszą one być najważniejszymi skoro ich pominięcie bezwarunkowo zwiększeniem śmiertelności się uwiidocznia.

W dzisiejszym stanie naszej wiedzy jest to pewnik aż nadto smutnem doswiadczeniem stwierdzony, iż treścią wszelkiego postępu w szpitalnictwie jest dostarczenie chorym dostatecznej ilości świeżego powietrza. Zgorzel szpitalna, róża szpitalna, błonicowe (dyfterytyczne) powikłanie ran, gorączka połogowa, która by właściwiej „szpitalną gorączką położnic” nazwać należało i t. p., jednym słowem te wszystkie postacie chorób które już i tak zagrożony inuem cierpieniem ustrój niespodzianie napadają, a którym słusznie nazwę „szpitalnych” nadano, są to wrogowie którzy się tylko w szpitalach gnieździć zwykli. Bo choć czasem i po za szpitalem gdzieśgdzie spotykać się dają, to mamy zasadę twierdzić że w wielu razach przez samych lekarzy ze swego źródła „szpitalem” zwanego zanieścionami zostały, na co niemało dowodów istnieje. Jeżeli która z powyższych postaci chorobnych w szpitalu się zagnieździ, nie jej przynajmniej przez czas pewien zwalczyć nie jest w stanie. Najusilniejsze starania lekarzy muszą spełznąć na niczem. Że dokonywanie operacji w czasie srozenia się powyższych powikłań smutne zejście prawdopodobnem czyni, jest to rzecz nie ulegająca zaprzeczeniu. Wszelako twierdzić się nie waha-

my, że nietylko w takich lecz i w zwyczajnych warunkach chorzy operowani na wielkie narażeni są niebezpieczeństwo, li tylko z tego powodu że właśnie w szpitalu, ściślej „w powietrzu szpitalnem” operowani byli. Z tego powodu żaden lekarz nie jest pewny jaki będzie ostateczny wynik operacji dokonanej w szpitalu, chociażby nawet ze strony ustroju wszelkie korzystne warunki pomysłnego zejścia zapewnione były. Każdemu operatorowi z doświadczenia wiadomo, że wyniki operacji dokonanych w mieszkaniach są daleko lepsze, aniżeli uskutecznianych w szpitalach. Mamy tu na myśli szczególnie tak zwane w nauce wielkie operacje, dla pomysłnego zejścia których potrzeba całej sumy korzystnych warunków, z których najważniejszym i najistotniejszym jest świeże zamiejskie, a tembardziej zaszpitalne powietrze. Liczne są owe warunki tak ze strony ustroju jako i rodzaju operacji, które wpływają na stopień niebezpieczeństwa w danym przypadku; wszelako ze względu na możliwość zarażenia się (czy to jakowymś zarazkiem stałym czy lotnym), stopień niebezpieczeństwa wzrasta, w miarę zwiększania się powierzchni ropiejącej lub mającej się zagoić na drodze ropienia; w miarę większego lub mniejszego obrażenia części głębiej położonych, które na działanie szpitalnego powietrza nie mogą nie być wystawione. Najstaranniejszy opatrunek nie wyklucza możliwości zatrucia obronionej powierzchni, gdyż niebezpieczeństwo jest i musi być wszędzie, skoro jest w powietrzu szpitalnem.

Jeżeli chirurgowie angielscy wykonywają operacje, które tryumf nauki stanowią, nieporównanie lepszymi jak my mogą się poszczycić wynikami; jeżeli KEBERLE zdumiewa nas świetnymi wynikami swych licznych operacji wycięcia jajników; jeżeli PIROGOW w swym wiejskim szpitalu otrzymuje taką odsetkę śmiertelności o jakiej nawet najlepiej urządzona klinika ani marzyć nie może; jeżeli nareszcie, lekarzowi na wsi wypadnie bez straty czasu za pomocą kozika i piły bez zębów robić amputację, a jednak chory życia pozbawionym nie zostaje; to zadziwiających skutków podobnego operacyjnego leczenia nie w doskonałości sposobów lub wyjątkowej biegłości operatorów szukać należy, lecz w tem, że operują w pośród świeżego, prawidłowego powietrza; że operują w powietrzu zamiejskiem, zaszpitalnem, słowem w powietrzu wolnem od tych wszelkich chemicznych i morfologicznych zanieczyszczeń, których zgubny wpływ na milionach przypadków stwierdzonym został.

Gdy więc treścią wszelkiego postępu w szpitalnictwie jest usunięcie chorych z pod wpływu mijazmatów miejsko-szpitalnych, a w szczególności usunięcie z pod ich wpływu tych chorych, którym większe operacje wykonać zamierzamy; zachodzi pytanie czyli miasto takie jak Warszawa może cośkolwiek, chociażby jeden krok na drodze do tego postępu uczynić. W obecnym czasie Warszawa należy już do miast większych. Jej ludność wzrasta znacznie z rokiem każdym, potrzeby sanitarne się mnożą, szpitale coraz bardziej się przepełniają. W obec takiego stanu rzeczy, założenie stacyi operacyjnej po za granicami miasta staje się wielce pożądanem, a jeżeli zbadaemy ruch chorych i ich ilość jaka szpitale warszawskie napełnia, przekonamy się iż stacyja taka staje się konieczną, powiedzielibyśmy częstokroć konieczniejszą jak np. nowy szpital dla obłąkanych, który kiedyś ma być zbudowanym.

I tak: liczba chorych jacy rok rocznie w szpitalach warszawskich znajdują pomieszczenie wynosi do 28 tysięcy. Po odjęciu chorych dotkniętych przymiotem (*syphilis*), umysłowych i chorych w zakładach położniczych, liczba chorych leczonych w tak zwanych szpitalach ogólnych (szpital Dzieciątka Jezus, Ś-go Ducha, Ś-go Rocha, Ewangelicki, Pragski, Starozakonných) przechodzi cyfrę 21 do 22 tysięcy. Że zaś średnio biorąc liczba chorych

z chorobami zewnętrznymi czyli chirurgicznymi stanowi w przybliżeniu  $\frac{1}{3}$  część ogólnej summy, przeto ilość chorych chirurgicznych ocenić można niemięcej jak na 7 tysięcy (liczba ta uległaby dość znacznemu zwiększeniu gdybyśmy dodali chorych chirurgicznych w szpitalach wojskowych). Ilu chorych z tej ogólnej cyfry na drodze operacyjnej bywa leczonych tego nikt nawet w przybliżeniu podać nie jest w stanie, ze względu iż na szczegółowych sprawozdaniach lekarskich z naszych szpitali, zbywa zupełnie <sup>1)</sup>. Czy owa cyfra wynosi 500, czy tysiąc, czy dwa, jestto kwestyja którą przez obliczenie rozwiązać można. To tylko jest pewnem bezwzględnie, że w ogólnej liczbie przeszło 7000 chorych chirurgicznych, znaczna być musi liczba operowanych. W tej ostatniej liczbie znowu, nie mała jest ilość chorych takich, na których tak zwane w nauce wielkie operacje dokonywane bywają. Otóż zadaniem stacyi operacyjnej po za granicami miasta urządzonej byłoby:

1) Umożliwić wykonywanie wielkich operacji i leczenie pooperacyjne w pośród świeżego zamiejskiego, zaszpitalnego powietrza. Do takich operacji między innymi zaliczamy: wycięcie jajnika, wyluszczenie z wielkich stawów, wypiłowanie kości, cięcie przy kamieniach pęcherza, podwiązywanie większych pni naczyńiowych, wyluszczenie znacznych nowotworów, odejmowanie kończyn i t. d., słowem takie czynności chirurgiczne, które z natury rzeczy obszernych rękoczynów operacyjnych wymagają, stawiając chorego na czas krótszy lub dłuższy w pośród wielkiego niebezpieczeństwa nawet wtedy, gdy mu z naszej strony zapewnimy wszelkie możebne ku wyzdrowieniu warunki. Gdzie niema świeżego powietrza w takich razach, tam jest wszystko przeciwko choremu, a nie za chorym. Lepiej go nie operować jak operować w szpitalu. Do stacyi więc operacyjnej kwalifikowałyby się przedewszystkiem wszelkie większe operacje, których leczenie pooperacyjne dłuższego wymaga czasu; słowem, wszelkie tak zwane cięższe stany w których chory zagrożony bywa z góry przewidzieć się dającym niebezpieczeństwem.

2) W razie pojawienia się w oddziałach chirurgicznych jednej z postaci chorobnych wnikających leczenie pooperacyjne (zgorzel, róża, bfonica, i w ogóle uporeczywy przebieg, którego przyczyny nie są nam bliżej znane a najprawdopodobniejszą jest ta że chorzy w powietrzu szpitalnej się znajdują), operowanie i leczenie pooperacyjne w powietrzu zaszpitalnem, a ztąd stacyja operacyjna po za miastem staje się bezwarunkowo konieczną. Cóż ją wtedy zastąpić może!

3) Wreszcie kwalifikują się tu tak zwane „operacje plastyczne.” Jeżeli chory zmuszonym jest szukać pomocy w szpitalu, a następnie podać się operacji która jest nieuniknioną, wtedy los rozstrzyga o skutku, bo ostateczny wynik nawet najmniejszej operacji dokonanej, w szpitalu (w szpitalu takim jakim on jest obecnie) z góry przewidzieć się nie daje. Weale nie należą do wyjątkowych te wypadki, w których chory dla wyluszczenia palca do szpitala p r z y c h o d z i, a w y j e ź d ż a z tamąd do miejsca z którego się już nie wraca. Inaczej rzecz się ma z operacjami plastycznymi. Sumienny chirurg zawsze starać się będzie usunąć chorego z pod wpływu który choremu utratą życia zagraża; operować go będzie po za szpitalem. I tu więc stacyja operacyjna zamiejska z korzyścią spożytkowałaby się dała.

<sup>1)</sup> Sprawozdania od r. 1833 aż do 1869 przez b. Radę Gł. Op. Zakł. Dobro ogłoszone, chociaż bardzo starannie układane mają znaczenie tylko pod względem administracyjnym.

Dla zadośćuczynienia choć w pewnej części trzem powyższym celom, sądzimy że niekoniecznie chodzi tu o jakiś większych rozmiarów zakład. Na początek dostatecznymby było mieć jeden w z o r o w o u r z ą d z o n y barak na 20—25 chorych. Z wyjątkiem szpitala oftalmicznego a w części i szpitala Ś-go Łazarza, reszta szpitali warszawskich, a raczej wszystkie ogólne szpitale warszawskie leżą po za granicami krytyki ze stanowiska wymagań współczesnej higieny. Dość jest porównać szpitale warszawskie z petersburskimi aby się o tem jak najdokładniej przekonać. Niechby więc Warszawa zdobyła się choć na jeden, jedyny po za miastem w z o r o w o u r z ą d z o n y barak na kilkunastu chorych, lecz urządzony tak, jak go nowe szpitalnictwo pojmuje.

Zbudowanie jednego baru i zaopatrzenie go w potrzebne przedmioty nie wymaga wielkich kapitałów. Wreszcie gdzie chodzi o taki cel, tam kapitał znaleźć się powinien. Nie sądzimy aby same szpitale swemi własnymi siłami mogły myśl tę doprowadzić do skutku, chociaż udział ich byłby tu naturalnym i wielkich sum nie wymagającym. Jeżeli bowiem do sześciu szpitali ogólnych dołączymy szpital oftalmiczny, który mimo pięknego urządzenia może się również znaleźć w potrzebie korzystania z podobnej stacyi operacyjnej; i szpital ujazdowski (wojskowy), to nie byłoby zbyt uciążliwym dla tych 8-miu szpitali, gdyby każdy z nich ze swych funduszy pewną część na założenie stacyi poświęcił. Kładziemy tu nacisk na szpital wojskowy, raz dla tego że we własnym interesie niewątpliwie nie chciałby się trzymać na uboczu, a powtóre, że ministerstwo wojny olbrzymiami rozrządza funduszami i nigdy nie odmawia swej zapomogi, ile razy o polepszenie bytu armii chodzi.

Ziemi potrzeba nie dużo. Trudniej o wybór miejsca niż o ziemię której móg byłby dostatecznym; najważniejszą bowiem rzeczą są środki komunikacyjne. Wszelako trzy gałęzie dróg żelaznych i czwarta obwodowa oprócz zwyczajnych dróg komunikacyjnych są dostateczną rękojmią, że nie będzie trzeba wiele czasu tracić, aby dojechać do miejsca o kilka wiorst za miastem położonego.

Czas to pieniądz, wielka prawda, ale praktyka nas przekonała, że każdy operator z zamiłowaniem swemu przedmiotowi się oddający nie szczędzi czasu, aby tylko jego ciężka praca pomyślny skutek odniosła. Chirurg który większą operacyję wykonał, zajęty jest jedynie myślą aby odnieść tryumf nad niebezpieczeństwem i życie choremu ocalić. Gdy to nastąpi, wtedy zdobywa zasłużone w obec siebie samego zadowolenie, a czegoż człowiek dla pożytku onego nie poświęca? Młodzież akademicka zawsze szlachetna i do pomocy gotowa, dostarczy potrzebnej opieki i jak w klinikach tak i tu ku własnemu pożytkowi będzie dyżurowała.

Nie ulega wątpliwości, że tak jak każda myśl nowa, tak i projekt powyższy napotka wiele rzeczywistych, a więcej jeszcze urojonych trudności; jesteśmy jednak głęboko przekonani, że przy dobrej woli pierwsze skuteczne pokonanemi zostaną, drugie same upadną. Rzucamy myśl. Wymaga ona wyczerpującego i wszechstronnego rozpatrzenia, wspólnej narady, krytycznego rozbioru każdego szczegółu do czego wzajemna wymiana zdań jest niezbędną. W imię więc tej zasady odwołujemy się do lekarzy naczelnych, do ordynatorów i ich pomocników jak również do profesorów klinik i wszystkich kolegów w ogóle, aby zechcieli projekt powyższy rozważyć, a uwagi jakie nam raczą łaskawie nadesłać w łamach naszej MEDYDINY niezwłocznie pomieścimy.

Sądzimy, iż rzecz o której mowa mogłaby być z wielkim dla niej pożytkiem podniesioną w naszym Towarzystwie Lekarskiem, i mamy nadzieję że Towarzystwo jej nie pominie. Ze względu iż tu chodzi nietylko o koła

lekarskie, lecz zarazem o poparcie i współdział jak największej liczby myślących jednostek, prasa nasza nielekarska przez podjęcie tej kwestyi mogłaby nieposlednie wyświadczyć usługi. Tylko na takiej drodze będzie można zebrać pewną liczbę danych, któreby mogły posłużyć za materyjal do nakreslenia projektu i wystąpienia z nim do właściwej władzy. *J. R.*

### KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

**Leczenie tętniaków wewnętrznych.** (*The Treatment of internal Aneurism*). Wynalezienie właściwego sposobu leczenia tętniaków od dawna stanowiło zadanie wielce zajmujące chirurgów i lekarzy. Wynikiem ostatecznym usiłowań w tym kierunku przedsięwziętych było leczenie tętniaków przez przewiązanie, a następnie przez ucisk—sposób mający wyższość nad poprzednim. Wykazano, że zarówno przez przewiązanie jakoteż przez ucisk bieg strumienia krwi wstrzymanym być może, dalej, że wyleczenie (*resp. consolidatio*) jest już możebnym i wtedy, gdy siła strumienia krwi i jego objętość zostaną tylko na pewien czas zmniejszonymi, nareszcie że ucisk stały jest niepotrzebnym. Te fakta dla leczenia tętniaków zewnętrznych doniosłe, pozostały bez wpływu na leczenie tętniaków wewnętrznych. Stosowano wprawdzie przy tętniakach brzusznych leczenie przez ucisk, nawet z pomyślnym skutkiem w pewnej liczbie przypadków, jednakże zdarzały się przypadki śmierci przy tem postępowaniu. Tętniaki zaś wyższych części tętnicy głównej wcale nie nadają się do tego sposobu leczenia. Do wewnątrz zadawane środki, w ostatnich czasach octan ołowiu i jodek potasu, okazały się bezskutecznymi. W obec braku tedy odpowiedniego sposobu leczenia tętniaków wewnętrznych, na uwagę zasługuje sposób postępowania JOLIFF TUFNELL'A, stosowany przez niego od lat kilku.

Badanie tętniaków skonsolidowanych wykazuje, że sprawa konsolidacyi odbywa się przez krzepnięcie krzepnika krwi, odkładającego się na ścianach worka tętniakowego w warstwach po sobie idących. Warunki najbardziej sprzyjające tej sprawie jako to tworzenie się krzepnika we krwi i zmniejszenie siły i pełności strumienia krwi stanowią zasadę, kierującą postępowaniem J. TUFNELL'A. Aby zadosyćczynić tym warunkom, zaleca on dyjete suchą i spokój o ile możności zupełny przy położeniu poziomem ciała. Co do dyjety, wyznacza on choremu na 24 godzin 10 uncyj pokarmu stałego i 8 unc. płynu i nie więcej. A mianowicie: na śniadanie 2 unc. chleba z masłem i 2 unc. mleka lub *cacao*; na obiad 3 unc. gotowanego mięsa, 3 unc. chleba lub kartosli i 4 unc. wody lub lekkiego wina czerwonego; na podwieczorek to samo co rano. Jeżeli pragnienie staje się bardzo dokuczliwym, kawałek lodu trzymany w ustach ulgę przynosi.

Dla utrzymania chorego w spokoju prawie zupełnym w łóżku przez dwa miesiące lub dłużej, warunek dla chorego nader uciążliwy do spełnienia, T. zaleca stosowanie morfiiny podskórnie i innych środków uspakajających, które to szczególży czytelnik znajdzie w dziełku wielce zajmującym J. TUFNELL'A (*Treatise on the Treatment of internal Aneurism 2 edit., London 1875*). Trudno dziś powiedzieć jaki będzie ostateczny wynik tego sposobu leczenia, jakkolwiek przewidzieć można, że nie we wszystkich przypadkach sposób ten okaże się zupełnie skutecznym, to jednakże, o ile dotąd już stwierdzono, stosowanie tego sposobu okazało się zawsze użytecznym.

(*Medical Times and Gazette* Nr. 1316 z d. 18 Sierpnia r. b.) *Adam Bauerertz.*

**Zastosowanie lecznicze bromku chininy.** Podług prof. GUBLER'A bromek chininy, podobnie jak siarczan obniża ciepłotę ciała, kurczy ściany naczyń włosowatych krwionośnych i powiększa napięcie naczyńniowe; jednakże na przyrząd słuchowy działa nie tak silnie, jak siarczan chininy. Oto wyniki doświadczeń czynionych przez prof. G. nad w mowie będącym środkiem: 1) Bromek chininy, odpowiadający siarczanowi tejże samej zasady, jest od niego więcej rozpuszczalnym i zawiera w sobie większy stosunek alkaloidu. 2) Posiada własności fizjologiczne soli chininy w ogólności. 3) Zdaje się jednakże, iż działanie lecznicze tego środka różni się od działania siarczanu chininy nie tylko mniejszą wybitnością objawów zatrucia chininą (*chinismus*), ale i wydatnem uspokajającym działaniem na nerwy (*sedativum*) oraz działaniem nasennem (*hypnoticum*). 4) Wszystkie te

własności wykazuje on szczególnie przy leczeniu nim chorób układu nerwowego, wyrażających się napływem krwi i gorączką: nerwobólów, nerwie z cechą podrażnienia, przekrwienia mózgowia i t. p. Bromek chininy okazywał szczególną skuteczność w przypadkach uporczywych wymiotów; oddawał liczne usługi w szeregu przypadków chorobowych zazwyczaj leczonych siarczanem chininy, jako to w zapaleniach pochodzenia zakaźnego, w cierpieniach gościecowych lub dnawych, gorączkach przypadłościowych (*febris symptomatice*) i t. p. 6) Nowy ten środek zadawano od gr. 6—16 (0,40—1,00) dziennie w dawkach 3 granowych (0,20) bądź pod postacią pigulek, bądź też wstrzykiwań podskórnych. 7) Wstrzyknięty pod skórę bromek chininy nie okazywał szkodliwego na tkankę łączną podskórną wpływu. Ani w jednym przypadku wstrzyknięcie 3 granów tego związku (która to dawka wyrównywa prawie 5 granom siarczanu) pod skórę, nie spowodowało choćby najłżejszego zapalenia. 8) Ostatnia ta własność w połączeniu z większą jego rozpuszczalnością zaleca użycie tego środka we wszystkich tych przypadkach, w których zachodzi wskazanie do zastosowania chininy na drodze wstrzykiwań podskórnych.

(*Journ. de therap.* z d. 10 Lipca i 10 Września r. b.

*Ref. w Gaz. hebdom. Nr. 38—1875). St. Kw.*

**Ulepszenie przyrządu Esmarch'a do bezkrwistego operowania.** Dr. NICAISE pomyślał, a COLLIN w Paryżu wykonał ulepszenie pierwotnego przyrządu ESMARCH'A polegające na tem, że w miejsce cewki sprężnikowej zastosowano taśmę sprężystą podobną do tej jaka należy do przyrządu E. Ulepszony ten przyrząd składa się z taśmy sprężystej 5 centymetrów szerokiej a blisko 1 metr długości mającej, zaopatrzonej w 10 metalowych kółek na powierzchni jej zewnętrznej przyczepionych i haczyka z kółkiem na końcu. Kółka te są przeznaczone do zaczepiania o nie haczyka, a jest ich aż 10 w równej, niewielkiej jedno od drugiego odległości, aby można zawsze wywrzeć pożądany ucisk stosownie do grubości operowanego członka, jak niemniej celem stopniowego zmniejszania tegoż ucisku przy zdejmowaniu przyrządu. Pierwsze kółko znajduje się w odległości 14 centymetrów od końca taśmy haczykiem zaopatrzonego, a ostatnie w odległości 40 centymetrów od tegoż końca. Kółko na końcu taśmy będące służy do wprowadzania wewnątrz palca wskazownika przy otaczaniu i naciąganiu taśmy, jako też dla swobodnego zaczepienia rzezonego haczyka (po drugiej stronie naprzeciwko niego znajdującego się) za jedno z 10-u kółek. Końcowe kółko i haczyk znajdują się na poprzecznej beleczce, której długość równa się szerokości taśmy; tym sposobem przy naciąganiu taśma rozciąga się jednostajnie w całej swej szerokości, a haczykowi można nadać z łatwością żądany kierunek. Autor dodaje że gdy operacja jest ukończoną, a mianowicie gdy wszystkie widoczne tętnice są już przewiązane przyrząd taki dozwala zmniejszyć obfitość krwawienia z powierzchni rany: gdy tętnice widoczne są przewiązane, mówi dr. N. zwalniał stopniowo taśmę przez zakładanie haczyka jednego kółka na drugie, w chwili zaś gdy krew bryzga z maleńkich tętnic, chwytam takowe szczyprzykami i przewiązuję, a następnie znowu zluźniam taśmę, i tak dalej, aż dopóki wszystkie tętniczki nie zostaną przewiązane.

(*Gaz. méd. de Paris. Nr. 35—1875).*

**Białkomocz padaczkowy** (*albuminaria epileptica*). II. WIRT (*The American Journal of the Medical science*. Kwiecień 1875) znalazł białko w moczu wskutek napadów padaczki w 20-tu przypadkach, w których białka poszukiwał; nigdy go w moczu padaczkowym nie brakowało. Ilość jego była w stosunku do napadów: jeżeli takowe były gwałtowniejsze i dłużej trwały, to i białka w moczu znajdowało się więcej i odwrotnie. Warto by fakt ten sprawdzić, gdyż zasługuje on bardzo na to pod względem rozpoznawczym.

(*Ref. w Gaz. hebdom. Nr. 36—1875).*

**Wodę morską do użycia wewnętrznego** zaleca E. LISLE w następujących trzech przetworach: 1) Chleb, do przygotowania którego użytamąka była zarobioną na ciasto nie zwykłą wodą słodką lecz wodą morską, 2) Ulepek z równej ilości wody morskiej i cukru złożony. 3) Elixir z wody morskiej, rumu i cukru przygotowany. Jako wskazanie do użycia tych przetworów L. podaje wszelkie stany ogólnego osłabienia, a szczególniej żółzowej i gruźliczej przyrody.

(*Bullet. de therapeut. str. 103—119. 1875 r.*) J. R.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Rostock. Dnia 15 Lutego r. b. prof. oftalmologii dr. ZEHENDER miał odczyt w auli uniwersyteckiej p. n. O powołaniu kobiet do studyjowania medycyny i wykonywania praktyki lekarskiej. Prof. Z. nie podziela zdania BRISCHOFF'A jakoby anatomiczna budowa ustroju kobiety czyniła ją niezdolną do studyjowania medycyny. Z. przytacza 7 kobiet, które zajmowały katedry profesorskie przeważnie anatomii we Włoszech, a głównie w Bolonii, jako też kilka kobiet lekarzy w Niemczech z XVIII-go stulecia, na poparcie zdania, że kwestyja studyjowania przez kobiety nauk lekarskich nie jest nową i utrzymuje, że płeć piękna jest odpowiednio uzdolnioną do zajmowania się z pożytkiem naukami przyrodniczymi. Co się zaś dotyczy wykonywania praktyki lekarskiej, to Z. stanowczo utrzymuje, że chorych winien leczyć mężczyzna, a pielęgnować chorych potrafi jedynie kobieta, której w tym względzie żaden mężczyzna zastąpić nie zdoła. Wrażliwi i wątły układ nerwowy kobiety prędkiemu ulega znuieniu, ztąd kobiety nierównie mniej są wytrzymałemi w spełnianiu ciężkich i trudnych obowiązków lekarzy praktyków, z których jak wiadomo, znaczna liczba w młodym jeszcze wieku z nadmiernej pracy umiera. Rozpatrując znaczenie sił fizycznych w spełnianiu okowiazków lekarza praktyka Z. między innymi tak się wyrażał: „kwestyja ta ostatecznie rozstrzygniętą być winna przez lepiej odemnie uzdolnionych sędziów, a mianowicie przez same kobiety. One same mogą i powinny wiedzieć o tem, czy nauka i praktyka lekarska w całej rozciągłości odpowiada kobiecej przyrodzie i właściwości. My nie potrzebujemy ani stawiać zapory na tej drodze, ani też gościnnie otwierać podwoje przybytku wiedzy lekarskiej i ułatwiać ten nowy kierunek pracy kobiecej; o uzdolnieniu ich lub nieudolności wyrokować ostatecznie nie możemy, gdyż nie jesteśmy kobietą.”

W końcu tego zajmującego odczytu znajdujemy ciekawe wiadomości dotyczące studentek medycyny w Edyburgu, w Ameryce, gdzie dyplomy doktorskie udzielają się bardzo łatwo i w Zürichu. Do uniwersytetu Zürichskiego, jak wiadomo, uczęszczały przeważnie rossyjanki, z setki których ukończyło całkowity kurs nauk uniwersyteckich zaledwie sześć! Po znanym ukazie, od roku ubiegłego studentki przeniosły się do Bernu, gdzie obecnie jest ich 32 na ogólną liczbę studentów 364. Pragnących dowiedzieć się o przyczynach dla których przeważnie rossyjanki chętnie poświęcają się studyjom nauk przyrodniczych odsyłamy do oryginału bogatego pod tym względem w fakta (z prywatnego a wiarogodnego źródła poczerpnięte) i napisanego bezstronnie. <sup>1)</sup> Dr. J. T.

**Nowe czasopisma.** Ruch na polu „Medycyny społecznej”, coraz się bardziej rozwija za granicą. Od dnia 1 Października r. b. zaczęły wychodzić dwa czasopisma, poświęcone tej gałęzi naszej umiejętności: Jedno wydawane będzie w Berlinie p. t. „Deutsche medicinische Wochenschrift. Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes”, jak tytuł wskazuje będzie tygodnikiem przeważnie medycynie społecznej poświęconym, jednak i patologija będzie w nim miała przedstawicieli.

Pierwszy Nr. rozesłany na próbę, w wielkości ćwiartki (4-to) składa się z półtora arkusza druku tej objętości; w nim redakcyja objaśnia swe zadanie i cel do którego dąży; następnie podaje wstępną mowę, mianą przez prof. M. PETTENKOPFER'A, na ostatnim zjeździe odbytym we Wrześniu r. b. w Monachium, odnoszącą się do przedstawionego programu planu poszukiwań co do miejsca i czasu nad zwiastunami durzyc nagminnych (epidemicznych), i plan do tych poszukiwań. Następnie zawiera dwa artykuły, treści klinicznej—przechodzi kwestyję bakteryj, która w m. Kwietniu r. b. zajmowała świat lekarski w Londynie i Berlinie i kończy sprawozdaniami z posiedzeń Towarzystwa położniczego berlińskiego. Są tam i personalija odnoszące się do stanu lekarskiego. Odcinek zawiera sprawozdanie ze zjazdu dla medycyny społecznej, odbytego w Monachium w m. Wrześniu. Redaktorem jest dr. BÄRNER.

<sup>1)</sup> ZEHENDER. Ueber den Beruf d. Frauen zum Studium u. zur praktischen Ausübung d. Heilwissenschaft, Rostock. 1875.

Drugie czasopismo nosi tytuł: „Gesundheit”, wydaje je prof. RECLAM z Lipska—czasopismo to poświęcone jest wyłącznie medycynie społecznej;—w pierwszym N-rze zawiera artykuły bardzo ważne, a między innymi „o wroście przypadków chorób umysłowych w obecnych czasach”, dra ERLÉNMYER'A; „cmentarz i woda studzienna” dra REICHARDT'A, (z Jena). Sprawozdania—w których spotykamy się z artykułem o szkołach ludowych pod względem zdrowia publicznego; a między Przeglądem naszych pism znajdujemy artykuł bardzo ważny p. t. „Zadanie państwa w stosunku do lecznictwa (*Heilkunde*) i służby zdrowia publicznego” dra SILBERSCHLAG'A.

Ograniczamy się na niniejszej wzmiance o wspomnianych czasopismach, albowiem z treścią artykułów w nich pomieszczanych spotkają się nasi czytelnicy, w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dziale: „Medycyna społeczna”.

Nowe dzieło Darwin'a. Kol. FRITSCHÉ, z Częstochowy zakomunikował nam list pisany do niego d. 21 Września r. b. przez Karola DARWIN'A, w którym znakomite badacz przyrody zapowiada wyjście z druku nowego wydania dzieła jego p. n. „Variation of animals and plants under Domestication” (O zmianach wywołanych u zwierząt i roślin pod wpływem hodowli) i zapytuje kol. F. czyby nie zechciał dzieła tego na język polski przetłumaczyć, gdyż w takim razie przysłałby mu pojedyncze arkusze w miarę jak z druku wychodzić będą; tym sposobem dzieło to mogłoby wyjść współcześnie w języku angielskim i polskim. Nie wątpimy że znakomite to dzieło, równie ważne dla rolników jak i dla badaczy przyrody znajduje u nas odpowiedniego nakładcę.

J. R.

## O g ł o s z e n i a.

**Adam Bauerertz prowadzi leczenie elektrycznością** w swoim mieszkaniu, przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 54, codziennie od godziny 4 do 6 po południu.

### Zakład leczniczy prywatny dla chorych chirurgicznych

Dra CHWATA, w Warszawie.

Przyjmuje chorych z cierpieniami zewnętrznymi tak męzczyzn jak i kobiet *na stałe pomieszczenie i przychodnich. Pensjonarze* w zakładzie zapewnione mają całkowite wygodne utrzymanie, pomoc lekarską, lekarstwa i wprawną obsługę felczerską.

Zakład urządzony jest wzorowo i zaopatrzony w najnowsze przyrządy chirurgiczne i ortopedyczne, odpowiednio wymaganiom chirurgii postępowej.

O warunkach pomieszczenia chorych w zakładzie dowiedzieć się można w mieszkaniu Doktora przy **ulicy Przejazd Nr. 11**, codziennie między godziną 3 i 5 po południu.

### ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIEC

### D-rów Rogowicza i Bernarda

w Warszawie, Aleja Ujazdowska Nr. 14.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecymi oprócz nieuleczalnych i ostrych zaraźliwych wysypek. Opłata za leczenie i utrzymanie wynosi: w pokojach oddzielnych rs. 3, w pokojach wspólnych dla dwóch osób rs. 2 kop. 50 dziennie od osoby. Za operacje opłata oddzielna.

Osoba chora lub ciężarna, chcąc pozostawać w Zakładzie z towarzyszką swoją zdrową, zajmuje wraz z nią pokój wspólny i opłaca za siebie rs. 3, a za utrzymanie towarzyszkę rs. 1 dziennie, gdyż ta po za Zakładem stołować się nie może. W razie potrzeby zachowanie zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia.