

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Doświadczenia nad szczepieniem ropy z wrzodów miękkich, zmieszanej z wodą utlenioną 8% lub 6%. Wykonał i opisał Dr. Uhma. — **Wykłady kliniczne.** O mechanicznym leczeniu zapalenia kręgów (spondylitis). Podał Roman Skowroński. — **Streszczenia i wyciągi.** 45. Alkalia w leczeniu niestrawności. 46. Przypadek zatrucia gazem tlenku węgla wyleczony zapomocą wstrzyknięcia roztworu soli kuchennej do żył. 47. O resekcji wątroby. 48. Diewieczorództwo. 49. Stosowanie środków przeczyszczających podskórnie i przez odbytnicę. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z ODDZIAŁU CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH D-RA KRÓWCZYŃSKIEGO WE LWOWIE.

Doświadczenia nad szczepieniem ropy z wrzodów miękkich, zmieszanej z wodą utlenioną 8% lub 6%.

Wykonał i opisał **Dr. Uhma.**

Od najdawniejszych czasów usilnie się starano wynaleźć niezawodny środek zapobiegający powstawaniu wrzodów miękkich. Zaraźliwość tych wrzodów tak dawno jest znaną, że z niej prawdopodobnie pierwotna teoria zarażków wysnutą została. Znając miejsca, przez które jad do ustroju wnika, łatwem się wydawało wynalezienie środków ochronnych, stąd pochodzi tak wielka ich liczba. To też już w r. 1290 LANFRANC pisze: „Si quis vult membrum ab omni corruptione servare cum recedit a muliere, quam habet suspectam de immundicia, lavet illud cum aqua aceto mixta“¹⁾. Jeszcze bardziej pomysłowym jest Mikołaj MASSA: „Si vero quis cum infecta muliere coire voluerit, quod fatuum est, lavetur vulva cum vino aut aceto, et membrum virile cum aceto“... scilicet ante coitum. „Quod si forte quis cum muliere infecta coiverit, laventur partes illae post coitum cum vino albo calido, vel cum aceto, quod magis mihi placet, ut fiat confortatio membri et prohibitio corruptionis ad illam malam qualitatem, et sic stet in suo robore membrum confortatum“²⁾.

Inni autorowie różne podawali płyny jako specyfiki niezawodnie działające. Począwszy od moczu, wina, mydlin, aż do sublimatu prawdopodobnie dla jego swoistego, przeciwprzymiotowego działania, probowano wszystkiego³⁾. Każdy prawie z ówczesnych autorów, podobnie jak WARREN³⁾, podaje w swem dziele „l'eau antivénérienne“ swego pomysłu.

¹⁾ Traité des maladies vénériennes par A. Vidal (De Cassis). Paris 1853. Prophylaxie privée p. 537.

²⁾ Traité de la syphilis par E. Lancereaux. Paris. 1874. Therapeutique p. 522 i 523.

³⁾ Nouvelle méthode également prompte et facile pour guérir la gonorrhée virulente et pour s'en garantir. 1771.

Wszystko to jednak aż do końca zeszłego stulecia podawanem było bez krytyki. Dopiero w naszym stuleciu, o ile z dostępnej mi literatury wiadomo ^{4a)}, doświadczalnie rzecz badać zaczęto. HERNANDEZ (1812). stwierdza, że domieszka soku żółądkowego lub rozczyńu siarczanu żelaza nie odbiera ropie własności zakażającej; PERCY, że ropa przechowana, podobnie jak krowianka, po pewnym czasie jeszcze zarazić może. PUCHE ze skutkiem szczepi mieszanke, gdzie jedną kroplę „*de cette humeur*“ zmieszano ze szklanką wody.

Pod owe czasy występują też ze swemi doświadczeniami LUNA CALDERON ⁵⁾ a później LANGLEBERT ^{6b)}. Pierwszy robi doświadczenia publicznie, w jedym z Paryskich szpitali: szczepi wydzielinę szankrową na własny napletek, następnie zmywa wynalezionym przez siebie środkiem i otrzymuje dobry rezultat. Lecz niestety tajemnicę swego wynalazku zabrał z sobą do grobu! Drugi, po zaszczepieniu ropy sobie i swym asystentom ALBANÉL'OWI i MOREAU, zmywa mieszaniną spirytusu, mydła potasowego i olejku cytrynowego.

Zabiera też głos w tej sprawie RICORD ⁶⁾ i twierdzi, że ropa, zmieszana ze zgęszczonemi kwasami lub zasadami, traci swą moc, że podobnie wpływają na nią zachwalane przez PETIT-RADEL przetwory rtęci, że wpływ ten jednak nie jest wcale swoistym, bo owe domieszki działają wyłącznie jako *caustica*, niszczące materye organiczne. Według niego—po zaszczepieniu—nic już nie jest w stanie podzielać zapobiegawczo, oprócz *cauterium* sięgającego głębiej, niż dostał się zarazek. Wskutek tego orzeczenia, wody zapobiegające zarażeniu tracą popyt, a już SPERINO ⁷⁾ nazywa ich wynalazców wprost szarlatanami wynajdującymi środki „*pour satisfaire leur exécrable soif de l'or*“.

W drugiej połowie bieżącego stulecia ogłasza W. BOECK l. c. wyniki swoich doświadczeń, których rozmaitość jest wielka: ropa, w naczyniu szczelnie zamkniętem, po 8 dniach ma tracić swą siłę, nie w zamkniętem już po 4 dniach się rozkłada. Przechowanie ropy w zimnie, choćby do—16° R., nie ujmuje jej siły, owszem, szczepienie jej nawet 12 dnia się udało. Ogrzanie ropy ponad 40° R. miało ją niszczyć. Ropa zaschnięta w postaci strupa a przed szczepieniem rozmoczona w wodzie, po dniach 12 dawała rezultat dodatni. Szczepienie lancetem, do którego ropa w większej ilości przyschła, udawało się do 8 dnia. Szczepienie ropą wyschniętą na płótnie, a naajutrz rozmoczoną, nie udawało się. Przymieszka wody aż do 100 części teje na 1 część ropy, daje zawsze rezultat dodatni, większe rozcieńczenie zawieść może, ale dopiero przy sześćsetkrotnem, dokładnem rozcieńczeniu, można być pewnym ujemnego rezultatu. *Solutio kalii carbonici* 1:2, zmieszana w równych częściach z ropą, ją niszczyła; gdy zmieszano 3 części ropy z 2 częściami rozczyńu, powstawała krosta (*pustula*).

Przymieszka 5 kropeł czystego spirytusu do jednej kropli ropy dawała wynik ujemny, 2:1 dodatni. Pomijam przymieszki: *extracti belladonnae*, *tincturae opii crocatae*, *solutionis kalii jodati*, *Fowleri*, *kalii stibio-tartarici*, *acidi*

^{4a)} Vidal l. c. a. Notions préliminaires p. XVI. b. Prophylaxie 539.

⁵⁾ Demonstration pratique de la prophylaxie syphilitique, authentiquement constatée. Paris 1815.

⁶⁾ Streszczam tu tylko cytaty z W. Boeck'a „Erfahrungen ueber Syphilis“. Stuttgart. 1875. p. 2, które dosłownie powtarza za nim Kaposi w „Pathologie und Therapie der Syphilis“. Stuttgart. 1891. p. 88, ale szczegółową wzmiankę o tych doświadczeniach znalazłem też w „Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten nach Ricords Vorträgen bearbeitet von Lippert 1846. p. 26.“

⁷⁾ „La Syphilisation“ traduit par Tresal. Paris 1853. p. 25.

borici, natri bicarbonici, natri chlorati, magnesia sulfuricae, ferri et cupri sulfurici, chinini sulfurici et hydrochlorici, camphorae, glicerini, oliwy, moczu, surowicy krwi, ropy ze zwykłych ropni, krowianki i innych.

Pomijam także doświadczenia БОЕЦК'А z mieszaninami ropy szankrowej, ze środkami żrącymi (*Acid. acetic. glaciale, acid. carbolic., sublimat., lapis etc.*), które, niszcząc wszelkie twory organiczne, nie mogą mieć znaczenia środków zapobiegających, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Przytem БОЕЦК nie dość ściśle podaje sposoby wykonywania i wyniki tych szczepień, a co ważniejsza, nie przedsięwzięcie jednocześnie szczepień kontrolujących, dla tego znaczna część jego pracy w tym przedmiocie posiada dziś znaczenie tylko historyczne.

Podobne doświadczenia robił KRÓWCZYŃSKI z sublimatem, nadmanganianem potasowym i t. p., robił je zaś o tyle dokładniej, że zawsze w drugim miejscu szczepił dla kontroli ropę czystą. Jego doświadczenia dały rezultaty podobne do otrzymanych przez RICORD'A. Dodany roztwór był o tyle stężonym, że działał żrąco. Działanie uwydatniało się w ten sposób, że w miejscu szczepienia powstawało wtedy nadżarcie (*erosio*), nieraz bardzo trudno się gojące. Gdy zaś użyto płynu bardziej rozcieńczonego, to wtedy wytwarzał się zawsze wrzód miękkie, co tylko wówczas nie miało miejsca, gdy i w kontrolującym szczepieniu rezultatu dodatniego nie otrzymano.

Przechodząc wreszcie do wody utlenionej, podniosę przedewszystkiem okoliczność, która ją niezmiernie wyróżnia od przetworów powyżej wspomnianych, ze względu na jej oddziaływanie na materje organiczne. Gdy tamte przetwory ścinają białko, wywołują *coagulatio*, — w niej białko się rozplywa, — ona powoduje *colliquatio*. Dr. KROKIEWICZ, który uprzejmie podjął się badania w tym kierunku, wykazał pod mikroskopem, że zaródz (*protoplasma*) komórek wysiękowych, po dodaniu wody utlenionej, rozplywa się, kontury komórek zacierają się zupełnie, widać tylko jądra, a i te widocznie bardzo są zmienione, bo gdy na preparatach kontrolujących barwiły się one bardzo wybitnie barwnikami anilinowymi, tam gdzie wody utlenionej dodano, prawie zupełnie zatracaly tę własność.

Różnica ta ma, według mego zdania, ogromne znaczenie. Przy naszych doświadczeniach z wodą utlenioną, nie potrzebowaliśmy, jak to Dr. БОЕЦК o swoich mieszaninach wspomina, kłócić jej z ropą całemi godzinami. Pod koniec moich doświadczeń, we wszystkich przypadkach, gdzie 6% wody utlenionej używałem, wcale nawet nie kłóciłem mieszaniny, lecz czekałem jakie 1/2 minuty, i gdy się mieszanina spieniła, nakładałem ją na miejsce skaryfikowane i wcierałem silnie pręcikiem szklanym.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: ropę szankrową, mającą być zaszczepioną, zbierałem na szkiełko zegarkowe i po dodaniu do niej wody utlenionej, szczepiłem tę mieszaninę na przedramieniu — w jego części górnej — nieco niżej przegubu łokciowego. W dolnej zaś części przedramienia, powyżej napięstka szczepiłem ropę szankrową czystą. W przypadkach, w których robiłem doświadczenia równocześnie i na jednych chorych z D-rem ŚWIĄTKIEWICZEM⁸⁾, urządzaliśmy się w ten sposób, że ŚWIĄTKIEWICZ szczepił w 2-ch miejscach przedramienia lewego, ja zaś szczepiłem w 2-ch miejscach przedramienia prawego.

⁸⁾ Wyniki poszukiwań doświadczalnych D-ra ŚWIĄTKIEWICZA, dotyczących tegoż samego przedmiotu, ogłosimy w następnych N-rze „Medycyny“.

Co do ilości dodawanej wody utlenionej, wspomnę jeszcze, że z początku dodawano jej taką samą mniej więcej ilość, ile było ropy, później mniej, a nawet tylko tyle, ile potrzeba było do spienienia.

1) M. K., prostytutka, lat 18, *ulcera mollia ad introitum vaginae et labium pudendum minus sinistrum*.

30. IX. 1892. Na przedniej powierzchni przedramienia lewego zrobiono końcem skalpela dwie skaryfikacje, około $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy mieć mogące. Bliżej napięstka nałożono ropę czystą zebraną z owrzodzeń, znajdujących się na częściach sromnych; bliżej zaś przegubu łokciowego tę samą ropę, zmieszana wprzód na szkiełku zegarkowem z 1 kroplą wody utlenionej 8%. Gdy ropa przyschła, przyłożono na skaryfikację watę odtłuszczoną i owinięto mokrą opaską muślinową ⁹⁾.

1. X. 1892. 1) Wata przyschła, po odmyciu jej spostrzega się żółtawą powierzchnię, nierówną, jakby z drobnutkich pęcherzyków utworzoną, w otoczeniu jej zaczerwienienie i nieznaczny nasiek. 2) Plamka blado czerwona, sucha, niewyniosła nad powierzchnią, bez objawów zapalnych. Wzdłuż linii nacięć pozasychane, drobnutkie strupki.

2. X. 1892. 1) Owrzodzenie więcej niż $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, pokryte znaczną ilością żółto-zielonawej, dość płynnej ropy. Dno wrzodu, po oczyszczeniu, nierówne, brzegi jego powyżerane, przy ucisku łatwo broczy. 2) Stan ten sam, niema najmniejszych objawów zadrażnienia.

10. X. 1892. 1) Wrzód zagojony, zbity blizna, 2) ani śladu.

2) M. B., wolna, prostytutka, lat 19. *Individuum lueticum*.

2. X. 1892. Szczepiono ropą z owrzodzenia, wytworzonego przez szczepienie dnia 30. IX. na przedramieniu chorej M. K..

3. X. 1892. 1) Drobnutkie pęcherzyki wypełnione ropą. 2) Nieznaczne zaczerwienienie, wzdłuż linii nacięć poprzysychane strupki.

6. X. 1892. 1) Owrzodzenie powierzchowne, bez dążności wżerania się w tkankę, zastosowano eufen. 2) Ledwie ślad skaryfikacji

11. X. 1892. 1) Mimo stosowania eufenu owrzodzenie powiększyło się znacznie, ropienie obfite, zastosowano *Solutio cupri sulfurici 1:4*. 2) Niema śladu.

19. X. 1892. 1) Owrzodzenie pod jodoformem zwolna się przygaja. 2) Ani śladu.

3) M. M., wolna, sługa, lat 22. *Individuum lueticum*.

6. X. 1892. Szczepiono ropą z owrzodzenia wywołanego szczepieniem na przedramieniu chorej M. B., o którym wspomniano, że nie miało początkowo dążności do wżerania się w głębi tkanek.

7. X. 1892. 1) Miejsce zaszczenia nieco nad powierzchnią wyniosłe lekko zaczerwienione, wzdłuż jednej liniiki nacięcia prążek żółtawy. 2) Stan jak u poprzednich chorych opisywano.

9. X. 1892. 1) W miejscu żółtawego prążka pęcherzyk wypełniony ropą. 2) Ledwie widoczny ślad.

10. X. 1892. 1) Pęcherzyk się zwiększył, pod nim owrzodzenie dość, głębokie. 2) Zastosowano *Sol. cupri sulf. 1:4*.

13. X. 1892. 1) Rankę na pozór czystą zasypywano jodoformem, wytworzył się strup suchy, silnie przylegający, który pozostawiono.

⁹⁾ Dla uniknięcia powtarzań będę omijał opisy szczepień, zawsze w ten sam sposób dokonywanych, a miejsce szczepienia dla kontroli będę oznaczał liczbą 1 — szczepienie zaś ropy z wodą utlenioną liczbą 2.

18. X. 1892. 1) Wkoło strupa obwódka żółta, dalej zaczerwienienie zapalne. 2) Pod strupem wrzód głęboki, skóra wokoło podminowana. *Sol. cupri sulf. 1:4.*

26. X. 1892. 1) Owrzodzenie zagojone, pozostała blizna zbita. 2) Ani znaku.

4) F. K., wolna, prostytutka, lat 18. *Ulcera mollia ad introitum vaginalem. Individuum lueticum.*

17. X. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych chorej.

18. X. 1892. 1) Lekkie zaczerwienienie. 2) Stan jak u poprzednich chorych: ślady nacięć pokryte łuszczką.

19. X. 1892. Maleńki pęcherzyk żółtawy.

20. X. 1892. Cztery pęcherzyki wypełnione ropą, w koło każdego nieznaczne zaczerwienienie skóry.

22. X. 1892. 1) Pęcherzyki usunięto, a głębokie nadżarcia w skórze nopuszczono *c. solutione cupri sulf. 1:4.* 2) Ani śladu.

28. X. 1892. Wrzodziki zagojone.

5) K. G., wolna, prostytutka, lat 20. *Ulcus molle ad introitum vaginalem.*

8. XI. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych tejże chorej.

9. XI. 1892. 1) Wata przyschła, objawów zapalnych brak. 2) Ślad mało widoczny.

10. XI. 1892. Zaczerwienienie miejsca szczepienia, w jednym miejscu żółty punkt.

15. XI. 1892. 1) Owrzodzenie dość silnie broczące, w otoczeniu naciek zapalny. *Sol. cupri sulf. 1:4.* 2) Ani śladu.

16. XI. 1892. Owrzodzenie oczyściło się. Jodoform.

22. XI. 1892. 1) Owrzodzenie zagojone. 2) Śladu niema.

6) K. W., wolna, sługa, lat 25. *Ulcera mollia labiorum pudendorum et femorum utriusque lateris.*

10. XI. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych ¹⁰⁾.

11. XI. 1892. 1) Poprzysychane strupki, odczynu zapalnego nie widać. 2) Mało widoczne ślady nacięć.

12. XI. 1892. 1) Pęcherzyk wypełniony ropą. 2) Ani śladu.

15. XI. 1892. Wyrażny wrzód miękki.

7) A. W., wolna, sługa, lat 20. *Individuum lueticum.*

18. XI. 1892. Szczepiono ropą z przedramienia chorej K. W. (patrz sprawozdanie D-ra ŚWIĄTKIEWICZA).

19. XI. 1892. 1) Duże poprzysychane strupki. 2) Kilka drobnych przyschniętych strupków.

21. XI. 1892. *Status idem.*

24. XI. 1892. 1) Wrzód miękki. 2) Ani śladu.

26. XI. 1892. Zgojone.

8) M. H., wolna, sługa, lat 21, *Ulcera mollia lab. pudendorum.*

21. XI. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych.

22. XI. 1892. 1) Strup. 2) Ledwie widoczne ślady nacięć.

23. XI. 1892. Około wspomnianego strupa zaczerwienienie.

24. XI. 1892. 1) Niby pęcherzyk. 2) Ani śladu.

26. XI. 1892. Pod pęcherzykiem głębokie lejkowate nadżarcie.

¹⁰⁾ U tej i u następnych chorych robił także doświadczenia i dr. Świątkiewicz; do jego sprawozdania odsyłam ciekawych dalszego przebiegu wytworzonych owrzodzeń.

- 9) M. C., wolna, sługa, lat 17, *Ulcera mollia ad introitum vaginalem*.
 30. XI. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych.
 3. XII. 1892. 1) Widoczny lekki odczyn zapalny około strupka 2) Suche strupki wzdłuż nacięć.
 6. XII. 1892. 1) Pęcherzyk. 2) Ani śladu.
 7. XII. 1892. Wrzód miękki.
 10) W. T., wolna, sługa, lat 30. *Ulcera mollia ad introitum vaginalem*.
 21. XI. 1892. Szczepiono ropę z części sromnych.
 22. XI. 1892. 1) Lekkie zaczerwienienie. 2) Jak zawsze.
 23. XI. 1892. Pęcherzyki.
 24. XI. 1892. Pod strupkiem rana niezbyt głęboka.
 25. XI. 1892. Wszystkie cechy wrzodu miękkiego.
 11) M. C., wolna, sługa, lat 20. *Ulcera mollia pudendorum. Individuum lueticum*.
 14. XII. 1892. Szczepiono ropą z części sromnych ¹¹⁾.
 15. XII. 1892. 1) Pęcherzyk żółtą ropą wypełniony. 2) Ślady nacięć.
 16. XII. 1892. 1) Pod pęcherzykiem nadżarcie. 2) Ani śladu.
 12) K. M., wolna, sługa, lat 21. *Individuum lueticum*.
 19. XII. 1892. Szczepiono ropą z owrzodzenia na przedramieniu chorej A. S., przez szczepienie D-ra ŚWIĄTKIEWICZA wywołanego.
 20. XII. 1892. 1) i 2) Ślady nacięć drobnymi strupkami pokryte.
 22. XII. 1892. 1) Powierzchnia pokryta strupkami, nieco wyniosła nad poziom. 2) Ledwie ślad.
 23. XII. 1892. Pęcherzyk z obwódką różową
 28. XII. 1892. Charakterystyczny wrzód miękki.
 13) A. Ł., wolna, prostytutka, lat 16. *Ulcus molle ad introitum vaginalem. Individuum lueticum*.
 5. I. 1893. Szczepiono ropą z części sromnych.
 6. I. 1893. 1) Wata przyschła, zaczerwienienie. 2) Jak wyżej.
 7. I. 1893. Pęcherzyk.
 11. I. 1893. 1) Przyległy wrzód miękki. 2) Ani śladu.
 14) U tej samej A. Ł.
 10. I. 1893. Szczepiono ropę rozległego wrzodu miękkiego, znajdującego się *ad introitum vaginalem*, u chorej U. przybyłej na oddział 9. I. 1893.
 11. I. 1893. 1) Gruby strup, zaczerwienienie. 2) Ślady nacięć.
 12. I. 1893. 1) Charakterystyczny wrzód miękki. 2) Ledwie ślad.
 15) P. S., wolna, sługa, lat 19.
 10. I. 1893. Szczepiono tęż samą ropę, której w doświadczeniu 14 użyto.
 11. I. 1893. 1) Wata przyschła, zaczerwienienie. 2) Ledwie ślad.
 12. I. 1893. Nadżarcie w głąb drażące, pokryte ropą.
 13. I. 1893. 1) Wrzód miękki. 2) Ani śladu.
 16) A. G., wolna, sługa, lat 21.
 11. I. 1893. Szczepiono ropę wyżej wspomnianej chorej U.
 12. I. 1893. 1) Dość gruby strupek z obwódką zapalną. 2) Ani śladu.
 14. I. 1893. 1) Wrzód miękki. 2) Bez śladu.
- Oto są wyniki moich doświadczeń: ropa spieniona wodą utlenioną i zaszczipiona, działała lepiej niż wszelkie *antiseptica*; nigdy nawet najłżejszego podrażnienia nie zanotowano.

¹¹⁾ We wszystkich poprzednich doświadczeniach używano wody utlenionej 80‰, w tem i następnych 6‰.

Kończąc, pragnę dodać parę słów ku wspomnieniu nieodżałowanej ś. p. mego szefa prymaryusza lwowskiego szpitala, D-ra KRÓWCZYŃSKIEGO, który nie tylko życzliwie zachęcił mnie do przeprowadzenia opisanych powyżej doświadczeń, ale przy tej pracy, zarówno z półek własnej biblioteki, jak i z rozległych zasobów swej wiedzy, dowoli czerpać pozwolił.

WYKŁADY KLINICZNE.

O mechanicznem leczeniu zapalenia kręgów (spondylitis).

Z odczytów i wykładów D-ra ANDERSA WIDE, docenta Karolińskiego medycznego Instytutu, Dyrektora Ortopedycznego Instytutu miasta Stockholmu.

Podał Roman Skowroński.

Mechaniczne leczenie zapalenia kręgów ma na celu wstrzymanie zapalnego procesu, oraz zmniejszenie, o ile to podobna, już istniejącego garbu, lub zapobieżenie mającemu się wytworzyć. Obu tym zadaniom najłepiej sprostać można przez zmniejszenie ciężaru, jaki wywiera ciało na uległo zapaleniu kręgi. Leczenie wtedy tylko można nazwać właściwem i trafnem, jeżeli ono usuwa zupełnie ból nieodłączny przy każdej zapalnej sprawie w kręgach. Każdy lekarz w danym przypadku spotyka się z zapytaniem ze strony chorego lub jego krewnych, czy nie będzie garbu? albo jeżeli ten istnieje — czy da się on usunąć? Doświadczenie poucza, że podczas dłuższej trwającego zapalenia nie można robić w tym względzie żadnych nadziei choremu, gdyż choroba może się przeciągnąć lata całe, a zatem i ostateczny wynik leczenia nie może być przewidziany. Często się zdarza, że choroba ustaje na czas jakiś, aby potem wystąpić z całą siłą tak, że końca przewidzieć niepodobna, a co gorsza, że nieraz, pomimo najstaranniejszego leczenia, nie można przeszkodzić formowaniu się garbu. Jako dowód, podaje WIDE następujący przypadek ze swojej praktyki. Pięcioletni chłopiec, dotąd, podług opowiadania rodziców, zawsze zdrowy, w r. 1879 został najechany przez rowieśnika swojego saneczkami przy zjeżdżaniu z góry i ugodzony sanicą w grzbiet. Zaraz po owym przypadku chłopiec ten został odesłany do dziecięcego szpitala, gdzie zastosowano mu pas Rauchfuss'a ¹⁾. Później w instytucie Ortopedycznym nałożono mu gorset z poroplastycznego filcu, który nosił przez lat 5. W tym czasie i później, był ciągle pod obserwacją lekarzy, a jednak, pomimo najstaranniejszego leczenia, nie udało się przeszkodzić uformowaniu się garbu, który zajął większą część grzbietowych i lędźwiowych kręgów, a klatka piersiowa do tego stopnia ulega zbezkształceniu, że ostatnie żebra wcisnięte zostały po za *crista ossis ilei* miednicy.

LORENTZ powiada, że formacja garbu jest nieuniknioną, azoby gojenie mogło przyjść do skutku, i że wielkość garbu w zupełności odpowiada rozległości sprawy chorobnej. Że tak jest rzeczywiście, najlepiej przekonać się można na preparacie kręgosłupa, w którym, z powodu zapalenia, jeden albo kilka kręgów zniszczonymi zostały, a wygojenie kręgów, leżących pod i nad zniszczonymi, zostało dokonaniem o tyle, że kręgosłup jest w możności unieść cały ciężar ciała. To zdanie LORENTZA powinno być prawdziwą pociechą dla każdego lekarza, w takich przypadkach, w których, jak to wyżej powiedziano, pomimo najstosowniejszego leczenia, nie będzie on mógł zapobiedz uformowaniu się garbu. Pogląd ten jest również dobrą wskazówką,

¹⁾ Szeroki płócienny pas przeciągnięty przez boki łóżka wpoprzek, na którym leży chory w pozycji reklinacyjnej, mając głowę i nogi niżej względem części sprawą zajętej, która spoczywa na pasie.

w jakim kierunku leczenie winno być prowadzone i że tylko do pewnego stopnia można przeciwdziałać formowaniu się garbu, mianowicie, kiedy stwardnienie i wzmocnienie kręgosłupa już nastąpiło. W tem miejscu nasuwa się pytanie, czy te, tak rozpowszechnione w Szwecyi pasy Rauchfuss'a są praktyczne w zastosowaniu ich przy spondylitach. Jeżeli chodzi tylko o usunięcie bólu, to użycie ich jest stosownem, gdyż przez reklinację zapalnych części grzbietu ujmuje się ciężaru z przednich odcinków ciał kręgowych, gdzie, jak wiadomo, najprzód zapalenie szpiku kostnego się zaczyna. WIDE jednak już od lat 10 zaprzestał używać pasów Rauchfuss'a, gdyż te, jego zdaniem, jakkolwiek usuwają ból, to jednak przeszkadzają gojeniu się uległych zapaleniu części, wskutek tego, że nachylenie jest za silne, a przy leczeniu zapalenia kręgów przedewszystkiem potrzeba mieć na uwadze powstrzymanie zapalnego procesu, gdy garb schodzi na drugi plan. Tegoż samego zdania o pasie Rauchfuss'a i reklinacyjnych poduszkach Mass'a jest profesor C. G. SANTENSON. Tenże SANTENSON, w dyskusyi o bandażu Sayre'a, powiada, że w pierwszym stadium zapalenia, które zwykle powstaje już to na obwodzie, już to w ośrodkowych częściach ciał kręgowych, kiedy jeszcze nie nastąpiło rozmięczenie, ani utrata substancji tych ostatnich; potrzeba bandażu jest widoczną. Kiedy zaś stało się przeciwnie (to jest, gdy nastąpiła znaczna utrata substancji), gojenie nie może dojść do skutku inaczej, jak tylko przez zbliżenie się do siebie części kręgów, otaczających i ograniczających ognisko zapalne, i zrośnięcie się tych ostatnich w prawdziwą ankilozę. Przykładów takiego naturalnego gojenia się znajdujemy w anatomii patologicznej nie mało. Przez użycie w danym razie bandażu, przeszkodziłibyśmy zbliżeniu się z sobą i zrośnięciu zdrowych kręgów, czyli utworzeniu ankilozy. Im bardziej części, w których jeszcze prawidłowe stosunki odżywiania zostały zachowane są od siebie oddalone, tem obszerniejsze i więcej otwarte jest ognisko ropiejące, tem większa trudność w wytworzeniu i doprowadzeniu do skutku naturalnego gojenia się. W takiej zatem formie i stadium choroby, gorset Sayre'a, jakoteż wszelkie inne rozciągające bandaże są nieużyteczne, a nawet szkodliwe.

Wybór mechanicznego aparatu zależy w pewnym stopniu od tego, w którym miejscu kręgosłupa zaczęło się zapalenie; niezależnie jednak od tego, wybór ten jest bardzo trudnym. Dawniej, w stadium ostrego zapalenia, zalecano zawsze spokojne leżenie. Jest to z pewnością najlepsza i najracjonalniejsza rada, dla tego też we wszystkich trudniejszych przypadkach zalecać ją należy, z tem jednak zastrzeżeniem, że pacjenci, przy swoim nieruchomem położeniu będą mieli zapewnioną dostateczną opiekę nad sobą, dużo powietrza, i w ogóle, że będą przestrzegane wszelkie warunki higieniczne. I według nowszych pojęć, każdy spondylityk, w pierwszym stadium choroby winien leżeć spokojnie, ponieważ tylko tym sposobem można ująć nieco ciężaru ciała zajętem sprawą zapalną kręgom, a do aparatów przeznaczonych do noszenia, można się uciec dopiero wtedy, kiedy gojenie się kości w garbie już się zaczęło, tembardziej, jeżeli warunki higieniczne nie są odpowiednio zachowane przez otaczających chorego. Tych ostatnich aparatów winniśmy używać na początku choroby tylko wtenczas, jeżeli pacjent jest przyjezdny, i jeżeli z pewnością wiemy, iż w ciągu całej swej choroby będzie nosił ten bandaż, jaki mu nałożono przy pierwszej wizycie. Najlepszym warunkiem dobrego i odpowiadającego zadaniu aparatu do leżenia czyli pościeli jest to, aby ona dokładnie okalała zapaleniu uległą część kręgosłupa, a pacjent winien być w ten sposób przenoszony, aby nie zaszła żadna zmiana w raz już obranej przez niego pozycyi, a tego nie dokaze ani pas Rauchfuss'a, ani reklinacyjne poduszki Maas'a ze wszystkimi swojemi modyfikacyami. Leczący się w szpitalu, lub ludzie zamożni, mogą używać, przy *spondylitis cervicalis* szczególnie, znacznej ekstensyjnej pościeli VOLKMANN'a, w połączeniu z eskarpoletem GLISSONA.

Reklinacyjna i ekstensyjna pościel LORENTZ'A przewyższa dokładnością konstrukcji wszystkie dotąd znane aparaty do leżenia. Odpowiada ona wszystkim warunkom, jakich można wymagać od tak prostego, taniego i trwałego aparatu do leżenia. Ma ona jeszcze i tę zaletę przed innymi, iż może być z łatwością zrobiona przez każdego lekarza, mającego jaką taką wprawę przy nakładaniu bandażów gipsowych, a taniością swoją daje możność stosowania jej i w praktyce u ludzi biednych.

Sądzę, że nie od rzeczy będzie, jeżeli opiszę, w jaki sposób WIDE przyrządza tę pościel.

Na zwykajnym stole układa się pacyenta twarzą do blatu, podkłada mu się poduszeczki wypchane bawełną drzewną pod czoło, pod obojczyki, pod okolice przednią ud, pod podbicia stopy, jak to wskazuje rysunek (fig. I). Przez stosowne dobieranie



Fig. 1.

poduszek można dokładnie otrzymać żądane nachylenie, bacząc jednakże, aby go nie przesadzić zanadto. Dostatecznem jest, jeżeli brzuch chorego dotyka się stołu, gdy tymczasem sam chory przestał wyteżać mięśnie grzbietu. Ręce pacjent wyciąga naprzód, a głowę jego podtrzymuje jeden z asystentów. Cały tył głowy począwszy od ciemienia, i grzbiet, a następnie pośladki aż do składki pośladkowej, pokrywa się watą dość grubo, następnie kawałkiem gazy (rodzaj muslinu, jakiego krawcy używają do pokrywania waty w paltotach zimowych), poczem zaczyna się samo gipsowanie. Używa się do tego dość grubych i szerokich bandażów, dobrze nagipsowanych, które kładą się wzdłuż, poczynając od ciemienia, aż do składki wspomnianej. Najudatniej wychodzi całość, jeżeli położymy 5 podłużnych systemów bandażów w 3 rzędy od ciemienia, z tych jeden prosto a dwa w kierunku przekątnym do przeciwnych boków miednicy i 2 rzędy, po jednym z każdego boku, od łopatki do końca poprzednich bandażów. Bandaże te dobrze wygładzają się rękami, aby przystawały do ciała i doskonale przylepiły jeden do drugiego; poczem, kiedy już zesztyniały, układa się znowu bandaże w poprzek, poczynając w tym samym porządku, mianowicie od ciemienia, i starając się, aby pokrywały i boki ciała. Żeby zaoszczędzić bandażów i zarazem wzmocnić posłanie, można powkładać pomiędzy bandaże cieniutkie deszczułki fornieru, umyślnie w tym celu uprzednio przygotowane, lub paski grubych wiorów albo wreszcie położyć stosowną ilość pasków ze zgrzebnego płótna, dobrze namoczonych w gipsowem cieście. Jeżeli chcemy, aby to ostatnie posłanie lepiej trzymało, można je obwiązać po wierzchu sztywnym bandażem. Przez ten czas pościel gipsowa już stężała na tyle, że można ją odrazu zdjąć z chorego, poczem watę z posłania wyrzucić, wewnętrzną stronę wygładzić ręką, młotkiem, lub rączką drewnianą; wykrajać odpowiednie otwory na ręce; obciąć brzegi do żądanej wysokości, wygładzić je rękami i dla większej elegancji i mocy obłożyć gipsowym bandażem. Kiedy pościel gipsowa już wyschła, na co zwykle wystarcza 2—3 dni, pociąga się ją wewnątrz szellakiem rozpuszczonym w spirytusie, w celu niedopuszczania wilgoci, i układa się w nią chorego, wysławszy jej wewnątrz uprzednio watę i prześcieradłem. Aby chory nie zmieniał raz przyjętej pozycji, okręca go się wraz z pościelą mocnym bandażem, jak to widzimy na rysunku fig. 2. Jeżeli pościeli takiej używa się dla małych dzieci, które często urynują, to pomimo największych starań, utrzymać pościeli w porządku nie można, wskutek czego

ta ostatnia nasiąka moczem, skąd powstaje spleśnienie pościeli, co bardzo osłabia jej trwałość i powoduje odrażające cuchnienie, oddziaływające niekorzystnie na małego pacjenta. Aby temu wszystkiemu zapobiedz, WIDE zaczął używać pościeli drewnianej. Pościel taka ma bardzo wiele zalet; pościel gipsowa, choćby najdokładniej była

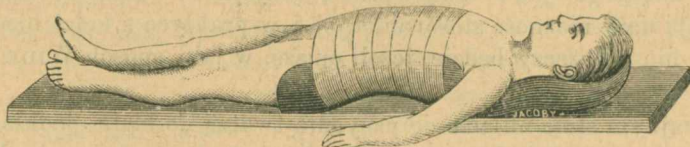


Fig. 2.

zrobiona, nie może się z nią równać pod wielu względami. Przedewszystkiem, pościel drewniana jest bardzo lekka, co najmniej 10 razy lżejsza od gipsowej, jest mocna, piękna, daje się z łatwością osuszać i czyścić, jest przytem nie tyle ambarasującą dla lekarza co gipsowa. Aby zrobić odlew gipsowy, potrzeba na to kilku kawałków gipsowego bandaża i parę minut czasu, przygotowanie zaś pościeli gipsowej z całą tualeką trwa najmniej $\frac{1}{2}$ godziny. Aby przygotować pościel drewnianą, układa się chorego w ten sam sposób, jak do gipsowej, pokrywa się jak tam plecy watą, i nakłada bandaż gipsowy, tylko o wiele cienie, bez deszczulek i grubego, zgrzebnego płótna, poczem zaraz zdejmuje się ten odlew, okrawa brzegi, robi się wgłębienia na ręce i tnie na kilka kawałków, które potem stolarz układa na klocku drzewa i wyzłabia podług danego modelu tak, że drewniana ta pościel jest wiernem odbiciem gipsowej. Przy *spondylitis cervicalis vel dorso-cervicalis*, używa się ekstensyjno-gipsowej lub drewnianej pościeli, która się tem tylko różni od dopiero co opisanej reklinacyjnej pościeli, że posiada jeszcze Jurymast¹⁾, który zakłada się w gipsowej pościeli w środek bandażów, w okolicach łopatek, a w drewnianej umocowuje się za pomocą śrubek (patrz fig. 3). Pościele te zaletami swojemi przewyższają wszystkie

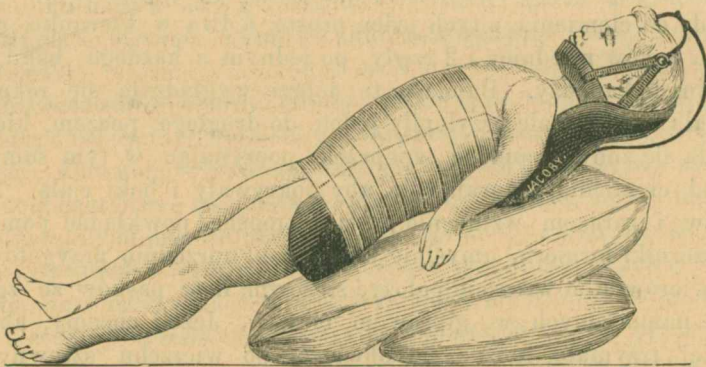


Fig. 3.

znane dotychczas i używane aparaty do leżenia, wykonywają bowiem nie tylko zadaną ekstensję, ale i wzmacniają tułów; dla tego to zalecają się szczególnie przy leczeniu małych dzieci. Są przytem bardzo dogodne ze względu, że nie przykuwają chorego do miejsca, można bowiem takiego małego pacjenta wynosić na spacer i nie wyjmować go z pościeli, nawet podczas oddawania stolca, co także jest rzeczą nie małej wagi. W razie potrzeby, kiedy np. chory doznaje kurczu w no-

¹⁾ Nie znam odpowiedniego polskiego wyrazu; jest to pret zgięty do przodu, który służy za hak, na którym zawieszają się stosowny przyrząd (*escarpolet*) do podtrzymywania głowy chorego, w celu wyciągania i prostowania kręgosłupa szyi i utrzymywania ich w takiej pozycji.

gach, lub pojawiają się kontraktury, szczególnie przy dłuższem leżeniu, można taką pościel, tak reklinacyjną jak i ekstensyjną, przeciągnąć i na nogi. [Model takiej pościeli do zobaczenia u mnie].

Na pytanie, jakie się w tej chwili nasuwa, mianowicie: jak długo chory powinien leżeć w takiej pościeli, trudno dokładnie odpowiedzieć. Naturalnie, że im dłużej trwa takie leżenie, tem lepiej dla chorego. Dr. WIDE trzyma chorego zwykle dotąd, dopóki ten czuje ból w kręgosłupie za pociśnięciem lub wstrząśnięciem ciała, to jest dopóki nie nastąpi już pewne wzmocnienie chorej części. Ze wspierających, przeznaczonych do noszenia rozmaitej konstrukcyi aparatów, których można używać na samym początku lub przy końcu choroby, już po odrzuceniu aparatu do leżenia, *resp.* pościeli, bardzo mała liczba używa się w Instytucie Ortopedycznym WIDEGO. Zadaniem tych ostatnich jest wspieranie i wzmacnianie kręgosłupa, a oprócz tego ujmowanie ciężaru, jaki ciało wywiera na chorą część kręgosłupa.

Zanim sztywne gorsety weszły w użycie, stosowano, jak i teraz, aparaty z elastycznymi, twardymi pelotami, z rozmaitemi sprężynami i rzemieniami. WIDE ich prawie zaniechał, gdyż, jak powiada, nie stawiają one dostatecznego oporu, jaki wymagany jest od aparatu, szczególnie przy spondyllicie. Jedyne sprężynowy gorset, jakiego używają tu w Instytucie przy spondyllicie, jest modyfikacya TAYLOR SCHILDBACHA (fig. 4). Ten, jak i inne tego rodzaju aparaty, wzmacnia, a jednocześnie, przez szyny umieszczone z tyłu, nadaje normalne położenie kręgosłupowi. W okresie rozwoju sprawy zapalnej w kręgach, z powodów wyżej wymienionych, aparat nie powinien się ugiąć pod naciskiem ciała, czyli innemi słowy, powinien stawiać dostateczny opór i wzmacniać kręgosłup, co uskutecznia się najlepiej, jeżeli do poprzecznej przepaski (szyny), umieszczonej w górnej części gorsetu, która powinna być dostatecznie długa, przytwierdza się u zewnętrznego dolnego jej brzegu rzemienie, które obszywszy zamkiem, aby nie ugniatały, przeprowadza się pod pachami, a końce zapina z tyłu, u wierzchniego brzegu przepaski, jak to widzimy na rysunku fig. 4. Trzeba jednak wyznać, że zupełnego unieruchomienia nie otrzymamy, i taki aparat, chociażby jaknajdowiecipniej obmyślany, w żadnym razie nie zastąpi sztywnego gorsetu. Taki gorset dobry jest tylko latem, gdyż wtedy wszelkie sztywne, z powodu wielkiego gorąca, są nie do zniesienia.

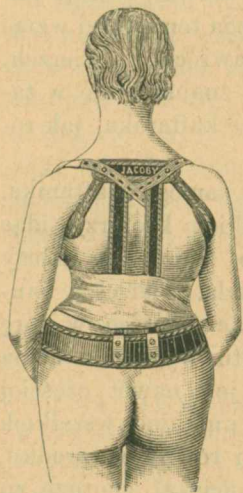


Fig. 4.

Ze sztucznych gorsetów, dla swej taniości (6—10 koron), praktyczności i swych zalet, najczęściej rozpowszechniony i używany jest w Szwecyi gipsowy kaftanik SAYRE'a. Mając sposobność asystowania WIDEMU przy nakładaniu takiego kaftanika, opiszę sposób, w jaki się kaftanik ten przygotowuje, tembardziej, że zrobienie takiego kaftanika możebnem jest bez pomocy bandażysty, a zatem dostępne i dla lekarzy mieszkających na wsi. Jeżeli się robi kaftanik, który można zdejmować, to sposób przygotowania onego jest więcej skomplikowany i wymaga nieco większej wprawy i pewnej techniki. Jako materiały na bandaż używają tutaj tak zwanych kłajsterbandaży z gumowanej gazy około 10 ctm. szerokości. Gipsowe zaś bandaż

można przygotować samemu w ten sposób: zwykły bandaż napina się na stole przez 2 osoby lub przypina się jeden koniec onegoż do poręczy stolka (w takim razie wystarcza jedna osoba), napina go się mocno przez wyciąganie jedną ręką, a drugą, zwykle w rękawiczce, wciera się gips w tkaninę, przychem uważać należy, aby zapłacić gipsem tylko oczka tkaniny; nadmiar zaś gipsu strzepuje się starannie, poczem zwija się bandaż w niewielkie zwitki, aby później łatwiej je było moczyć i dogo-

dniej trzymać w suchem miejscu, aby nie wilgotniały, np. w słoju, a najlepiej używać świeżo przygotowanych.

Do nakładania bandażów zwykle używa się 2-eh pomocników, ale i 4-eh nie zawadzi. Sam lekarz nakładający bandaż, staje przed chorym, najrzeczniejszy asystent ztyłu; obaj mają aż nadto roboty przy nakładaniu i obcinaniu bandażów. Jeżeli każdy z nich ma pomocnika, któryby tylko odcinał bandaż, to robota idzie bardzo prędko; 5-ty pomocnik tylko macza, wyżyma i podaje bandaż nakładającym. Do moczenia bandażów należy używać naczynia dość głębokiego, tak, aby można odrazu cały zwitek bandaża zanurzyć, przez co wypędza się powietrze jakie może się znajdować w bandażu i dostatecznie go się namoczy. Dobre wyciskanie wody jest ważne, a uczy się tego tylko przez praktykę. Po wyjęciu jednego bandaża z wody, zaraz kładzie się drugi. Woda powinna być troszkę letnia i czysta, bez żadnych domieszek, soli i t. p..

Kiedy już wszystko przygotowano, staje pacjent na niższym lub wyższym stoleczku, stosownie do wzrostu, i zostaje zawieszony na aparacie SAYRE'a, który zupełnie jest podobny do przyrządu D-ra MOCZUTKOWSKIEGO, z rzemieniami pod pachy i aparatem do podtrzymywania głowy. Podczas nakładania bandażów pacjent trzyma się za rzemień w ten sposób, aby ramiona nie były podniesione do poziomu, ale stanowiły z tułowiem kąt ostry, mniej więcej 80°. Podnosi go się w górę o tyle, aby piętami nie mógł dotykać podstawy, opierając się jedynie na palcach.

Jedynie tylko przy użyciu takiego aparatu, chory zdoła utrzymać się spokojnie podczas nakładania bandażów, a kręgosłup wyprostowywa się, o ile to tylko jest możliwe. Zanim się chorego zawiesi, zwykle w osobnym pokoju wkłada się na niego podwójny trykot, jakiego tu można dostać w formie rur (bez rękawów) rozmaitej szerokości. Pod trykot wkłada się kawałki waty na wszystkie więcej wystające części ciała, na kłęby, sutki, dolną część brzucha, aby kaftanik na tych częściach nie był za ciasny. Po starannem naciągnięciu i wygładzeniu trykotu, zeszywa go się kilku ścięgami na barkach (ramionach) i pod pachami, aby się nie zsuwał. [Chcąc pokryć kaftanik dla większej elegancji i z wierzchu trykotem, potrzeba ten ostatni wziąć o tyle długi, ażeby później, po nałożeniu bandażu, można go było zawrócić na wierzch, tak, ażeby dosięgał górnego brzegu kaftanika]. Kiedy już pacjent znajduje się w żądanej pozycji, oznacza się ołówkiem wierzchnią i dolną granicę kaftanika, jak również linię parasternalną.

Teraz dopiero zaczyna się nakładanie bandażów, czyli robota samego kaftanika. Zaczyna się zwykle od okolicy pośladkowej, na wysokości wielkich krętarzy, idąc w górę, tak, aby jeden bandaż pokrywał przynajmniej $\frac{2}{3}$ drugiego. Starać się należy o to, aby bandaż leżał gładko, szczególnież te, co są najbliżej ciała. Pierwszy bandaż nakłada się zwykle od linii środkowej *partis sacralis*, prowadząc go nieco w górę i naprzód przez kłęby i brzuch, następnie w tył i na dół do punktu wyjścia, i ucina go się. Tak postępuje się z każdym rzędem bandażów. Lepiej jest nawet częściej ucinać bandaż, wskutek czego można je lepiej i równiej układać, unikając wszelkich zgięć i fałdów, przez co otrzyma się kaftanik zupełnie gładki i równy we środku, który nie wywoła ani żadnych obrażeń skóry, ani też nie będzie uciskał chorego, co jest rzeczą nie małej wagi. Bandaże najlepiej sklejają się z sobą przez staranne wygładzanie ich rękami. Jeżeli zawierają zawiele gipsu, to zbytek najlepiej zdjąć nożyczkami, lub tępą stroną noża.

Tak na górze, jak i na dole, bandaż winny zawsze przechodzić na kilka ctm. linie graniczne. Zwykle nakłada się 8—10 warstw bandażu na grubość. Jeżeli znajduje się jakiegokolwiek słabsze miejsce, które trzeba wzmocnić, to je bardzo łatwo można odnaleźć zapomocą perkusji po kaftaniku. Dla wzmocnienia takiego kaftanika

wkładają się pomiędzy bandażę wąskie paski blachy stalowej lub cynkowej, których końce owijamy watą. Całe nakładanie bandażów przy dobrej pomocy uskutecznia się w przeciągu 10 minut. Jeżeli gips dobry, to zaraz po nałożeniu ostatniego bandaża kaftanik jest na tyle suchym, że można go zdjąć. W tym celu rozcina go się razem z trykotem wierzchnim po linii parasternalnej [kierując się końcami oznaczonej poprzednio ołówkiem linii, która nie została przez bandaż zakryta]. Cięcie to najlepiej jest robić mocnym nożem do gipsu, podobnym do ogrodniczego (fig. 5). No-

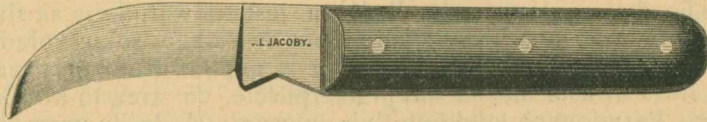


Fig. 5.

żem tym robi się cięcie równe, piękne i nie tak się męczy jak przy użyciu nożyc. Rozpruwwszy następnie szwy trykotu na ramionach i pod pachami lub odpiawszy agrafki, zdejmuję się kaftanik w ten sposób: odchyła się nieco brzegi, przekręca go się po osi podłużnej, tak aby rozcięcie przypadło na linię pachową, i wtedy zdejmuję się go zsuwając prawie, aby uniknąć połamania. W taki sam sposób powinno go się również i nakładać. Następnie równa się rozcięte brzegi i wygładza gipsowem ciastem, przykładając szczelnie jeden do drugiego. Poczem obwiązuje się kaftanik zwycajnym suchym bandażem i wygładza się wewnątrz młotkiem lub rączką drewnianą mogące się tu zdarzyć nierówności. Następnie oddziera się trykot u góry i u dołu do linii uprzednio oznaczonych ołówkiem, obcina się i równa brzegi, odchylając je cokolwiek nazewnątrz, ażeby nie kaleczyły skóry, a trykot zawraca się na odchylone brzegi i cały kaftanik zawiesza się na piecu do suszenia. Kiedy kaftanik zupełnie wyschnie, przymierza go się na pacyenta już to w stojącej, już w leżącej pozycji. Uważać należy, aby kaftanik nie był za długi z przodu, aby tym sposobem nie niepokoił pacyenta podczas siedzenia. Powinien jednak zachodzić na kłęby, a z przodu aż do *spina ossis ilei anter. sup.*, z tyłu zaś powinien być na tyle długi, żeby się opierał na blacie stołka, kiedy pacjent zostaje w pozycji siedzącej. Kaftanik gipsowy winien być również dostatecznie wysoki, tak, aby dochodził do pach. Tylko wtedy, kiedy kaftanik opiera się na kłębach, może podnosić tułów dostatecznie i odpowiadać swojemu zadaniu, ujmując ciężaru ciała z chorej części kręgosłupa.

(d. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

45. D-r MATHIEU. Alkalia w leczeniu niestrawności. Alkalia są oddawna stosowane przeciw niestrawności. Dzięki jednak nowszym badaniom i lepszemu poznaniu trawienia żołądkowego jako też nowszym próbom terapeutycznym z alkalią, o wiele zmodyfikowano ich użycie.

Stosownie do dawki i do czasu, w jakim się podaje najbardziej używany dwuwęglan sodu, neutralizuje on nadmiar kwasu w soku żołądkowym lub przeciwnie powiększa wydzielanie kwasu solnego i pepsyny.

Przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego (*hyperchlorhydrie*) głównem wskazaniem jest neutralizacja kwasu. Przy nadkwaśności żołądka zależnej od kwasów organicznych, należy przedewszystkiem zwalczyć fermentację, która jest jej źródłem; neutralizacja zapomocą alkaliów jest tylko środkiem objawowo działającym, łagodzącym.

Przy nadkwaśności w połączeniu z sokotokiem stałym i przy wrzodzie żołądka należy osiągnąć zupełną neutralizację kwasu solnego. Alkalia muszą być stosowane w dużych dawkach, często w przerwach powtarzanych. Zobaczmy,

jakie dawki muszą być stosowane. Ilość kwasu żołądkowego, jaką wydziela człowiek, została oceniona podług BIDDER'a i SCHMIDT'a na 500 grm w ciągu godziny u kobiety z przetoką żołądkową. Przypuszczając, że wydzielanie takie trwa przez 10 godzin (?) t. j. przez czas trwania trawienia żołądkowego w ciągu doby, wypadnie podług DEBOVE'ego, że należy zubożętnić 5 (?) litrów soku żołądkowego.

Przyjmując kwasność 3 na 1000 (cyfra ta często jest wyższą przy nadkwaśności) wypadnie 15 grm. kwasu solnego. Dla zubożętnienia 1 grama kwasu solnego trzeba około 1,50 grm dwuwęglanu sodu (równoważnik chemiczny dwuwęglanu sodu wynosi 54, kwasu solnego 36,5). Dla zubożętnienia więc 15 grm. kwasu solnego wypadnie 22,50 dwuwęglanu sodu. Ilość ta jest niewątpliwie za słabą, gdy idzie o cierpienie z nadmiernem wydzielaniem nadkwaśnego soku żołądkowego. Lecz pokarmy, mleko i mięso, słusznie używane w tego rodzaju przypadkach, zubożętniają pewną ilość kwasu. Można zatem przypuścić, co zresztą klinika potwierdza, że dla chorych karmionych mlekiem lub mięsem, 20 do 30 gramów dwuwęglanu sodu na dobę wystarcza do zwalczania sokotoku.

Ponieważ sokotok jest ciągłym, więc i podawanie dwuwęglanu sodu musi być ciągłym; należy go podawać często w połączeniu z mlekiem, proszkiem mięsnym. Gdy chory przyjmuje wyłącznie mleko w ilości $\frac{1}{2}$ litra co 2 lub $2\frac{1}{2}$ godzin, w takim razie w godzinę lub półtorej potem podaje się około 2 grm. dwuwęglanu sodu. W przypadkach, którym towarzyszą bóle nocne, podawać należy dwuwęglan sodu i w nocy. W ten sposób chory dochodzi do 20—30 grm., które stanowią powinny dawkę dzienną.

Przy zwykłej nadkwaśności bez sokotoku stałego, charakteryzującej się wyłącznie bólem w 2 lub 3 godzin po jedzeniu, dwuwęglan sodu powinien być podawany w mniejszych dawkach (10—15 grm.) później po jedzeniu; należy zaczynać podawać dwuwęglan sodu w pół godziny lub w godzinę przed czasem, w którym zwykle występują bóle.

U chorych cierpiących na nadkwaśność, ból w większości przypadków znika pod wpływem odpowiedniej diety i zubożętnienia nadmiaru kwasu. Gdy ból trwa, albo dieta nie została należycie zachowana i przeprowadzona, albo dawka dwuwęglanu sodu była niewystarczającą i źle rozdzieloną. Nie jest to kryterium bezwzględne, lecz bardzo ważne pod względem klinicznym. Dwuwęglan sodu może być źle znoszonym przez wielu chorych. Podawany w wielkich dawkach może wywołać:

- 1) uczucie smaku mydłanego,
- 2) dokuczliwe zwiększenie ilości gazów w żołądku,
- 3) bóle w nerkach, podrażnienie w pęcherzu,
- 4) biegunkę.

Pożytecznem a nawet koniecznem jest przeto niekiedy zamienić całkowicie albo w części dwuwęglan sodu na inny przetwór. BOAS, opierając się na równoważniku chemicznym, utrzymuje, że *magnesia calcinata* zubożętnia 4 razy więcej kwasu aniżeli soda, a fosforan amoniakalno-magnezyowy (*phosphate amoniaco-magnesian*) 2 razy więcej. Stosownie do tego, zamiast 20 grm. sody można dać 5 grm. magnezyi lub 10 grm. fosforanu lub 2,50 grm. magnezyi i 5 grm. fosforanu. Autor podaje następujące formuły: 1) *Natri bicarbonici* 10 grm. *Magnesiae calcinatae* 5 grm. 2) *Natri bicarbonici* 10 grm. *Magnesiae calcinatae* 2,50 grm. *Ammoniacomagnesiaephosphatae* 5 grm. Odpowiadają one chemicznie 30 grm. sody.

W przypadkach biegunki stosować należy *calcaria carbonica*, *magisterium bismuthi*; w przypadkach zatwardzenia magnezyę białą i dodatek wody wapiennej do mleka

Użycie i pożyteczność małych dawek sody i wskazania do ich użycia autor podaje w następującym artykule. (*Gazette des hopitaux* Nr. 7—1892).

Zapoznawszy w poprzednim artykule czytelników z leczniczem działaniem wleklkich dawek alkaliów w niestrawności, autor obecnie podaje kilka wskazówek dotyczących się sposobu działania i roli leczniczej małych dawek. Pod małemi dawkami dwuwęglanu sodu autor rozumie takie, które nie przewyższają 5—6 grm. dziennie. Lecz nietylko dawka tu gra rolę, ale i czas jej podawania po jedzeniu.

Pod względem działania małych dawek dwuwęglanu sodu badania dawniejsze, (BLONDOL, CL. BERNARD, RABUTEAU) jakoteż w ostatnich czasach podjęte przez

GILBERT'a ¹⁾ na psach, pokazują, że mniejsze dawki dwuwęglanu sodu, podawane pewien czas przed jedzeniem, pobudzają wydzielanie soku żołądkowego ²⁾ i w ten sposób grają rolę leku zwiększającego tak ilość kwasu solnego, jakoteż pepsyny (*chloropeptogene*), a zatem sprzyjającego trawieniu żołądkowemu.

Odpowiada to zresztą temu, co można widzieć u chorych z niestrawnością polegającą na atonii po leczeniu alkaliczami, w tym kierunku podawanymi.

U chorych, u których wytwarzanie kwasu solnego w żołądku jest zmniejszonym i u których, co często ma miejsce, współcześnie istnieje atonia mięśniowa żołądkowo-kiszkowa, wypada pobudzić z jednej strony włókna mięśniowe, z drugiej wydzielanie błony śluzowej żołądka.

W tym celu wskazaną jest woda alkaliczna ciepła na czczo, pewien czas przed jedzeniem; woda ciepła działa tu pobudzająco (?) na błonę mięśniową, dwuwęglan sodu na przyrząd gruczołowy.

Logicznie przeto jest postępować w następujący sposób, pozornie sprzeczny: podawać na czczo wodę alkaliczną ciepłą (1 do 2 szklanek). Kwas solny po jedzeniu, np.: 2 lub 3 kieliszki od wina BORDEAUX roztworu 4 na 1000 w godzinę po jedzeniu. Co się tyczy dwuwęglanu sodu, podawanego później (po jedzeniu), nie może ulegać wątpliwości, że zwalnia on trawienie chemiczne w żołądku. Rodzi się zapytanie, czy u chorych cierpiących na sokotok, małe dawki dwuwęglanu sodu nie zwiększają jeszcze wydzielania soku żołądkowego. Kwestya to dotychczas niezbadana; w każdym razie lepiej podawać u chorych na sokotok większe dawki dwuwęglanu sodu; działanie jest w tym razie pewnem.

(*Gazette des hopitaux* 1893. Nr. 16). F. A.

46. D-r BERGER. **Przypadek zatrucia gazem tlenku węgla wyleczony zapomocą wstrzyknięcia roztworu soli kuchennej do żył.** Na klinikę prof. DRASCHE'go w Wiedniu przywieziono chorego w stanie bezprzytomnym. Jak się przekonano z wywiadów, chory przez 6 godzin wdychał gaz do oświetlania. Przy badaniu stwierdzono: brak tętna, tony serca głośne, silne, rżenia w tchawicy, na wołanie chory nie reaguje. Oczy zamknięte, źrenice rozszerzone nie reagują, odruchy ścięgniste zniesione, zgrzytanie zębami, piana z ust, wargi i ręce sine (*cyanosis*). Ilość oddechów 24 na minutę, ciepłota 35,4°. Górne kończyny skurczone, brzuch wpadnięty. W płucach, prócz zaostrego pęcherzykowego oddechu nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Ponieważ zastrzykiwania kamfory i sztuczne oddechanie pozostały bez skutku, przeto przystąpiono do zastrzyknięcia do żył 0,6% roztworu soli kuchennej w ilości 600 ctm. o godzinie 10-ej. O 11-ej prócz wzmocnienia odruchu rzępkowego nie zauważono żadnej zmiany; o 12-ej chory przy wołaniu otworzył oczy, przyczem znaleziono źrenice miernie rozszerzone, bez oddziaływania na światło. Sinica na wargach i rękach zginęła, tętno wyczuwalne; o 2-ej chory jeszcze senny, chwilowo odpowiada na pytania, jest niespokojny, rzuca się; o 4-ej tętno 72, ciepłota 37,2°, chory skarży się na ból głowy i osłabienie. Następnego dnia tętno 60; oddechanie 32, ból głowy mniejszy, chory przytomniejszy. W następnych dniach chory powoli wracał do prawidłowego stanu.

W przypadku tym, w którym szkodliwe działanie trującego gazu trwało niezbyt długo (6 godzin), gdzie zatem nie przyszło jeszcze do opisanych dawniej przez KLEBS'a, SIMON' i POELCHEN'a, a w nowszych czasach przez KOLISKO, rozlanych zmian ogniskowych w mózgu, pomyślnie działanie wlewań roztworu soli kuchennej do żyły okazało się niewątpliwem.

(*Therapeutische Blätter* 1893. Nr. 1). F. A.

47. SCHMIDT (z kliniki CZERNYEGO). **O resekcji wątroby.** W roku 1888 LANGENBUCH pierwszy wyciął z wątroby guz przymiotowy, ważący 320 grm., chora wyzdrowiała. Dotąd ogłoszono 9 przypadków resekcji wątroby, w tej liczbie było 5 gumatów wielkich z szypułkami, 4 zaś nowotwory złośliwe. Przypadek SCHMIDT'a dotyczy kobiety 37-letniej, matki 5-ga dzieci, która od kilku miesięcy zaczęła doznawać bólów brzucha, od 4-ch tygodni zauważyła guz. Przy badaniu chorej, szczupłej i bezkrwistej, znaleziono w okolicy pępka guz poprzecznie leżący (12 ctm. długości, 5 ctm. szerokości mający), dosyć ruchomy, przy oddechaniu wyraźnie się

¹⁾ Hayem, *Leçons de thérapeutique* Serie IV. str. 382.

²⁾ Właściwie dowiódł tego doświadczalnie na ludziach dopiero Jaworski. *Red.*

poruszający. Rozpoznano guz gruczliczy okrężnicy, nie wykluczając, z powodu twardej spistości, nowotworu (raka). Przy laparotomii okazało się, że guz wielkości pięści brał początek z lewego płatu wątroby, powierzchnia guza była wypukła, usiana białymi wciągnięciami punktami, spistość guza była twardsza niż reszty wątroby. Po wydobyciu guza przez ranę, nałożono szew na otrzewną ścienną i trzewiową, poczem podstawę guza przewiązano ligaturą elastyczną i po nad nią guz nożem odcięto. Krwawienie nie było wielkie, podwiązano nadto 4 tętnice i 5 żył, a jedno miejsce krwawiące przypalono żegadłem. Ligatura elastyczna okazała się niedostateczną, nałożono drugi rząd szwów przechodzących przez mięsz wątrobę i przez skórę.

Odcięty guz wielkości małej pięści (8,6, 4½ ctm.), na przekroju okazywał we środku tkankę jednolitą, szarą, podobną do słoniny, przy badaniu ściślejsem okazało się, że był to gumat przymiotowy. Przebieg po operacji był pomyślny; 12-go dnia ranę dobrze ziarninującą pokryto płatkami skóry z uda (THIERSCH); po 4-ch tygodniach pacjentka opuściła szpital, po paru miesiącach zdrowie jej się poprawiło znacznie i przybyło jej parę funtów na wadze.

(D. med. Woch. Nr. 8—1893). W. S.

48. RÉPIN. **Dziewicorództwo** (*parthenogenesis*). W Towarzystwie Anatomizmem Paryskim nader ciekawy odczyt miał RÉPIN, dowodząc, że torbiele skórzaste jajnika są tworami partenogenetycznymi. Już oddawna w tych torbielach znajdowano nie tylko części składowe skóry i narządy pochodne jak: włosy, zęby, ale i pierwiastki nerwowe, a nawet zarodkową siatkówkę oczną. RÉPIN przedstawił okaz torbieli skórzastej, która zawierała twór pokryty grubą warstwą tkanki tłuszczowej, po odpreparowaniu której przedstawił się rodzaj kośćca zarodkowego z bardzo wyraźnymi częściami składowymi 4-ch kończyn, w których członki palców na kończynach prawych można było dokładnie wyróżnić; śladu jamy brzusznej i piersiowej nie dostrzeżono, lecz znaleziono śliniankę wielkości orzeszka małego, pod grubą kością, opatrzoną zębami. System nerwowy reprezentują dwa pasma włókien nerwowych, przebiegających w kierunku nerwów kulszowych. Nakoniec, na wewnętrznej powierzchni torbieli, lecz na zewnątrz tworu, znaleziono pętlę kiszki, grubości pióra gęsiego.

Przytaczając kazuistykę tego rodzaju torbieli, zawierających najróżnorodniejsze twory, od bezkształtnej masy kostnej do potworów (*teratomata*), RÉPIN przychodzi do wniosku, że jedne i drugie przedstawiają zarys zarodka. Wygląd torbieli skórzastych oraz ich częsta obecność w obu jajnikach jednocześnie, wyklucza teorię zabłąkania się tkanek zarodkowych (*inclusio fetalis*) lub zlania się zarodków (*fetus in fetu*) i potwierdza teorię partenogenetyczną DUVAL'a, gdyż segmentacja jaj u ptaków, zwierząt ssących, a nawet u ludzi, bez zapłodnienia poprzedniego, dziś jest faktem dowiedzionym. Na potwierdzenie tej teorii przytacza R. tę okoliczność, że w niektórych torbielach skórzastych twór powstaje z tego miejsca powierzchni wewnętrznej torbieli, które ściśle odpowiada miejscu, gdzie się znajduje jajko w pęcherzyku GRAFF'a przed zapłodnieniem.

(*Anales de Gynécologie*. 1892. août). F. N.

49. KOHLSTOCK. **Stosowanie środków przeczyszczających podskórnie i przez odbytnicę.**

K. próbował 4-ch następujących środków: Aloinum, Acidum catharticum e senna, Colocynthinum purum Merck i Citrullinum Merck. Wyniki wstrzykiwań podskórnych były dobre, lecz sam rękoczyn bardzo bolesny, mimo dodatku kokainy. Z tego powodu chorzy sprzeciwiali się ponownemu stosowaniu. Do odbytnicy K. wprowadzał te środki zapomocą strzykawki o 10 cm. sz. objętości. Pierwsze dwa działały w lżejszych zaparciach, ostatnie dwa w nawykowych. Aloina okazała się najłagodniejszą, Citrullina najsilniejszą. Żaden z nich nie drażnił odbytnicy, nie wywoływał parcia; bóle brzucha nader rzadko występowały, stolce były obfite. Cena tych środków jest jeszcze wysoka.

Sposób przepisywania:

1) Aloini 1,0, Formamid. 10,0, DS. ½—1 szpryki per rectum. 2) Acidi cathart. e Senna 3,0, Aq. dest. 7,0, N. bicarb. q. s. ad react. alcal. DS. ¼—½ szpryki per rectum. 3) Colocynth. 1,0, Spirit. et Glycer. aa 12,0, DS. ⅓—¼ szpryki per rectum. 4) Citrullin. 2,0, Spir. et Glycer. aa 49,0, DS. ⅓ szpryki per rectum.

(*Char.—Annalen T.* 17). H. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== KORNBLUM badał wydzielenie azotu u chorych na nerki, w stosunku do przyjmowania tegoż. U ludzi zdrowych, ilość dobową moczu w rozmaitych dniach bywa mniej więcej jednakową; ilość dzienna bywa większą od nocnej, ciężar właściwy natomiast mniejszym niż w moczu nocnym; przeciwnie, ilość wydzielanego azotu podczas dnia przewyższa znacznie też ilość w moczu nocnym. W 6 godzin po obiedzie, człowiek zdrowy wydziela około 40% wprowadzonego azotu. Wogóle istnieje pewna równoległość pomiędzy wydzieleniem azotu, a ciężarem właściwym moczu. U chorych na nerki spostrzega się fakta odmiennie: ilość moczu w różnych dniach bywa niejednakową; nocą wydziela się moczu więcej, lecz ciężar właściwy nocnego moczu jest mniejszym, niż w moczu dziennym. Przeróbka substancji azotowych w zapaleniu nerek bywa zwolnioną, jakkolwiek ogólna ilość wydzielanego azotu nie jest zmniejszoną. (V. Arch. T. 126).

== Podług badań FERRAT'EGO, celem odróżnienia *B. coli com.* od lasecz. tyfusowego, można użyć zdolności jego wywoływania fermentacji cukru gronowego i mlecznego oraz sposobu rozrastania się jego na kartoflu. W miarę obniżania alkaliczności kartofla, różnice między obu lasiecznikami występują wyraźniej, to też F. radzi robić hodowle na kartoflu zakwaszonym kwasem winnym lub jeduozasadowym fosforanem sodu. W hodowlach *B. coli* rozwijają się pęcherzyki gazowe, a lakmus odbarwia się. (A. f. Hyg. T. 6).

== LOISON i ARNAUD badali ropę w przypadkach ropni wątroby pochodzących z okolic podzwrotnikowych. W 2 przypadkach znaleźli gronkowca złocistego, w jednym—*B. coli com.* i gronkowca, w jednym—paciorkowca i *B. pyocyaneus*, w jednym—*B. coli com.* i diplokok, wreszcie w jednym nie było wcale mikrobow. Trzech chorych zmarło, reszta wyzdrowiała. Dwóch miało poprzednio dysenterję, dwóch żmnięć, u reszty nie można było w wywiadach znaleźć przyczyny. Autorowie otrzymali wyniki następujące: 1) Ropnie wątroby są pochodzenia pasorzytnego i zostają wywołane przez jeden rodzaj lub połączenie dwóch rodzajów bakterii. 2) Klinicznie, ropnie te nie mają cech specyficznej, gdyż powstają przy rozmaitych zakażeniach cierpieniach kiszek. 3) Najczęściej biorą początek z ropnego zapalenia przewodów żółciowych; rzadko rozwijają się na gruncie ropnicowym. 4) Najlepsze leczenie stanowi, jaknajwcześniejsze otwarcie ropnia i przedrenowanie. (Rev. de Med. 92).

== CHEŁPOWSKI zastosował u pewnej kobiety próbę z salolem (1,0), dla przekonania się o sprawności ruchowej żołądka. Wystąpił wkrótce niepokój, utrata przytomności, rozszerzenie źrenic, mocz ciemny, tętno nieprawidłowe, wymioty i śmierć po 12 dniach. Sekcja wykryła zapalenie krwotoczne żołądka i kiszek. CHEŁPOWSKI przypuszcza tu zatrucie fenolem, który, jak wiadomo pochodzi z rozszczepienia salolu w kiszkażach (Now. Lek.—92).

== W Tow. Lek. Wied. BILLROTH przedstawiał chorą na raka, który zanikł sam oistnie, aż do wytworzenia się blizny. U kobiety 50-letniej zjawił się przed 6-laty w brodawce sutkowej guzik, który urosł do wielkości jabłka. Brodawka czerniała, zaschła i odpadła. Od lat dwóch chora zauważała zmniejszanie się guza; obecnie pozostał tylko brzeg twardawy dookoła blizny. KAPOS utrzymuje, iż dermatologowie spostrzegają dość często zabliznianie się raka nabłonkowego skóry. (W. m. Pr. 5—93).

== W Tow. Lek. Wied. EISELSBERG opisał następstwa wycięcia gruczolu tarczowego u dwóch jagniąt, mianowicie: wzrost ciała został powstrzymanym, ogon pozostał w stanie zarodkowym, jądra były zanikłe, ciepłota była o 1,5—2° niższą, niż u zwierząt zdrowych, waga ciała zaś o 10—15 kilogr. mniejszą. (D. m. W. 5—93).

== WILLIAMS dokonał nowych badań nad gruzlicą narządów płciowych u kobiet. Badając drobnowidzowo narządy dodatkowe macicy, usunięte przez laparotomię, znalazł 6 przypadków. nie różniących się makroskopowo od zwykłej *perisalpingo-oophoritis*; w 2-ch przypadkach rozpoznano gruzlicę już podczas operacji. Najczęściej gruzlica dotyczy jajowodów, rzadziej trzonu macicy, jajników, pochwy, szyi macicznej i narządów płciowych zewnętrznych. Objawia się w postaci gruzełków lub też owrzodzeń i nacieczeń rozlanych. Źródłem zakażenia może być sama kobieta (przez krew, przez rozszerzenie się sprawy z otrzewnej) lub też spółkowanie z osobnikiem, dotkniętym gruzlicą narządów płciowych. Gruzlica pierwotna wydarza się najczęściej u kobiet młodych (do 40-go roku życia), wtórna u kobiet starszych. Nie istnieją żadne charakterystyczne objawy kliniczne, tylko drobnowidz przeto kwestję rozstrzygnąć może. (Med. News.—92).

== Chemik de MARE wynalazł sposób sztucznego przygotowywania kamfory. Sucha sól chlorkowa terpentyny daje przy destylacji kamfeny, które zostają zebrane do kol-

by, ogrzane i poddane działaniu powietrza ozonizowanego; tą drogą tworzy się kamfora. (Lancet.—93).

== DETERMANN opisał dwa następujące przypadki chorób rdzenia po influenzy: 1) Zupełny bezwład lewej kończyny dolnej i znieczulenie prawej dolnej połowy ciała aż do 6-go międzyżebra. Po 3-ch miesiącach ruchy kończyny lewej powróciły prawie w zupełności, po stronie prawej zaś była nadczułość. 2) *Myelitis transversa dorsalis* z przebiegiem ostrawym, zakończona również pomyślnie. (Z. f. Nervenhe. T. 2).

== GOLTZ dokonał ciekawych spostrzeżeń nad psami, u których udało mu się usunąć zupełnie mózg i utrzymać je dłuższy czas przy życiu. Jeden z psów żył 51 dni, drugi 92 dni, trzeci zabity został po 18 miesiącach, będąc zresztą przez cały ten czas zdrowym. Wyniki poniżej opisane, dotyczą właśnie ostatniego. Pies chodził po klatce, na noc układał się do spania na podobieństwo psów zdrowych. Napotkawszy przeszkodę, nie tracił równowagi. Po skaleczeniu tylnej nogi utykał i stapał na 3-ch pozostałych, jak to czynią psy zdrowe. Zwolna nauczył się pić i jeść, ale trzeba było zbliżać pożywienie do pyska. Pies ten słyszał, ponieważ gwizdanka budziła go ze snu; wtedy strzygł uszami i wstawał. Gdy go chwytało za skórę, szczekał i gryzł dokoła siebie. Żrenice oddziaływały na światło. Przymykał oczy, gdy oświetlono nagle ciemny pokój; czy jednak widział, nie wiadomo, gdyż wzrok pozostawał nieruchomym, bez wyrazu. Węchu nie miał, choć usuwał się od tytoniu i amoniaku (drażnienie gałązek nerwu trójdzielnego). Smak był zachowany: nie jadł, gdy dosypywano chininę do pokarmu, bez niej zaś zjadał pokarmy. Sekcja wykazała brak całego mózgu, z wyjątkiem dolnego końca zrazu skroniowego, ciał prąkwianych i wzgórków wzrokowych, które wszystkie były zanikłe i rozmiękłe. (D. m. W. 93).

== W Berl. Tow. Chir. STROHE okazywał pacjenta, któremu podwiązał z pomyślnym skutkiem *art. mening. medium*, rozerwaną przy zranieniu głowy cegłą, spadłą z 4-go piętra. (D. m. W. 6—93).

== MACCANN i TURNER znaleźli cukier w moczu u rodzących. Wykonali 1400 rozbiórów moczu u 100 kobiet. Wyniki były następujące: 1) mocz każdej rodzącej zawiera cukier; 2) zwykle bywa to cukier mleczny, lecz może być i glikoza; 3) najwięcej cukru bywa 5-go dnia po porodzie; 4) ilość cukru zależy od stanu sutek, ilości i jakości mleka i warunków karmienia dziecka piersią; 5) dosięga ona 0,35% cukru; 6) jednocześnie z przerwa-

niem karmienia ilość cukru w moczu zmniejsza się lub znika; 7) gdy ilość mleka wytwarzanego dorównywa ilości wydzielanego, zawartość cukru w moczu staje się bardzo małą; 8) znaczna ilość cukru w moczu, odpowiadająca dużej zawartości laktozy w mleku, dowodzi mniejszej wartości odżywczej ostatniego. (Br. med. Journ. 92).

== JOOS zaleca następujące postępowanie podczas wymiotów w narkozie, zwłaszcza eterowej, a poczęści i w chloroformowej. Paznokciem lewego dużego palca uciska się mocno nerw przeponowy i błędny powyżej końca mostkowego lewego obojczyka. Palec winien leżeć równolegle do ostatniego. Uciska się stroną palca radialną, płaska ręka zaś spoczywa na klatce piersiowej. Czkawka i wymioty ustają natychmiast. Ucisk można wykonywać i ze strony prawej. Podczas tej czynności należy unieść nieco maskę dla dostępu powietrza. (Corr. Bl. f. Schw. Aerz.).

== KUDREWĘCKI opisuje gruźlicę trzustki. Przedewszystkiem przeczy on powszechnemu zdaniu, jakoby sprawa ta należała do wyjątkowo rzadkich. Badając 128 przypadków gruźlicy, z tych 62 drobnowidzowo, znalazł w 13 gruźlicę trzustki. Co do wieku, to 8 przypadków dotyczyło dzieci (na ogólną liczbę 18 trupów dziecięcych). Choroba ta występuje tylko wtórnie, obok gruźlicy pierwotnej innych narządów lub prosówkowej. Gruźelki mieszczą się w właściwej tkance gruczołowej i szybko ulegają wyrodnieniu. Komórki olbrzymie napotyka się często, laseczniki zaś stale. (Z. f. Heilk. T. 13).

== CORONEDI zachwala bromek strontu w leczeniu wymiotów, bądź nerwowych, bądź u ciężarnych, a nawet zależnych od chorób żołądka (Practitioner.—92).

== GROEN opisuje przypadek samoistnego rozlanego zaniku skóry. W literaturze istnieją 3 tylko tego rodzaju przypadki. Zanik dotyczył skóry obu kończyn dolnych. Była ona cienką, przezroczystą, prawie siną; tkanki tłuszczowej brakło zupełnie. Żyły były bardzo wydätne; gdy pacjent chodził, nabrzmiewały i czyniły przez to sinicę jeszcze wyraźniejszą. Skóra ujęta w fałdę, wyrównywała się bardzo wolno. Włosy były cienkie i skąpe. Czucie skórne było prawidłowem. Rodzina pacjenta była zdrową; stan ten był wrodzonym. (D. m. Z. 13—93).

== DAMIEN przekonał się, że ichtyol, stosowany podskórnie (0,03:1,0 wody), w okolicy miejsca bolesnego, szybko zmniejsza ból w rozmaitego rodzaju cierpieniach, np. w nerwobólu kulszowym, międzyżebrowym, w przewlekłym goście stawowym. (D. m. Z. 93).

Wiadomości bieżące.

— Od biura organizacji pierwszej wszechrosyjskiej wystawy higienicznej w Petersburgu (Dmitrowskij Pereulok 15) otrzymujemy zawiadomienie, iż wystawa ma być otwartą w drugiej połowie Maja r. b. w Michałowskim maneżu i sąsiadującej z nim miejscowości. Ostatni termin podawania deklaracji ze strony wystawców został wyznaczony na 1-y Kwietnia r. b. starego stylu. Po szczegółowe wiadomości zgłaszać się należy do biura zarządu wystawy pod wyżej wskazanym adresem.

— P. Milczarski aptekarz z miasteczka Filipowa (Filipów w Gub. Suwalskiej) donosi nam, iż w miasteczku tem nie ma lekarza. Ludności, jak zapewnia korespondent, miasteczko to posiada do 3-ech tysięcy, komorę celną, sztab oddziału pogranicznego, dwie kancelarye gminne, takżę sąd, oraz urząd pocztowy. Projekt telefonicznego połączenia Filipowa ze Suwałkami ma wkrótce się ziścić. W bliskości dwa miasteczka po 8 wiorst od Filipowa odległe. Najbliższy lekarz w Suwałkach. Po bliższe wiadomości zgłosić się można listownie do tegoż pana M., który jednak nie wzmiankuje, czy są na miejscu lekarze wojskowi i ilu ich jest.

— Podobno w Zarządzie miejskim ponownie poruszono sprawę przeniesienia szpitala Dzieciątka Jezus na Koszki i energicznie się do niej zabrano. Życzyćby należało, iżby zamiar ten i tym razem nie pozostał tylko zamiarem, lecz aby choć powoli zaczął wkraczać w sferę rzeczywistości. Aczkolwiek magistrat tutejszy pozostałe po zniesie się mających budynkach szpitalnych terytorium, zechce zapewne w sposób dla miasta możebnie najkorzystniejszy wyeksploatować, to prawdopodobnem jest, iż plac Warecki pozostanie takim, jakim jest obecnie, t. j. że uszczuplonym nie będzie. Otóż, sądzilibyśmy, że jeżeli kiedy, to teraz należałoby pomyśleć o urzeczywistnieniu projektu dawno już na sercu społeczeństwu naszemu leżącego, mianowicie, projektu postawienia na tym placu pomnika ku upamiętnieniu zasług Baudouin'a i przekazania potomności, iż w tem miejscu stał przybytek staraniem jego wzniesiony, w którym przez półtora wieku blisko, dziesiątki tysięcy cierpiących i opuszczonych przytułek znajdowało. W tym celu należałoby już dziś wyjednać pozwolenie u Władzy na zbieranie składek i rozpocząć kroki wstępne. Myśl uczczenia pomnikiem męża, który tak wielkie zasługi dla nas położył, wcale nie jest nową i sama się naprasza; wielokrotnie ją też poruszano. Ostatnio, jeśli nas pamięć nie myli, ś. p. Sadowski poruszył ją przed jakimiś 5-ma czy 6-ma laty w Kur. Codz., lecz i wówczas spełzła ona na niczem.

Nie powinniśmy jednak myśli tej złożyć *ad acta*, gdyż w dziejach naszego miasta, a nawet rzec można, w dziejach miłosierdzia zeszłego stulecia w ogóle, Baudouin, postać to niezapomniana, najwyższą czią otoczona, niemal legendowa, której zasługi nie gasną nawet wobec takich mężów jak Pinel lub Dunant, a więc godna trwałej pamięci. My lekarze, mamy może większy niż kto inny obowiązek zajęcia się tą sprawą, boć Baudouin, to twórca największego w kraju szpitala, który dla całego szeregu pokoleń lekarskich był instytucją wychowawczą, był szkołą, jednocząc w swym obszarze wszystkie działy naszej wiedzy praktycznej.

— W Peszce utworzył się komitet, którego zadaniem jest zebranie odpowiedniego funduszu na wzniesienie pomnika dla d-ra Ignacego Filipa SEMMELWEIS'A. W tym celu komitet rozesłał do wszelkich stowarzyszeń naukowych lekarskich i redakcyi takichże pism listy kolejnemi numerami opatrzone, na których się podpisują ofiarodawcy oraz wymienia wysokość ofiary. Lista nadesłana do Red. Medycyny, nosi Nr. 260. Pomnik ma się zwać pomnikiem międzynarodowym z uwagi, iż z monumentalnego dzieła Semmelweis'a (*Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Wiedeń r. 1861), który pierwszy zwrócił uwagę na infekcyjne pochodzenie gorączki płożowej i wskazał sposoby jej ograniczenia, cała korzysta ludzkość. Stosownie do tak postawionej kwestyi, utworzony został międzynarodowy komitet przeszło ze stu kilkudziesięciu osób złożony, którego jednym z członków jest kol. F. NEUGEBAUER w Warszawie i prof. MADUROWICZ w Krakowie.

— Nowy statut dla Zakopanego jako „stacyi klimatycznej“ został opracowany. Według ustawy dotyczącej: zdrojowisk, zakładów leczniczych, stacyi klimatycznych i t. p., do których i Zakopane zaliczonym zostało, każda podobna miejscowość musi mieć swego przewodnika, którym dla Zakopanego prawdopodobnie mianowany zostanie dr. CHRAMIEC, z powodu, iż właściciel Zakopanego hr. Zamoyski obowiązku tego przyjąć nie był w możności. Bawiący od dłuższego czasu w Zakopanem Doktorowie MATLAKOWSKI i współwłaściciel naszego pisma Wł. FLORKIEWICZ, usilnie się o to starają, aby Zakopane rozwinać i przysposobić jako zimową stacyę klimatyczną dla chorych piersiowych na wzór Davos. Myśl spożytkowania Zakopanego, jako stacyi zimowej dla chorych piersiowych, wcale nie jest dawniejszej daty. Dotąd bowiem Zakopane uchodziło przeważnie za stacyę klimatyczną le-

tnią, w której konwalescencji po wycieńczających chorobach, neurastenicy wodoleczenia potrzebujący, anemicy, jak również chorzy piersiowi, znajdowali dla siebie najkorzystniejsze klimatyczne warunki. Co do ostatniej kategorii chorych, to powiedzielibyśmy, iż Zakopane uznaniem zostało za stację letnią może o za zbyt szerokich wskazaniach. Rzeczywiście, chorzy piersiowi mogliby z Zakopanego jako stacji letniej korzystać o tyle, o ile trafiliby na pomyślną porę podczas lata, co jak wiadomo, nie zawsze w Zakopanem ma miejsce. Inna rzecz zupełnie, gdy rozpatrzmy stosunki klimatyczne Zakopanego jako stacji zimowej. Pod tym ostatnim względem, Zakopane może w zupełności zastąpić Davos. Sądzimy, iż właśnie teraz Zakopane wkracza w fazę racjonalnej eksploatacji pod względem klimatycznym, skoro jest zamiar przysposobienia go jako stacji zimowej dla chorych piersiowych. Na czas lata, Zakopane może być wybornym miejscem dla turystów, dla wyczerpanych całoroczną pracą neurasteników, wreszcie dla kategorii osobników o upośledzonym odżywianiu lub opieszalej przemianie materii w ogóle, słowem, dla osobników wymagających krzepiącego, pobudzającego klimatu, lecz nie dla osobników, które nie dobrze znoszą gwałtowniejsze wahania ciepłoty lub raptowne przemiany w ciśnieniu barometrycznym, t. j. nie dla suchotników. Odwrotnie, zimą, Zakopane jako miejscowość, w której amplituda wahań termometrycznych jest bardzo małą, gdzie spokój w całej atmosferze jest idealny a powietrze aseptyczne w ścisłym znaczeniu tego słowa, jest ono stacją o wymarzonych zdrowotnych warunkach.

— ROGER WILLIAMS zaznacza wzrastanie liczby przypadków raka, a natomiast zmniejszanie się suchot w Wielkiej Brytanii. Gdy w latach 1861—65 zmarło (na milion mieszkańców) 376 wskutek raka a 2526 wskutek suchot, to w latach 1886—1889 zmarła na raka 610, na suchoty 1598. (Med. chr. 93).

— W r. 1891/2 otrzymały w Niemczech 1522 osoby dyplomy lekarskie, gdy 10 lat temu tylko 669. (D. m. Z. 17—93).

— W Austrii świeżo uzyskano patent na automat sprzedający lekarstwa. Za wrzuceniem odpowiedniej monety aparat wyrzuca dany środek. Tego rodzaju przyrządy w Ameryce rozpowszechnione są już od dłuższego czasu. (Rund. f. Pharm. 52—92).

— Na zjazd lekarski międzynarodowy w Rzymie zapisało się dotąd 500 uczestników z zagranicy. Ukaże się niebawem „przewodnik“,

w którym podane zostaną wszelkie informacje o ulgach w podróży, o zatwierdzonych taryfach w hotelach rzymskich i t. d.. We wszystkich krajach utworzyły się odpowiednie komitety organizacyjne.

— W parlamencie niemieckim poruszono kwestję dopuszczania kobiet do studiów lekarskich. Wkrótce odnośne prawo ma być przedstawionem parlamentowi, lecz jaki będzie wynik, przesądzać nie można. W przedwstępnej dyskusji, jaka się tamże niedawno odbyła, minister Boetticher wyraził się, iż sprawa kobiet-lekarzy nie tylko jest słuszną, ale odpowiada nawet potrzebom ogółu.

— Królewska para włoska ofiarowała 10000 franków nagrody za sporządzenie najlepszego przyrządu do przenoszenia rannych.

— Zmarł w Wiedniu D-r FRIEDMANN, znany właściciel i kierownik zakładu hydropatycznego w Vösslau-Gainfahru.

— 18-ty Niemiecki związek publicznej ochrony zdrowia zbierze się w Wyreburgu 25—28 Maja r. b. Między innemi poruszoną będzie kwestya wypieku chleba, podstaw racjonalnego żywienia klas uboższych, zużycowania mięsa chorych lub padłych zwierząt i t. p.. (D. m. Z. 19—1893).

— Burmistrz pewnego miasteczka na Węgrzech zawiadomił swą władzę, iż „epidemia plonicy wreszcie ustała dzięki temu, że nie pozostało przy życiu ani jedno dziecko młodsze niż lat 7“! Z liczby 210 zejść śmiertelnych w ogóle, zmarło tam na błonicę w ciągu roku 130 chorych. (W. m. Blätt —93).

— O epidemii cholery w Nietleben donosi FRIELITZ następujące dalsze szczegóły. Na 991 osób w zakładzie (w tem 811 chorych) zapadło 113 i zmarły 42. KOCH stwierdził na miejscu, że przyczyną była woda. Nieczystości z zakładu spuszczone zostają na pola, skąd kanałem odpływają dalej do rzeki Saali, o 50 metrów poniżej miejsca, z którego zakład czerpie wodę. W tej wodzie wodociągowej znaleziono przecinkowce. Począwszy od 23 Stycznia zakład, na żądanie KOCH'a, zaczął otrzymywać wodę dobrą, wprost z wodociągu odległej o 3 kilometry Halli. Już po 2-ech dniach zauważono znaczne zmniejszenie cyfry nowych przypadków cholery. We wsi Trotha, nad Saalą, o 3 kilometry poniżej Nietleben, zachorowało 24-go Stycznia 4-ech robotników, którzy, mimo ostrzeżeń, pili wodę wprost z rzeki; tymczasem z innych mieszkańców wioski, którym wyjaśniono szkodliwość takiej wody, nikt nie zapadł. (Z. f. Med.-Beamte—93).

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakeji: Oboźna Nr. 5.