

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Eukaina, nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. Napisał D-r B. Dzierżawski. — Przyczynek do etyologii i symptomatologii władu rdzenia, podał Aleksander Tumpowski. — **Streszczenia i wyciągi.** 136. Rozpoznanie kształtu, położenia i sprawności ruchowej żołądka w tych przypadkach, w których wprowadzenie przyrządów do żołądka jest przeciwwskazane. 137. O leczeniu zachowawczem członków urazowi uległych. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 listopada r. b. — Wystawa higieniczna w Warszawie. VI. Uwagi ogólne. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Dzierżawski — L'eucaine comme anesthésique local et son emploi dans la thérapie dentistique. 2) D-r A. Tumpowski — Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie de l'ataxie locomotrice progressive.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Dzierżawski — Das Eucain als örtlich wirkendes Anaestheticum und seine Anwendung in der Zahnheilkunde 2) D-r A. Tumpowski — Ein Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Rückenmarkschwindsucht.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

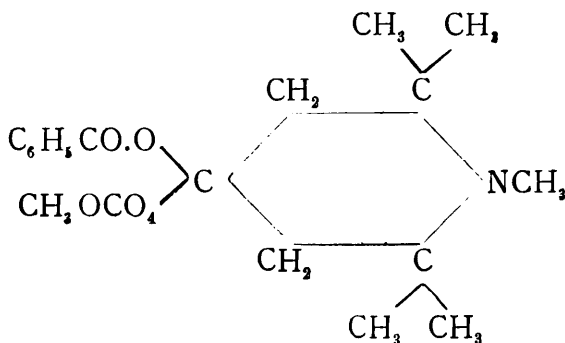
EUKAINA,

nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego
w dentystyce.

Napisał Dr. B. Dzierżawski,

wykładający patol. i terapię zębów w Warsz. Szkole Dentystycznej.

Eukaina jest to nowy alkaloid, otrzymany drogą syntezy, w budowie chemicznej różniący się od kokainy głównie tem, że zawiera w sobie kilka grup metylowych więcej. Formuła eukainy:



Miano jej racjonalne metylizowany metyleter kwasu γ -benzoyltrójacetonalkamin- γ -karbonowego.

Czysta eukaina, podobnie jak i kokaina, rozpuszcza się w wodzie bardzo trudno, przedstawia się w postaci szklisto-lśniących kryształów, topiących się przy 101—103°; z kwasami daje eukaina sole obojętne, które mają toż samo działanie, co i czysta zasada.

Chlorek eukainy (*eucainum muriaticum*) krystalizuje się z wodą w lśniące listki lub tabliczki, które zawierają jedną drobinę wody krystalicznej, według formuły $C_{19}H_{27}NO_4 \cdot HCl + H_2O$ i rozpuszczają się w wodzie przy ciepłocie pokojowej, mniej więcej w stosunku 10 na 100. Z alkoholu metylowego krystalizuje się chlorek eukainy w błyszczące pryzmaty, które zawierają dwie drobinę krystalicznego alkoholu metylowego.

Analogia budowy, zachodząca pomiędzy kokainą i eukainą, pobudziła VINCI'ego (1) do zbadania ostatniej pod względem farmakologicznym. Odnosne badania na zwierzętach wykonał VINCI w Instytucie farmakologicznym uniwersytetu berlińskiego. Badaniu podlegała eukaina, zarówno z wody, jak i z metylowego alkoholu krystalizowana.

Przy miejscowym zastosowaniu eukainy w 2—5% roztworze na oko psów i królików okazało się, że po upływie 1—3 minut wywołuje ona zupełną nieczułość miejscową, przyczem zwykle występowało lekkie podrażnienie i przekrwienie łącznicy. Przy eukainie, krystalizowanej z alkoholu metylowego, podrażnienie to stale bywało większe, niż przy pochodzącej z roztworu wodnego. Żrenica przy obu eukainach nie ulegała rozszerzeniu i na światło oddziaływała dobrze.

Zastrzyknięcie podskórne eukainy wywoływało zupełne znieczulenie odnośnego miejsca, co również występowało i na błonach śluzowych przy posmarowaniu ich eukainą.

Działanie ogólne eukainy, zarówno na zimno, jak i na ciepłokrwiset zwierzęta, polegało na wywoływaniu wielkiego pobudzenia ośrodkowego układu nerwowego, po którym to pobudzeniu następowało porażenie, ewentualnie, przy dawkach trujących—śmierć. U żab już po 0,002 występowała powiększona drażliwość, podwyższenie odruchów, nieźborność ruchów, wreszcie porażenie ogólne. Małe dawki wywoływały u myszy i królików pobudzenie, wzmoczenie odruchów, w końcu zaś wielkie osłabienie narządów ruchowych wraz z przyspieszeniem oddychania. Po dawkach średnich (0,02—0,03 na kilogram) występują po pewnym mniej lub więcej wyraźnym okresie pobudzenia silne skurcze drgawkowe lub tępcowe, które trwają kilka sekund i po niedługiej przerwie powtarzają się znowu. Zwierzęta są bezprzytomne, leżą na boku. Występuje trudność oddychania, *opisthotonus*, wreszcie porażenie, głównie kończyn tylnych. Objawy te w najsilniejszym stopniu występują po dawkach trujących (0,10—0,15 na kilogram), drgawki są wtedy bezustanne, wszystkie mięśnie ciała przyjmują w nich udział. Dalej po dawkach takich występuje *opisthotonus*, ruchy pływania w kończynach, utrata przytomności, przyspieszenie i utrudnienie oddychania, w końcu zwierzęta giną przy objawach porażenia. Jeżeli dawka nie była nazbyt wielka, to po pewnym czasie drgawki ustają, przechodzi wzmoczona pobudliwość odruchów; porażenie kończyn tylnych trwa jeszcze kilka godzin, poczem następuje zupełne wyzdrowienie. Wyżej opisane objawy ze strony układu nerwowego są, według VINCI'ego, skutkiem działania eukainy na ośrodkowy układ nerwowy, przede wszystkim na ośrodki psychomotoryczne, i polegają z początku na pobudzeniu, później na ich porażeniu. Jeżeli żabie, zatrutej eukainą, odsłonić

nerw kulszowy i podrażnić prądem indukcyjnym odśrodkowy odcinek tego nerwu, to występuje odczyn prawidłowy. Jest to dowodem, że porażenie jest pochodzenia ośrodkowego.

K r ą ż e n i e. Tętno, po podskórnych jak i wśródżylnych wstrzykiwaniach dawek małych i średnich, zawsze ulega zwolnieniu (przecięciowo o 20 do 30 uderzeń na minutę). Charakter uderzeń nie ulega zmianie, ciśnienie krwi nieco wzrasta, co zależy od podrażnienia ośrodków naczynioruchowych. Tylko wielkie, trujące dawki wywołują nagły upadek ciśnienia. Zwolnienie tętna zależy od podrażnienia nerwu błędnego, gdyż po przecięciu tegoż w tej chwili przemija.

Śmierć przy podskórnem i wśródżylnem stosowaniu eukainy następuje wskutek porażenia ośrodka oddechowego, serce bije jeszcze czas jakiś.

Z doświadczeń powyższych widać, co zresztą było do przewidzenia ze względu na analogię w budowie chemicznej, że działanie fizyologiczne eukainy w głównych zarysach podobne jest do działania kokainy. Jednakże zachodzą w działaniu obu środków pewne różnice, które właśnie są bardzo ważne.

Przedewszystkiem eukaina jest daleko mniej trującą, niż kokaina. Doświadczenia porównawcze, bardzo ściśle robione, przekonywają, że zwierzęta traktowane eukainą nie giną, gdy tymczasem traktowane takimiż dawkami kokainy pozdychały. Następnie zachowanie się tętna jest przy obu środkach niejednakowe: przy eukainie tętno ulega zwolnieniu i to znacznemu (20—30 uderzeń na minutę), gdy tymczasem przy kokainie zwolnienie poprzedza zawsze przyspieszenie tętna. Co do działania miejscowego, to w trwaniu i sile znieczulenia niema, według VINCI'ego, pomiędzy eukainą i kokainą żadnej różnicy. Różnica działania miejscowego występuje tylko w tem, że kokaina obok znieczulenia wywołuje w danej tkance niedokrwistość, eukaina zaś przeciwnie — przekrwienie. Dalej różnica jest jeszcze w działaniu na oko: eukaina nie działa na źrenicę, odczyn na światło jest zawsze przy niej prawidłowy.

Oprócz powyżej streszczonych badań laboratoryjnych, VINCI stosował eukainę jeszcze i w klinice ocznej uniwersytetu Berlińskiego, przyczem okazało się, że 2% roztwór skutecznie może zastąpić kokainę, jako środek znieczulający przy rozmaitych cierpieniach i operacjach ocznych. Znieczulenie występuje w ciągu 2—5 minut po wkropleniu, trwa od 10 do 15 minut. Przy stosowaniu eukainy, krystalizowanej z alkoholu metylowego, występowało pewne podrażnienie i przekrwienie łącznicy, chorzy narzekali na lekkie uczucie palenia, trwające kilka sekund po zastosowaniu środka. Przy eukainie, krystalizowanej z wody, objawy te były bardzo nieznaczne, ograniczały się tylko do lekkiego przekrwienia. Wynika stąd, że do zastosowania w praktyce odpowiedniejsza jest eukaina z wody.

Dalej na korzyść eukainy przemawia, zdaniem VINCI'ego, jeszcze to, że nie wywołuje ona rozszerzenia źrenicy i porażenia akomodacji. Wobec braku działania zwężającego naczynia, w pewnych przypadkach eukaina kokainy nie zastąpi; z drugiej jednak strony lekko drażniące jej działanie w innych znowu przypadkach może być pożądanę.

Jako dalsze prerogatywy eukainy wymienia jeszcze VINCI jej taniść w porównaniu z kokainą (w Berlinie 1 gram kosztuje 50 fenigów, u nas u Rutkowskiego lub Wendy 20 kop.), następnie trwałość roztczynów, które nawet i po kilku miesiącach nie ulegają zmętnieniu. Gotowanie roztworu eukainy nie wywołuje rozkładu jej, gdy tymczasem kokaina przy gotowaniu ulega rozkładowi, przy czem traci działanie znieczulające.

W okulistyce stosowali już eukainę, oprócz VINCI'ego, jeszcze VOLLERT (2) i BEST (3). VOLLERT jest z eukainy niezadowolony, ponieważ wywołuje ona zdaniem jego łzawienie, uczucie bólu, skurcz powiek, przekrwienie naczyń łączniczych i rzęskowych; oprócz tego, zdaniem VOLLERT'a, działanie destruktcyjne na nabłonek łącznicy i rogówki większe jest przy eukainie, niż przy kokainie, co nie jest bez znaczenia. BEST nie znajduje, aby pod odstatnim względem eukaina była gorsza od kokainy, wogóle jednak, choć nie tak pesymistycznie, jak VOLLERT, nastrojony, nie rokuje eukainie przyszłości, chyba tylko w pewnych przypadkach ze względu na taniłość.

W dentystyce, jako środek znieczulający przy wyjmowaniu zębów, stosował eukainę pierwszy KIESEL (4) w Berlinie, następnie pisali o niej jeszcze WOLFF (5), HOERSTEL (6), HELLER (7), BRACHT (8) i kilku dentystów w Ameryce. Z wyżej wymienionych KIESEL i WOLFF zapatrują się na eukainę optymistycznie, HELLER'a zaś i BRACHT'a do pesymistów zaliczyć należy. KIESEL i WOLFF stosowali eukainę w postaci zastrzykiwań śróddziąsłowych w 10 i 6% roztworach, przyczem stwierdzili, że eukaina doskonale znieczula, a chwila wyjęcia zęba przebiega zupełnie bez bólu, dalej znajdują oni, że znieczulenie przy eukainie jest silniejsze i że zajmuje obszar rozleglejszy, niż przy kokainie. Oprócz tego stwierdzili oni, że eukaina nie działa na serce i na stan ogólny. Jako jedyny objaw nieprzyjemny, występujący po wstrzykiwaniach eukainy, podają KIESEL i WOLFF obrzęki miejscowe, które pojawiają się w wielu przypadkach. WOLFF zaznacza, że częściej obrzęki te spostrzegał przy eukainie, krystalizowanej z alkoholu metylowego, rzadziej zaś przy krystalizowanej z wody.

KIESEL jako przyczynę tych obrzęków uważa bądź lekkie zakażenie, którego uniknąć trudno ze względu na warunki swoiste w jamie ustnej, bądź swoiste działanie drażniące eukainy na tkanki, i w celu uniknięcia tych obrzęków radzi przed wstrzyknięciem jaknajstaranniejsze odkażenie dziąsła przez wycieranie tegoż tamponami, zmaczanymi w wodzie utlenionej, dalej, po dopełnionem wyjęciu zęba, radzi KIESEL usuwać pozostającą jeszcze w dziąśle eukainę zapomocą nakłuć igłą z następczem wyciskaniem. WOLFF również zaznacza, że przy starannem wycieraniu dziąsła (przed zastrzyknięciem) tamponami, zmoczonymi w roztworze kwasu karbolowego, obrzęków nie spostrzegał.

HELLER, nie zaprzeczając wysokich znieczulających własności eukainy, uważa ją za zupełnie niezdadną do użytku, a to ze względu na owe obrzęki, które występują w każdym niemal przypadku; obrzęki te, choć może nie są przeciwwskazaniem do stosowania eukainy w praktyce szpitalnej, bardzo mogą zaszkodzić reputacji operatora w sferach więcej wymagających. HELLER sądzi, że przyczyną obrzęków nie jest zakażenie, gdyż spostrzegał je pomimo najściślejzego zachowania ostrożności przeciwnieżylnych; gdyby były te obrzęki skutkiem zakażenia, to powinnyby w równej mierze występować i po zastrzyknięciach kokainy, co sprzeciwia się doświadczeniu. Za przyczynę obrzęków uważa HELLER swoiste działanie drażniące eukainy i kończy swój artykuł wyrażeniem nadziei, że firmie SCHERING'a, która fabrykuje eukainę, uda się wykryć przyczynę, powodującą te obrzęki i ewentualnie od niej eukainę uwolnić.

Acz pesymistycznie względem eukainy usposobiony, potwierdza jednak HELLER wysokie jej własności znieczulające, wyższe od kokainy, gdyż zapomocą eukainy udawało mu się otrzymać dobre znieczulenie i w przypadkach zapalenia okostnej, w których kokaina zawsze prawie nie dopisuje.

Wszyscy wyżej wymienieni autorowie zaznaczają brak jakiegokolwiek trującego działania ogólnego eukainy. KIESEL w jednym przypadku, gdzie z powodu licznych ekstrakcyi na jednym posiedzeniu wstrzyknął w 10% roztworze 3,5 grama eukainy, spostrzegł lekkie zajęcie głowy, które zresztą w kilka minut przeszło. Podobny objaw spostrzegł w jednym przypadku HELLER, nie uważa jednak objawu tego za pozostający w koniecznym związku z eukainą.

Nie był równie szczęśliwym HÖRSTEL, dentysta w Plauen. Ten po kilku pomyślnych zastrzygnięciach eukainy zastrzyknął raz zdrowemu i tegiemu 12-letniemu chłopcu $\frac{3}{4}$ szprycy 10% roztworu w dziąsło pomiędzy 1-ym i 2-im górnym dużym zębem trzonowym, w celu dokonania wyjęcia tych zębów. Roztwór eukainy był świeży i dokładnie wyjałowiony. W 2—3 sekundy najdalej po dokonaniu zastrzyknięcia, chłopiec pochylił się na krzesło, wpadł w silne drgawki z wywróceniem gałek ocznych, sinicą twarzy, pianą na ustach. Tętno i oddech uległy zatrzymaniu. Pod wpływem zarządzonego natychmiast oddychania sztucznego, tętno i oddech powróciły, sinica twarzy znikła, drgawki trwały jednak jeszcze z pół godziny. Po 2—3 minutach wolnych nastąpił ponowny napad sinicy i drgawek, który trwał około 10-iu minut, tym razem bez przerwy w tętnie i oddychaniu. Amylnitrit okazał się bezskutecznym. Przytomność powróciła dopiero po kilku godzinach; przez dzień cały były potem wymioty; powrót do zupełnego zdrowia dopiero na drugi dzień.

Tyle znajdujemy do obecnej chwili o eukainie w literaturze.

Do prób z eukainą przystąpiłem wkrótce po pierwszych o niej publikacjach w sierpniu r. b. Przystępując do opisu własnych z nią doświadczeń, zaznaczyć muszę, że ponieważ eukaina ma być konkurentem i zastępcą kokainy i innych środków miejscowo znieczulających, to o wartości jej możemy sądzić tylko z porównania, dlatego też przed przystąpieniem do rzeczy, pozwolę sobie powiedzieć słów kilka o innych środkach, stosowanych w celu miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów, mianowicie o chloretyle i kokainie.

Co do chloretyle, to aczkolwiek w małej chirurgii, przy przecinaniu ropni, wyjmowaniu paznokci i innych małych operacjach jest on nieocenionym, to jednakże w dentystyce, ze względu na warunki miejscowe, użycie jego, acz nie niemożliwe, wysoce jest utrudnione.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy trudność wycelowania, że tak powiem, strumienia chloretyle na miejsce pożąlane. To możliwe jest zaledwie przy zębach przednich i siekaczach, kłach i małych trzonowych. Zastosować chloretyle na duże trzonowe trudno jest nawet przy użyciu zakrzywionych rurek. Dalej trudność zastosowania chloretyle w ustach polega na nadmiernym ślinotoku, jaki chloretyle wskutek podrażnienia błony śluzowej wywołuje, następnie zaś wskutek niemożliwości zastosowania go na obie strony zęba jednocześnie. Ślinotok przeszkadza zwłaszcza przy operacyi na szczęcie dolnej, gdyż wkrótce po skierowaniu strumienia chloretyle na dany ząb, dziąsło naokoło tegoż znajduje się już zatopione w ślinie, nawet przy najodpowiedniejszej pozycyi chorego; wtedy chloretyle działać może na dziąsło tylko przez pośrednictwo śliny. Na dostateczny stopień oziębienia (zbielenie dziąsła) trzeba wtedy czekać bardzo długo, oczekiwanie zaś to w wysokim stopniu drażni chorego.

Niemожność zastosowania chloretyle na obie strony zęba jednocześnie, również poważną jest przeszkodą, gdyż, gdy jedna strona po dostatecznie wytrwałej aplikacyi zamarznie, to przy przeniesieniu strumienia na drugą stronę,

pierwsza tymczasem odtaje. Przy siekaczach jakietakie znieczulenie otrzymujemy i przy zamrożeniu jednej tylko, wargowej strony, przy trzonowych jednak zamrożenie jednej strony nie daje dobrego znieczulenia. Następnie, jako złe strony chloretylu wymienić musimy bolesność jego aplikacji i krótkotrwałość działania, która jest wielką wadą przy trudnych ekstrakcyach, wreszcie i d r o ż y z n ę, nie mówiąc już o możliwości odurzenia ogólnego, które, acz nie zamierzone, niejednokrotnie przy miejscowym stosowaniu chloretylu spotrzegane było *).

(D. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

Przyczynek do etyologii i symptomatologii wiału rdzenia,

podał Aleksander Tumpowski.

I. W pracy niniejszej starałem się ugrupować i opracować znaczny materiał, zaczerpnięty z polikliniki d-ra S. GOLDFLAMA, oraz łaskawie mi użyczony osobisty jego materiał. Pomimo olbrzymiej ilości prac, poświęconych wiałowi rdzenia i zebranych w literaturze, niemożliwej prawie do objęcia przez jednostkę, cierpienie to przedstawia jeszcze wiele stron niewyjaśnionych. Należy do nich przedewszystkiem etyologia wiału. Większość badaczy współczesnych uważa przymiot za dominujący czynnik etyologiczny, niektórzy nawet, jak MÖBIUS i OPPENHEIM, wprost twierdzą, iż tylko te osobniki, które przebyły przymiot, mogą zachorować na wiał. Zdanie to opiera się przede wszystkim na danych statystyczno-wywiadowczych, wykazujących niemal jednogłośnie nader wielką częstość przebytego przymiotu w wywiadach tabetyków. Oto niektóre z tych liczb, przytoczone według pracy STORBECK'a ¹⁾.

DÉJÉRINE	stwierdza przymiot u 97% tabetyków			
FOURNIER	"	"	93%	"
HIRT	"	"	92%	"
STRÜMPPELL	"	"	90%	"
GAJKIEWICZ	"	"	90%	"
ERB	"	"	89%	"
REUMONT	"	"	83%	"
GOWERS	"	"	80%	"
GERLACH	"	"	78%	"
SENATOR	"	"	70%	"
MENDEL	"	"	70%	"
MINOR	"	"	60—70%	"
EISENLOHR	"	"	60%	"
REMAK	"	"	57%	"
JOLLY	"	"	50%	"

*) THIESING. Bericht üb. XXVIII Versammlung des zahnaerztlichen Verelns f. Niedersachsen. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. IV. 1896.

¹⁾ STORBECK: Tabes dorsalis und Syphills,

GERHARD	stwierdza przymiot u 50% tabetyków			
NAEGELI	"	"	46%	"
BERGER	"	"	43%	"
EULENBURG	"	"	36%	"
WESTPHAL	"	"	33%	"
OPPENHEIM	"	"	30%	"
LANDOUZY	"	"	25,8%	"
TOPINARD	"	"	13%	"
GEZENIUS	"	"	10%	"
MAJER	"	"	0%	"

Widzimy, iż cyfry te przeważnie wskazują znaczną częstość przebytego przymiotu, co naprowadziło pierwszego FOURNIER'a na myśl o jego etyologicznem znaczeniu. Natomiast nader nieliczne są dane kliniczne i anatomo-patologiczne przemawiające na korzyść związku między przymiotem a wiałem rdzenia, częstokroć są one nawet przeciwne tej hipotezie, która ma też i licznych przeciwników. Należał do nich zmarły CHARCOT²⁾, który przyznawał wprawdzie ważność etyologiczną wiału, lecz uważał go jedynie za moment uboczny, stawiając na pierwszym planie usposobienie dziedziczne. Obecnie przeciwnikiem najpoważniejszym tej hipotezy jest LEYDEN, z którego kliniki wyszła też wymieniona już wyżej nader charakterystyczna praca STORBECK'a, streszczająca główne zarzuty LEYDEN'a. Liczby, wykazujące częstość przebytego przymiotu są, zdaniem autora, nader złudne. Wielkość ich zależy częstokroć od względów ubocznych, np. u FOURNIER'a tłumaczy się ona tem, iż jako do syfilidologa przychodzili do niego przeważnie syfilitycy i t. d.; zależą też liczby te od tego, iż weszły w nie przypadki z wątpliwym przymiotem. Prócz tego w początkowych okresach wiału rdzenia istnieje wzmożenie popędu płciowego, co się również przyczynia do częstszego występowania przymiotu wśród tabetyków; przymiot nie jest jednak w tym przypadku przyczyną wywołującą, ale tylko *eine intercurrente Krankheit*. Jeszcze jeden wzgląd nakazuje nam ograniczyć wielkość tych liczb: mianowicie, ogólne rozpowszechnienie przymiotu wśród chorych (nie tabetyków), które wynosi około 25%; tę więc liczbę zawsze odliczać należy. Samo zresztą rozpoznanie przebytego przymiotu jest nader trudne: nie wystarczają do tego ani słowa chorego, na których najczęściej lekarz się opiera, ani też tego rodzaju *residua*, jak powiększone gruczoły lub blizny na narządach płciowych; nie jest też wystarczającym dowodem twardość byłego szankra, która według KOCH'a bywa często wynikiem niewłaściwego leczenia; częste poronienia u kobiet również nie są bynajmniej dowodem przymiotu. Syfilidologowie przytaczają liczby, sprzeczne również z poglądem o etyologicznem znaczeniu przymiotu dla wiału rdzenia; tak np. LEWIN u 800 dotkniętych przymiotem kobiet ani razu nie znalazł wiału, REUMONT u 3600 syfilityków tylko 40 razy (1,4%) stwierdził wiał³⁾. Oto są najważniejsze zarzuty STORBECK'a. Przeciwnicy poglądu o znaczeniu przymiotu dla wiału czerpią też materiały dla swej krytyki z zupełnej nieznajomości charakteru związku, zachodzącego między temi dwoma cierpieniami, sposobu, w jaki wiał rdzenia powstaje pod działaniem przymiotu; do nieznajomości tej przyznają się nawet tak zdeklarowani zwolennicy tej hipotezy, jak ERB, MÖBIUS, OPPENHEIM i inni.

²⁾ CHARCOT. Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Polyclinique.

³⁾ Zależy to może od tego, iż wiał występuje zwykle bardzo późno po zakażeniu się przymiotem, syfilidologowie zaś mają przeważnie do czynienia z chorymi we wcześniejszych okresach.

Argumenty anatomopatologiczne na korzyść tej teorii są bardzo nieliczne. Należą tu przypadki władu u małżonków, wzajemnie zakazających się przymiotem ⁴⁾, jednocześnie występowanie władu i przymiotu, występowanie u tabetyków *ophthalmoplegiae nuclearis externae*, napotykaney też w przymiocie, a także dane sekcyjne i mikroskopowe, wykrywające współrzędne istnienie zmian tabetycznych obok przymiotowych, częściej jednak nie dające takich wyników ⁵⁾.

Przyjmując to pod uwagę, zwracamy się do rozpatrzenia materiału, będącego w naszej dyspozycji. Przymiot przebyty rozpoznawaliśmy w następujących przypadkach: 1) w razie zeznania chorego, opierającego się na orzeczeniu lekarskiem; 2) przy istnieniu wrzodu z wysypką wtórną; 3) przy istnieniu wrzodu o charakterze nieokreślonym bliżej, gdy prócz tego stwierdzono inne objawy swoiste, jakoto: zapalenie gardła swoiste, *plaques muqueuses* i t. p. Wątpliwy, lecz prawdopodobny przymiot rozpoznawaliśmy przy istnieniu wrzodu o charakterze bliżej nieokreślonym, lecz współrzędnej bezpłodności, poronieniach częstych, rodzeniu dzieci martwych. Wreszcie oddzielną grupę stanowią przypadki z szankrami miękkimi ⁶⁾.

Wyniki obliczenia, prowadzonego na tych podstawach, są następujące: u 257 tabetyków (wśród nich 31 kobiet) znaleziono:

pewny przymiot	100 razy (38,9%) ⁷⁾
prawdopodobny przymiot	51 „ (19,8%)
szankier miękki	15 „ (5,8%)

Inne dane anamnestyczne, po których wystąpiły pierwsze objawy chorobowe lub które mogą przypuszczalnie mieć pewne znaczenie etyologiczne, są następujące:

poronienia i bezpłodność	12 razy
nadużycia płciowe	6 ⁸⁾ „
„ wyskokowe	5 „
obciążenie dziedziczne	4 „
przeziębienie	2 „
uraz	1 „
po położu	1 „
zajęcie na powietrzu	1 ⁹⁾ „

⁴⁾ GOLDFLAM. Klinisch. Beitrag z. Aetiol. d. Tab. dors. w Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde.

⁵⁾ W 11 badaniach pośmiertnych raz tylko znalazł WESTPHAL *residua* syfilityczne. WESTENHOFER (przytoczony w pracy STORCK'a) w 61 badaniach pośmiertnych tabetyków znalazł przymiot niewątpliwy w 24,6%, a razem z przypadkami wątpliwymi w 44%. MÖBIUS (SCHMIDT's Jahrbücher 1880 Bd. 187) przytacza zdanie VIRCHOW'a o jednym przypadku sekcyjnym, iż znalezione zmiany przymiotowe obok tabetycznych stanowią niewątpliwie ognia wspólnego łańcucha. Nie chcąc wychodzić po za obręb, zakreszony ściśle klinicznym charakterem naszego materiału, odsyłamy czytelników w sprawie anatomii patologicznej władu rdzenia do prac REDLICH'a, OBERSTEINER'a, MARINESKO, MOXTER'a i in.

⁶⁾ HIRSCH w pracy swej: Die Aetiol. d. progr. Paralyse (Jahrb. f. Psychiatrie und Neurologie 1896, Bd. 14, Heft. 3) kieruje się nieco odmiennymi zasadami rozpoznawczymi. Mianowicie, uważa on dyagnozę przebytego przymiotu za pewną: 1) przy stwierdzonej w szpitalu sklerozie i specyficznem leczeniu, 2) przy *ulcus* z wysypką wtórną lub innymi ogólnymi objawami przymiotu, 3) przy cierpieniach narządów płciowych bliżej nieznanych, lecz współrzędnem istnieniu powtarzających się poronień. Prawdopodobieństwo przebytego przymiotu konstatuje H.: 1) przy wrzodzie w wywiadach i bezpłodności, 2) gdy chory zaprzecza przebyciu jakiegokolwiek choroby wenerycznej, a przytem istnieją typowe poronienia. Zdaje nam się, iż przy zastosowaniu tych danych, odsetka syfilityków wśród naszych chorych okazałaby się większą od otrzymanej przez nas.

⁷⁾ W jednym z tych przypadków zakażenie nastąpiło już po pierwszych objawach władu, mianowicie po bólach.

⁸⁾ Włączyłem tu przedwczesne lub zbyt częste spółkowanie, onanizm, polucye chorobliwe i t. d.

⁹⁾ Uwagę naszą zwróciła częstość władu wśród lekarzy, których między naszymi chorymi było aż 12 (4,6%). Liczba ta wyda się nam niepomernie wielką, jeśli zwrócimy uwagę, iż nawet w Warszawie, gdzie lekarzy jest stosunkowo najwięcej, liczba ich nie wynosi nawet 0,5% ogólnej liczby zaludnienia.

W pozostałych 54-ch przypadkach żadnych danych etyologicznych nie zauważono. Prócz tego nadmienić musimy, iż w pierwszej grupie przypadków występują obok przymiotu i inne czynniki chorobotwórcze, które poniżej, kierując się wzorem ERB'a ¹⁰⁾, podajemy:

pewny przymiot	+ dziedziczność	4 razy
„ „	+ szankier miękki	2 „
„ „	+ przeziębienie	2 „
„ „	+ nadużycia płciowe	2 „
„ „	+ tryper	1 „
„ „	+ nadużycia wysokowe	1 „
„ „	+ tryper + dziedziczność	1 „
prawdopodobny przymiot	+ dziedziczność	2 „
„ „	+ uraz	1 „
„ „	+ tryper + szankier miękki	1 „
„ „	+ nadużycia wysokowe	1 „
„ „	+ przeziębienie	1 „

Odliczając liczbę pewnego przymiotu, powikłanego innymi czynnikami etyologicznymi, od ogólnej liczby przypadków z niewątpliwym przymiotem, otrzymamy 87 przypadków, t. j. 33,8%, w których tylko przymiot figuruje w etyologii; odpowiednia liczba w statystyce ERB'a wynosi 27%. Co się tyczy kobiet, to występują u nich następujące czynniki etyologiczne:

przymiot przebyty	3 razy
przymiot u męża i dzieci	2 „
poronienie i bezpłodność	12 „
przymiot + dziedziczność	1 „
nadużycia wysokowe	1 „
po położu	1 „
nie odnaleziono przyczyny	11 „

Widzimy, iż i w naszych przypadkach, o ile mamy jakiegokolwiek wskazówki etyologiczne, zajmuje przymiot pierwsze miejsce, nie wyłączając wszakże możliwości innych czynników chorobotwórczych. Jeśli uwzględnimy nawet dane NAEGELI'ego i ERB'a o ogólnem rozpowszechnieniu przymiotu ¹¹⁾, które wynosi około 25%, pozostaje jeszcze niemal drugie tyle (doliczwszy do odsetki pewnego przymiotu połowę przypadków z przymiotem prawdopodobnym), co już zaliczyć możemy na karb specjalnego — *sit venia verbo* — wiađotwórczego działania przymiotu. Otrzymane przez nas liczby nie są tak wielkie, jak u niektórych z wymienionych autorów, i nie upoważniają nas do twierdzenia wraz z MÖBIUS'em ¹²⁾, iż u 90% tabetyków możemy być pewni istnienia poprzedzającego przymiotu, a i u 10% pozostałych mamy również prawo przypuszczać przebyty przymiot, lub, jak twierdzi GOWERS, iż nigdy u tabetyka nie możemy z absolutną pewnością wyłaczyć przymiotu. Twierdzenie to jest równie jednostronne, jak wręcz przeciwne zdanie LEYDEN'a, który zaprzecza całkowicie przyczynowemu działaniu przymiotu, a główne znaczenie etyologiczne, obok obciążenia dziedzicznego, pracy nadmiernej

¹⁰⁾ ERB. Zur Aetiol. d. Tab. dors. Berlin klin. Wochenschr. 1891. N. 29.

¹¹⁾ ERB. U 5,500 chorych nie tabetyków stwierdził przymiot w 22,5% przypadków. NAEGELI u 1403 tabetyków znalazł przymiot w 46%, a u 1,450 nie tabetyków tylko w 9,5% (przytoczone w HIRT'a: Pathol. und Ther. d. Nervenkrankh.).

¹²⁾ MÖBIUS — Nervenkrankheiten. Nazywa on wprost wiađ (i porażenie postępujące) — metasyphilitischer Nervenschwund. Jest to, według niego, cierpienie następce (Folgekrankheit) po przymiocie, stanowiące jednak samodzielną jednostkę pod względem anatomicznym i klinicznym.

i t. p., nadaje przeziębieniu ¹³⁾. Wogóle rozstrzygnięcie tego zagadnienia etyologicznego wymaga przede wszystkim ustalenia dwóch punktów, mianowicie: pewnego rozpoznania przebytego przymiotu, oraz znajomości patogenetyki tego cierpienia. Wypowiedzianym przez GOWERS'a, MÖBIUS'a, STRÜMPPELL'a wyjaśnieniom i hipotezom o powstawaniu władu pod wpływem działania swojego jadu przymiotowego nie można chyba nadawać większej doniosłości naukowej i praktycznej ze względu na zupełną naszą nieznajomość tego jadu. Najostrożniej zachowuje się w tym względzie ERB, który twierdzi stanowczo, iż przymiot jest przyczyną władu, jeśli nie wyłączną, to przynajmniej w ogromnej większości przypadków (96—97%), wstrzymuje się jednakże od wszelkich wyjaśnień działania przymiotu przy władzie rdzenia ¹⁴⁾.

Co się tyczy czasu, jaki upłynął między zakażeniem się przymiotem, a wystąpieniem pierwszych objawów władu, da nam o tem pojęcie następująca tabliczka, obejmująca 116 przypadków władu:

Czas od zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów władu.	Ilość przypadków.
0 do 5 lat	14
5 „ 10 „	40
10 „ 15 „	29
15 „ 20 „	22
20 „ 25 „	8
25 „ 30 „	3 ¹⁵⁾

Jak widać, najczęściej zjawia się wład rdzenia po upływie 5-iu do 10-iu lat po zakażeniu się, rzadziej już w drugim dziesięcioleciu, a jeszcze rzadziej przed upływem pięciu lat i po upływie lat 20-tu od pierwotnego zakażenia. Wynik ten zresztą zgodny jest zupełnie z danymi innych autorów.

Dane co do wieku chorych przedstawiają się jak następuje:

Wiek.	Liczba chorych.
Od 20 do 30 lat	29
„ 30 „ 40 „	103
„ 40 „ 50 „	89
„ 50 „ 60 „	25
„ 60 „ 70 „	6
„ 70 „ 80 „	1 (72 lata).

(D. n.).

¹³⁾ STORBECK, L. c. LEYDEN — Die neuesten Untersuchungen über die pathol. Anat. u. Physiol. d. Tabes. (Zeltschr. f. klin. Medicin. 1894 Bd. 25). To samo twierdził BERGER na zasadzie 185 przypadków władu (SCHMIDT's Jahrb. 1879 Bd. 183).

¹⁴⁾ Oto są słowa ERB'a: Ueber die Thatsache des ätiologischen Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis besteht unter den wirklich Sachverständigen keine Meinungsverschiedenheit mehr, wenn auch allerdings die Frage nach der Art und Weise dieses Zusammenhanges heute noch als ungelöst zu betrachten ist. Loco cit.

¹⁵⁾ W jednym z naszych przypadków wład wystąpił podobno po 40 przeszło latach od chwili zakażenia.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

136. BOARDINEAU REED. **Rozpoznanie kształtu, położenia i sprawności ruchowej żołądka w tych przypadkach, w których wprowadzenie przyrządów do żołądka jest przeciwwskazane.** Wprowadzanie przyrządów do żołądka jest przeciwwskazane w stanach następujących: ostre sprawy chorobowe żołądka, świeże krwotoki, wrzód okrągły, wszystkie sprawy chorobowe w ostatnich okresach ich rozwoju, nawaly mózgowe i późna starość. We wszystkich tych przypadkach autor posługuje się badaniem moczu i krwi, oględzinami, wymacywaniem, a nadewszystko opukiwaniem okolicy żołądka i wysłuchiowaniem szmeru bulgotania. W warunkach prawidłowych żołądek, bądź pusty, bądź napełniony, przylega, wbrew mniemaniu DEHIO, pewną swoją częścią do przedniej ściany klatki piersiowej, a przy nieznacznym już wzdęciu—do przedniej ściany brzusznej. REED twierdzi, że jeżeli żołądek naczczo opuszcza się niżej, niż do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, mamy wtedy do czynienia ze stanem chorobowym. Sprawność ruchową żołądka bada on w ten sposób, że wprowadza doń różne pokarmy i określa umiejscowienie stępienia i szmeru bulgotania w różnych odstępach czasu. W ten sam sposób oznacza on, o ile zmienia się położenie żołądka w rozmaitych stanach chorobowych po wprowadzeniu doń płynów; tak np. w przypadkach rozstrzeni żołądka i niedostatecznej jego sprawności ruchowej, po każdej wprowadzonej szklance wody następuje obniżenie dolnej granicy żołądka aż do *maximum*; po podaniu choremu następnej szklanki wody ma miejsce rozszerzenie żołądka w kierunku bocznym. Co się tyczy żołądka zdrowego, to po przyjęciu pokarmów następuje podniesienie się górnej granicy żołądka, a nie obniżenie dolnej, po części także rozszerzenie żołądka w kierunku bocznym.

Badać żołądek należy możliwie naczczo, rano lub w 6 godzin po wprowadzeniu ostatniego pokarmu; nawet przy niedostatecznych czynnościach trawienia żołądka jest zupełnie możliwem określenie zapomocą metody tej położenia, rozmiarów i sprawności ruchowej żołądka. Jeżeli, na przykład, w 6 godzin po jedzeniu daje się wysłuchać w żołądku szmer bulgotania, znaczy to, że sprawność ruchowa żołądka jest niedostateczna. Zwykle autor postępuje w sposób następujący: jeżeli nie słyhać szmeru bulgotania przed podaniem choremu szklanki wody, opukuje on chorego w pozycji leżącej, a następnie w stojącej, i oznacza na skórze znalezione granice zapomocą dermatografu. Następnie daje on choremu $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ litra wody i znowu bada, czy nie zjawił się szmer bulgotania; jeżeli już po nieznacznym ilościach wody daje się słyszeć ten szmer, mamy najlepszą wskazówkę, gdzie trzeba z dokładnością opukiwać, aby znaleźć dolną granicę żołądka. Opukiwanie granic żołądka radzi autor rozpoczynać z dołu lub z góry po linii przymostkowej, a następnie po sutkowej, od brodawki sutkowej aż do spojenia łonowego; szczególnie postępować tak należy w przypadkach wątpliwych. Znalazwszy najwyżej i najniżej leżące miejsca zetknięcia się przedniej ściany żołądka z przednią ścianą klatki piersiowej i z powłoką brzuszną, określamy lewą i prawą granicę żołądka od *colon ascendens* i *descendens*, co staje się bardzo łatwem przy położeniu stojącym chorego i napełnieniu żołądka, gdyż odgłos wypukowy nad okrężnicą wstępującą i zstępującą jest zawsze mniej lub więcej bębnowym. Jeżeli postaramy się o to, aby okrężnica wstępująca i zstępująca były puste, wtedy różnica odgłosu wypukowego występuje jeszcze jaskrawiej; nie bez znaczenia jest tu także położenie chorego to na jednym, to na drugim boku. Jeszcze lepsze wyniki otrzymać można, napełniając okrężnicę wodą letnią lub powietrzem, nie daje się to jednak zastosować u wszystkich chorych. Bez porównania trudniejszą rzeczą jest określenie górnej grani-

cy żołądka, tembardziej, że mogą tu stać na przeszkodzie takie czynniki, jak znacznie powiększona śledziona, wydłużony lewy płat wątroby lub lewostronny wysięk opłucnej. Ułatwić można sobie to określenie, zdaniem autora, przy pomocy to słabego, to naprzemian silnego opukiwania, a także badając żołądek zaraz po przyjęciu przez chorego pokarmu, kiedy gazy zbierają się w górnej części żołądka i warunkują tu jasny, bębnowy odgłos wypukowy.

W końcu autor wymienia stany chorobowe, badane zapomocą powyższej metody, oraz cechy, przy nich znajdowane. 1) Żołądek normalny o prawidłowej sprawności ruchowej: mamy tu brak szmeru bulgotania w żołądku czczym; przy częściowem napełnieniu—nieznaczne bulgotanie; granica dolna na połowie odległości między wyrostkiem mieczykowatym i spojeniem łonowem; po wypełnieniu żołądka płynem granice okazują się prawidłowe w pozycji stojącej chorego. 2) *Atonia ventriculi*: szmer bulgotania w 6 godzin lub jeszcze później po jedzeniu; w przeciwnym razie zjawienie się szmeru po najmniejszej ilości wody; wyniki opukiwania wskazują opóźnienie przejścia pokarmów z żołądka do dwunastnicy. 3) *Megalogastrica*: górna granica prawidłowa, dolna na linii pępkowej lub niżej; sprawność ruchowa dostateczna; brak szmeru bulgotania w 6 godzin lub później po jedzeniu. 4) *Gastrectasia*: szmer bulgotania w 6 godzin po jedzeniu, a w ciężkich przypadkach o każdej porze dnia; opóźnienie w przejściu pokarmów do dwunastnicy. 5) *Gastroptosis*: opuszczenie granicy górnej i dolnej; szmer bulgotania daleko łatwiej otrzymać, niż w warunkach prawidłowych, i przytem na linii pępkowej lub niżej. 6) *Megalogastrica* i *gastroptosis*: wyniki poprzednie z wyjątkiem granicy górnej, która tak znacznie, jak poprzednio, nie obniża się. 7) *Gastroptosis* i *gastrectasia*: do poprzednich danych dołączyć należy szmer bulgotania w 6 godzin po przyjęciu pokarmu; opóźnienie w przejściu pokarmu do dwunastnicy. 8) *Pyloroptosis*: szmer bulgotania daleko niżej, niż znajduje się prawidłowa granica dolna żołądka; pionowe położenie żołądka z odzwierniakiem w *regio hypogastrica*. 9) *Pyloroptosis* i *gastrectasia partis pyloricae*: wyniki poprzednie z jaśniejszym szmerem bulgotania w przeciągu długiego czasu po przyjęciu pokarmu; rozszerzenie opukowe *partis pyloricae ventriculi*.

(Berl. klin. Wchschrft N. 43, 1896)

Ant. J. Goldman.

137. RECLUS. O leczeniu zachowawczem członków urazowi uległych. Na początku rozprawy opisuje autor przypadki, w których powyższe leczenie stosował.

Pierwszy dotyczył 27-letniego mężczyzny, który przybył do oddziału ze stopami przez koła pociągu przejechanemi, błądy i zimny od znacznej krwi utraty. Stopa prawa na grzbiecie skóry całkowicie pozbawiona, wśród zmiażdżonych mięśni przedstawia podruzgotane kości palców, śródstopia i stępu; tak samo wygląda ona i od strony podeszwy. Cztery palce stopy lewej wiszą prawie całkowicie oderwane, zaś tył stopy czarny, mocno obrzmiały; wskutek zmiażdżenia kości, przy dotyku otrzymuje się tu wrażenie tarcia, jakby orzechów w worku. Nałożony opatrunek przeciwnilny trzymano trzy tygodnie; gdy go zdjęto, znaleziono: trzy palce stopy lewej uległy zgorzeli i oddzieliły się całkowicie od łądnie ziarninującej powierzchni; od stopy prawej lekkim pociągnięciem oddzielono dwa palce i dwie kości śródstopia. Wkrótce zagoiły się rany części miękkich. We dwa miesiące od przybycia do oddziału, wypisał się chory, idąc na własnych stopach.

W przypadku drugim 23-letniemu mężczyźnie pociąg drogi żelaznej przejechał prawą kończynę dolną. Badanie w szpitalu wykazało, co następuje: chory mocno przygnębiony, na pytania nie odpowiada, pozostaje niewrażliwy na rozmaite podrażnienia; twarz blada, kończyny zimne. Ciepłota ciała 36°. Staw kolano-

wy prawy otwarty; podudzie wisi na zmiażdżonych częściach miękkich. Skóra uda rozdarta aż do pachwiny, pod nią bardzo rozległe wynacznienie. Kość udowa, w dolnej swej części obnażona, sterczy nazewnątrz na 15 ctm. Nałożono opatrunek przeciwnilny, 10-go dnia zmieniono go poraz pierwszy. Po czterech tygodniach zmartwiałe podudzie oddzieliło się zupełnie. Dolny koniec kości udowej po oddzieleniu okostny odpiłowano. Pokryty ładną ziarniną płat złączono kilku szwami. Wkrótce nastąpiło zagojenie całkowite.

Przypadek trzeci: 34-letni mężczyzna uległ przejechaniu przez pociąg o wadze 50,000 kilo. Przywieziony do szpitala w pół godziny potem, był nader bladej; twarz zwilżona zimnym potem, tętno ledwo wyczuwalne, ciepłota ciała około 36°. Obydwa podudzia, w środkowej swej części całkowicie zmiażdżone, wisiały tylko na płatach skórnych. Na miejscu uszkodzenia przez strzępy, z mięśni i ścięgien utworzone, widać liczne odłamki zdruzgotanych kości. Powłoki aż do kolana oddarte, pogniecione, z licznymi wybroczynami. Uszkodzone członki opatrzone. Już podczas opatrunku ciepłota ciała poczęła wzrastać, ogólny stan poprawiać się. Przy zmianie opatrunku w 2 tygodnie potem znaleziono, że zmartwiałe części poczynają oddzielać się od zdrowych. Przy końcu 6-go tygodnia oddzielanie się było na ukończeniu. Wystające końce piszczeli i strzałki odpiłowano, rany w częściach miękkich zaszyto; wkrótce pozagajały się one całkowicie.

Przypadek czwarty dotyczył 53-letniego wyrobnika, którego lewa ręka zgniecioną została między kołem ciężko naładowanego wozu i słupem latarni gazowej. W szpitalu znaleziono prawie całkowite oddzielenie przedramienia w środkowej części tegoż. Skóra rozdarta prawie dokoła; mięśnie przednie, tylne i zewnętrzne przecięte; końce ich odstają od siebie więcej, niż na 10 ctm. W głębi rany widać liczne odłamki pozbawionej okostny kości łokciowej i promieniowej. Większe naczynia i nerwy ocalały. Odjęcie przedramienia zdawało się być koniecznem. Jednak po dokładnem oczyszczeniu rany odskrzepów krwi, części miękkich i odłamków kości, kilku szwami zbliżono płaty skórno-mięśniowe i nałożono opatrunek unieruchamiający. Zmieniano go co 3 tygodnie. Złamane kości pozrastały się w ciągu 4 miesięcy. Wypisał się chory z zachowaniem przedramieniem, ruchy w palcach wyrabiały się powoli.

Przypadek piąty: 28-letni mężczyzna miał ranę na przedniej powierzchni lewego przedramienia, długą na 20 ctm., szeroką na 8, sięgającą aż do obnażonych kości. Palce 2, 3 i 4 prawie całkowicie odcięte, wisiały na płatach dłoniowych. Rany najstaranniej odkażono, nałożono opatrunek przeciwnilny unieruchamiający. Gdy go w 4 tygodnie potem zdjęto, znaleziono ranę na przedramieniu zagoną zupełnie, palce ruchome jeszcze i podejrzanie zabarwione. Drugi opatrunek zdjęto w 2 tygodnie po pierwszym; palce były już wówczas przyrośnięte.

W szóstym przypadku miał chory złamanych kilka żeber, obok rozedmy i krwioplucia; odcięcie podudzia lewego w trzeciej części dolnej, tak, iż obnażone końce piszczeli i strzałki sterczały wśród rozerwanych mięśni i strzępów ścięgien; wreszcie odcięcie stopy prawej, której powierzchnia grzbietowa na znacznej przestrzeni pozbawiona skóry, a na podeszwie widać ranę, sięgającą aż do kości piętowej. Na stopie pozakładano sączki, nałożono opatrunek, to samo zrobiono z podudziem. W płucach rozwinęło się zapalenie. Opatrunek zmieniono w 3 tygodnie po nałożeniu go. Skóra na podeszwie stopy prawej uległa zgorzeli, zmartwiałe części oddzieliły się od kikuta podudzia lewego. Kości podudzia odpiłowano. Zagojenie nastąpiło rychło.

W wymienionych wyżej przypadkach amputacja nie dałaby lepszych, niż leczenie zachowawcze, wyników.

Po pierwsze, stan chorych bardzo często bywa nader ciężki, na co składają się: osłabienie wskutek utraty krwi, zapasć, z wyczerpania nerwowego początek biorąca, i t. d.; nie są więc oni w stanie stawić czoła nowemu urazowi. Ze statystyki OBERST'a, z kliniki VOLKMANN'a ogłoszonej, widać, że z 15 chorych, operowanych przy urazie członków, zmarło 5; zaś z pośród 75, operowanych przy zmianach patologicznych, również tylko 5.

Co się tyczy przypadków autora, to przypadek 2 i 3 niewątpliwie musiałyby zakończyć się śmiercią, gdyby autor był przystąpił do natychmiastowej amputacji.

Powtórę, na miejscu, urazowi podległem, mamy strzępy porozdzieranych mięśni, ścięgien, odłamki kości, porozrywane naczynia i nerwy; skóra ulega zgorzeli nieraz na bardzo rozległej przestrzeni, tak, iż w pierwszej chwili jest rzeczą niemożliwą odróżnić tkanki zdrowe od uległych obumarciu. By operacja prowadziła do celu, kikut należy robić w tkankach żywych, najprędsze zagojenie rany dających, dlatego operować wypada bardzo wysoko; przy uszkodzeniu podudzia i przedramienia odejmować musimy udo i ramię; przy urazie tych ostatnich—wyłuszczać stawy barkowy i biodrowy. Gdy natomiast pozostawiamy naturze członka obrażony, oddziela ona tylko tkanki, które już żyć nie są w stanie, a często—kroć uratować go nam pozwala.

W przypadku trzecim, przez autora opisanym, chory, gdyby przetrzymał nowy uraz, miałby kikut na wysokości dolnej trzeciej części uda; przy leczeniu zachowawczem kończyły się one na wysokości połowy podudzia, co pod względem chodzenia stanowiło dla chorego ogromną różnicę; w przypadku drugim uratowano w ten sam sposób $\frac{2}{3}$ części uda. W pozostałych przypadkach wynik był jeszcze bardziej świetny; w pierwszym wyszedł chory ze szpitala na własnych stopach, aczkolwiek kilku palców pozbawionych, w czwartym miał uratowane przedramię i rękę, a czynność palców była tylko rzeczą czasu.

Powyższe dwa względy, mianowicie, obawa wobec nowego wstrząsu podczas operacji, dokonywanej choremu, który już uległ wstrząsowi urazowemu, oraz konieczność poświęcania członków na znacznej rozległości, by operować w tkankach, urazem dotkniętych, zmusiły autora do stosowania leczenia zachowawczego.

Polega ono na następującem. Chorego owija się bardzo ciepło i zastrzykuje mu się surowicę sztuczną, kofeinę, eter. Jeżeli chory jest bardzo wrażliwy na ból, usypiamy go eterem (chloroformem? A. L.). Uszkodzony członek najstaranniej myjemy wodą ciepłą z mydłem, następnie wycieramy eterem, wyskokiem i polewamy roztworem nadmanganianu potasu. Po umyciu powłok przystępujemy do oczyszczania ogniska urazowego. Usuwamy odłamy pozbawionej okostnej kości, odcinamy wiszące strzępy mięśni i ścięgien. Następnie puszczaemy na ranę strumień wody, ogrzanej do 60°, pod mocnem ciśnieniem pozostającej, tak, iż dostaje się ona do wszystkich zakątków, do najmniejszych uchylków, wypłukując skrzepy, ciała obce; puszczaemy tak długo, aż cała rana zostanie najdokładniej oczyszczoną. Woda musi mieć 60°—62° C., gdyż działa ona wówczas: 1) jako środek odkażający, zgodnie z doświadczeniami MIQUEL'a oraz R. KOCH'a; 2) jako środek krew tamujący, gdyż natychmiast wstrzymuje krwawienie mięśniste; pozostałe drobne tętniczki i żyły łatwo zapomocą podwiązki opanować się dają; 3) wreszcie, rozgrzewa ona cały ustrój chorego; widzieliśmy wyżej, jak chory o ciepłocie ciała, 36° C. wynoszącej, po dokonaniem ran oczyszczeniu i nałożeniu opatrunku rozgrzewał się do 37°.

Po przestrzyknięciu rany wodą gorącą myje ją autor rozczynem nadmanganianu potasu, a następnie wypełnia muślinem, wysmarowanym maścią, którą nazywa „*poly antiseptique*”; zawiera ona najrozmaitsze leki przeciwnie działające, jakoto: fenol, sublimat, jodoform, kwas borny, salol, antypirynę. Na muślin kładzie się grubą warstwę waty hygroskopijnej i owija się członkiem bandażem. Jeżeli ciepłota ciała prawidłową pozostaje, opatrunek zaś suchym i bezwonny, trzymać go możemy całe 3 tygodnie. Wówczas znajdujemy wszystko, uległe zgorzeli, oddzielone od ładnie ziarninujących powierzchni i bez obawy możemy przedsięwziąć ten lub ów rękoczyn.

Siódmy przypadek, który autor na zakończenie podaje i który w szeregu 7-iu spostrzeganych przypadków trzecie miejsce co do czasu zajmował, mniej pomyślnie przebiegał. Dotyczył on 19-letniego mężczyzny, który przybył do oddziału z przedramieniem w dolnej trzeciej części przez maszynę uciętym, z ciepłotą ciała 36° wynoszącą. Opatrzono go w sposób wyżej podany. W trzy tygodnie później obumarłe tkanki oddzieliły się całkowicie; tymczasem już podczas zmiany opatrunku wystąpiły objawy tęcza podostrego, który w trzy dni potem skończył się śmiercią chorego.

Od owego czasu wstrzykiwał autor wszystkim następnym chorym w celach czysto zapobiegawczych surowicę przeciwtęczową podług wskazówek ROUX i NOCARD'a: zaraz po przybyciu do oddziału 10 cm. sz. do tkanki łącznej podskórnej, a po 10-iu dniach robił to samo po raz wtóry.

(*Revue de Chirurgie. 1896. N. 1.*)

A. Leśniowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 listopada r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER—przedstawienie dziewczynki dziesięcioletniej z przetoką odbytniczo-pochwową, powstałą wskutek zgwałcenia. 2) GURANOWSKI—przedstawienie chorego po usunięciu perlaka (cholesteatomu) ucha średniego. 3) KĘPIŃSKI—przedstawienie chorej z *keratoglobus bilateralis* i nowotworem złośliwym tęczówki prawej. 4) GROŚLIK—przedstawienie chorego po wycięciu częściowym cewki moczowej. 5) BORSUK—przedstawienie chorego, wyleczonego ze zniekształcenia, powstałego skutkiem wtłoczenia nosa w *foramen pyriforme*. 6) GĄBSZEWICZ—torblele krezki. 7) RYCHLIŃSKI—przedstawienie kilku mózgów z nowotworami.

1) Kol. NEUGEBAUER okazał dziesięcioletnią dziewczynkę, przyjętą do oddziału, w celu operacyjnego usunięcia przetoki odbytniczo - pochwowej, powstałej w następstwie gwałtu. *Sub coitu* nastąpiło rozerwanie błony dziewiczej i przedniej ściany odbytnicy, połączone ze znacznym krwawieniem, bólem i następnie obrzękiem obrażonych części; nazajutrz *post factum* kał zaczął przenikać do pochwy.

2) Kol. GURANOWSKI przedstawił 32-letniego chorego z perlakiem ucha średniego lewego. Chory od dzieciństwa cierpi na zapalenie ropne ucha średniego; w 10-ym roku życia na wyrostku sutkowym utworzył się ropień; ropień przecięto, poczem pozostała przetoka, która się wreszcie zagoiła; przed 7-u laty kol. G. usunął choremu polipy, wyrastające z jamy bębnekowej, poczem nastąpiło znaczne zmniejszenie się ropienia. W r. b. chory znów zasięgał rady kol. G., który znalazł cholesteatomat, zajmujący całe *cavum tympani*, a także *recessus epitympanicus* i *aditus ad antrum*; po usunięciu cholesteatomatu widać dokładnie, iż jama bębnekowa, *atticus* i *aditus ad antrum* utworzyły jedną wspólną jamę, co może mieć ten dodatni dla chorego wynik, iż przez to uniemożliwione zostało dalsze tworzenie się cholesteatomatu w połączonych w ten sposób jamach i ułatwiony

został dostęp do nich od strony przewodu słuchowego; natura przeto wytworzyła tu stosunki te same, do jakich dochodzimy drogą radykalnej operacji STACKE'go. Dalej kol. G. okazał cholesteatomy, pochodzące od 40-letniego chorego B.; szczególnie pierwszy z tych preparatów przemawia—zdaniami mówcy—za teorią HABERMANN'a i BEZOLD'a o powstawaniu cholesteatomatów ucha średniego.

3) Kol. KĘPIŃSKI przedstawił 19-letnią dziewczynę z wrodzonym obustronnym *keratoglobus* znacznych rozmiarów, przy którym obie rogówki, niezmętniałe, mają kształt prawie półkuli; oprócz tego chora ma złośliwy, łatwo - krwawiący nowotwór (mięsak?) wewnątrzgałkowy, przechodzący na tęczęwkę prawą. Jako jedyny możliwy zabieg leczniczy kol. K. uważa wyłuszczenie dotkniętej nowotworem gałki ocznej. Nieżyjący już brat chorej przedstawiał również zjawisko *keratoglobi*.

4) Chory kol. GROSLIKA, mężczyzna lat średnich, został silnie uderzony w krocze, co spowodowało pęknięcie cewki w bliskości opuszki, a w następstwie zwężenie jej tak znaczne, że chory mógł oddawać mocz zaledwie kroplami. Mówca wyciął odnośną część cewki, usunął zauważonego podczas operacji w świetle górnego odcinka cewki polipa i wprowadził cewnik komornym. Lubo cewnik na piąty dzień wypadł, to jednakże powtórne wprowadzenie go nie przedstawiało szczególnych trudności; chory po 4 tygodniach pobytu w szpitalu wypisał się z niewielką przetoką, która obecnie jest już zupełnie zagojona, cewka swobodnie przepuszcza Nr. 23 cewnika, oddawanie moczu odbywa się z zupełną łatwością, prącie zaś nawet w stanie erekcji nie przedstawia zboczenia.

5) Do kol. BORSUKA przyniesiono przed 6 tygodniami 12-letniego chłopca, który, spadłszy z wysokości pierwszego piętra twarzą ku ziemi, trafił nosem na kamień z taką siłą, że nos cały literalnie wtłoczony został w *apertura pyriformis*. Po uspieniu malca kol. BORSUK wyciągnął przy pomocy szczypczyków nos nazewnątrz; ponieważ jednak lemiesz był złamany, nie można było utrzymać nosa w należytem ustawieniu; mówca widział się przeto zmuszonym przeciąć go po linii pośrodkowej, poczem dopiero mógł poskładać odłamki kości, następnie, dla utrzymania nosa w należytej pozycji, wypełnił nozdrza szczelnie gazą jodoformową i nałożył opatrunek. Dalszy przebieg bez powikłań. Obecnie mały pacjent zupełnie jest zdrow, kości dobrze się zrosły i nos ma kształt właściwy.

6) Kol. GABSZEWICZ, po ogólnych uwagach o różnorodnych postaciach i o powstawaniu torbieli krezki, opisał spostrzegany i operowany przez siebie przypadek. U mężczyzny 24-letniego kilkakrotnie występowały objawy niedrożności jelit przemijające zwykle po 5—6 dniach; ostatnim razem objawy te trwały już jednak ośm dni, co skłoniło ostatecznie chorego do poddania się operacji. Otóż dopiero podczas operacji kol. G. mógł się przekonać, że powodem zamknięcia światła kiszek były dwie torbiele, leżące po obu stronach jelita cienkiego i połączone przebiegającym pod niem kanałem. Torbiele, opróżnione zapomocą nakłucia, wycięto; również usunięto około 20 ctm. uległego zgorzeli jelita i zrobiono odbył sztuczny. Śmierć nastąpiła nazajutrz po operacji. Oględziny zwłok wykazały, że odbył sztuczny znajdował się w odległości niecałego metra od dwunastnicy, poniżej zaś przeszkody jelito cienkie skleione było wysiękiem włóknikowym.

7) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił kilka mózgów z nowotworami. Rzecz ta będzie drukowana w naszym piśmie.

W toku dyskusyi, w której zabierali głos: prof. BRODOWSKI, kol. Edw. ZIELIŃSKI, kol. BREGMAN i kol. Br. SAWICKI, ostatni przytoczył opis spostrzeganego przez siebie przypadku glejaka, wychodzącego z przysadki mózgowej, pełzającego po podstawie ku przodowi i nazewnątrz ujawniającego się jako *meningocele*.

Wreszcie kol. LUXENBURG w toku dyskusji przedstawił dwa mózgi, wydobyte przy badaniu pośmiertnem w szpitalu Wolskim. Pierwszy należał do pięćdziesięcioletniego chorego, który przedmiotowo przedstawiał tylko znaczne wycięnczenie i wysoki stopień miażdżycy tętnic; podmiotowymi objawami były tylko bóle i zawroty głowy. Przy oględzinach pośmiertnych, oprócz miażdżycy naczyń mózgowych, znaleziono u dołu i nazewnątrz od prawego jądra soczewkowego oraz na dnie komory czwartej pęcherzyki z *cysticercus cellulosae* wielkości dużego orzecha laskowego. Drugi mózg pochodził od chorego z oddziału kol. RADZISZEWSKIEGO. Był to 55-letni mężczyzna, skarżący się tylko na osłabienie ogólne i trudność połykania; wkrótce wystąpiła senność, niedowład lewej połowy twarzy i lewych kończyn, przy zachowaniu czucia bólowego i dotykowego, oraz przy braku brodawki zastoinowej; stopniowo wystąpiła utrata przytomności, porażenie zupełne, wreszcie chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: w półkuli prawej guz wielkości jaja gołębiego, zajmujący jądro soczewkowe oraz *capsula interna* i *externa*, w środku rozpadły, od zewnątrz i od tyłu białe, dość twarde; na przekroju pod drobnowidzem—komórki wielojądrowe i komórki nerwowe; nadto miażdżycza naczyń mózgowych i wodogłowie.

WYSTAWA HIGIENICZNA

w WARSZAWIE.

VI. Uwagi ogólne.

Staraliśmy się w szeregu sprawozdań z poszczególnych działów wypowiedzieć możliwie obiektywnie zdanie o wystawie higienicznej.

Sprawozdania nasze nie wyczerpały jednak bynajmniej tego wszystkiego, co na wystawie nagromadzonem było. Pomineliśmy oczywiście rozmyślnie te wszystkie okazy i te rozliczne zabiegi, które z higieną w żadnym lub zbyt luźnym związku stoją, a które niestety, jeżeli nie największą, to w każdym razie znaczną część jej tworzyły. Nie potrzebujemy chyba usprawiedliwiać się co do tego, dlaczegośmy nie mogli i nie chcieli mówić o tym balaście rzeczy i zarządzeń, które, wyrażając się łagodnie, nie powinny były znaleźć miejsca na wystawie, które swą masą trywialną gnębiły skromną jej treść istotną, które w umysłach profanów paczyły wyobrażenie o higienie, a wśród świadomych rzeczy i wśród ogółu ukształconego budziły niezawodnie niesłuszne lekceważenie całości.

Nie możemy jednak wstrzymać się od odpowiedzenia tym, którzy z dobrą wiarą wyrażają mniemanie, że pomyślność materyalna każdej wystawy, urządanej w celu popularyzacji nauki, wymaga owego obcego nauce balastu i że nie inaczej gdzieindziej wystawy higieniczne bywały urządzone.

Mamy odwagę oświadczenia głośno, że metody pomienionej nigdzie nie usprawiedliwiamy, a u nas, zdaniem naszym, zasługuje ona na potępienie tembardziej stanowczo, ze względu na powagę grona i jednostek, które swe dobrze zasłużone nazwiska i swą gorliwą paroletnią pracę dla wystawy higienicznej dały—dały, powiedzmy otwarcie, bez dostatecznych zastrzeżeń.

Być bardzo może, że wystawy naukowo-popularne istotnie nigdzie, a u nas w szczególności, bez obfitej domieszki materyału obcego nauce, dać pomyślnego wyniku pieniężnego nie mogą. Jeżeli tak jest, to dobrze rozważywszy pytanie, czy dana wystawa jest istotnie społeczeństwu potrzebna, i przyszedłszy w tej mie-

rze do niezawodnej odpowiedzi potakującej, trzeba się uciec do ofiarności czynników, do których zaspakajanie istotnych potrzeb społecznych należy: do rządu, do gminy, do instytucji publicznych, do jednostek zamożnych, tak samo, jak się to dzieje z tworzeniem muzeów, z wydawnictwem dzieł naukowo-popularnych i t. p.

Wskazując taką metodę, jako słuszną w doprowadzaniu do celu wystaw higienicznych, zastrzegamy sobie z góry możliwość odpowiedzenia niżej jeszcze na pytanie: czy rzeczywiście wystawa higieniczna stanowiła obecnie istotną potrzebę społeczną, dla której godziło się odwoływać do czyjejś ofiarności?

By wyrzec zdanie o znaczeniu wystawy higienicznej w ogólności, wypada uprzednio odpowiedzieć na kilka pytań.

Czem jest i jaką jest higiena w naszym społeczeństwie?

Odpowiedź brzmikrótko: Ogół ludu miejskiego i wiejskiego, tonie w niechlujstwie i grzeszy przeciwko wszelkim przepisom o zachowaniu zdrowia i zdolności do pracy. Ogół ten nie posiada żadnych prawie wiadomości z dziedziny higieny, a przepisy jej najpowszechniej znane sromotnie lekceważy. Zaczawszy od ciasnej i brudnej szkółki, w której dziecko tej sfery uczyć się zaczyna, a skończywszy na ciasnym i brudnym mieszkaniu i na takimże warsztacie, w których żyje, pracuje i umiera, wciąż pozostaje w środowisku, którego właściwości utrwalają go w obyczajach obrażających wszelkie wymagania higieny.

Takim jest lud.

Tak pod względem wiadomości, przekonań, jak i praktyki życia, o ile chodzi o higienę istotną, bardzo niedaleko ludu stoi nasza sfera tak zwana ukształcona. Cechą jej niemal powszechną jest nieświadomość gruba w rzeczach przyrodnicstwa i biologii, a więc brak podstaw, na których jedynie praktyka higieniczna, jako dobro powszechne, oprzeć się trwale może. Brak tu jednym słowem propedeutyki higienicznej. Stopień zamożności rodzi tu pewne różnice, pewne odcienie, ale tam nawet, gdzie zamożność nawykowy raczej, niż wyrozumowany komfort sprowadza, spotykamy się z urykwowem, chaotycznie zgmatwaniami wiadomościami higienicznymi, a bynajmniej nie z wiedzą higieniczną i nie z systematyczną praktyką higieniczną.

Pozostaje nieliczna, bardzo nieliczna gromadka biegłych zawodowców, a więc lekarzy, po części techników, chemików i t. p., i zupełnie wyjątkowo higieną interesujących się jednostek, które mniej lub więcej gruntownie higienę, higieniczne urządzenia znają i, o ile niesprzyjające warunki pozwalają, stosują lub przynajmniej głoszą jej przepisy i wymagania—z jakim wynikiem? My lekarze wiemy to najlepiej.

Jeżeli słuszną jest ta ocena stanu higieny u nas w chwili obecnej, to jakimiż środkami możnaby i wypadałoby do usunięcia, *respective* do zmniejszenia opłakanego stanu rzeczy dążyć?

Że wystawy nie są tu środkiem odpowiadającym jednemu racjonalnemu wskazaniu, że chodzi tu o sięganie do źródeł złego, że racjonalnem może być tu jedynie wskazanie przyczynowe, a środkiem, czyniącym zadość temuż wskazaniu, jedynie wychowanie—tego chyba dowodzić nie potrzeba.

Czemże wobec takiego stanu rzeczy może być wystawa higieniczna?

Dla ogółu ludowego i dla przeważnej części sfery ukształconej niczem, lub tylko mniej lub więcej zabawnem widowiskiem. Dla pewnej części przyrodniczo i biologicznie przygotowanych jednostek tej ostatniej sfery i dla wyżej wspomnianych zawodowców: lekarzy, techników, chemików, nauczycieli i t. p. — bardzo pożytecznym środkiem, ułatwiającym utrwalenie się w wiedzy, której podstawy im są znane, środkiem przypomnienia sobie szczegółów, rzadziej w danych warunkach życia spoty-

kanych, wreszcie środkiem poinformowania się o nowszych na bytkach techniki higienicznej.

Na pytanie, czy dla owej nader szczupłej garści jednostek w kraju, mogących dziś u nas z wystawy higienicznej odnieść istotny, bezpośredni pożytek umysłowy i nawet materialny, godzi się urządzać wystawę w naszych warunkach, wobec rozlicznych innych potrzeb naszego społeczeństwa,—na pytanie to nie wahalibyśmy się odpowiedzieć twierdząco, gdyby nie ta okoliczność, że wystawa higieniczna owej garści jednostek pożytek przynieść może tylko warunkowo, a mianowicie tylko w takim razie, jeżeli będzie odpowiednio urządzoną, jeżeli będzie istotnie dydaktyczną i istotnie wyczerpującą.

Warunek ten czyni urządzenie wystawy higienicznej u nas bardzo trudnem i bardzo kosztownem; uczynienie mu zadość wymaga tak wielkiego nakładu pracy i pieniędzy, że nie sądzimy, byśmy do poniesienia go siłami i środkami naszymi dorośli, albo raczej, iżbyśmy się na wysiłek odpowiedni zdobywać powinni, w interesie zbyt szczupłej liczby mogących zeń istotnie dziś korzystać.

By usprawiedliwić to twierdzenie, pozwolimy sobie wyrazić nasze wyobrażenia o tem, co nazywamy wystawą dydaktyczną i wyczerpującą, które to określenia wiążemy jako *sine qua non* z pojęciem jej użyteczności u nas.

Dydaktyczność wystawy, zupełnie tak samo jak dydaktyczność wykładu przedmiotu danego, wiąże się nieodłącznie z wyczerpaniem tegoż przedmiotu.

Nie wyobrażamy sobie użytecznego wykładu zoologii, w którymby nam wyłożono rzecz o rybach, motylach i muchach, a pominięto inne działy; ale i taki wykład uznalibyśmy za niepożyteczny, w którym danoby nam wszystko oprócz ryb, motyli lub much.

Że wystawa higieniczna, z powodu której uwagi te kreślimy, nie była wyczerpująca, to staraliśmy się wykazać odnośnie do mnóstwa działów i przedmiotów we wszystkich jej częściach. Były przecież niektóre i to pierwszorzędnej wagi całe działy, które zupełnie lub prawie zupełnie pominięto, albo w paru rozrzuconych urywkach przedstawiono, że tu dla przykładu wymienimy dział higieny budowlanej i higieny mieszkaniowej.

Żeśmy nie znajdowali istotnie pouczających lub nawet żadnych okazów w dziale higieny gruntu, higieny mieszkaniowej, higieny budowlanej i t. d. i t. d., z tego oczywiście nie wynika, by organizatorowie wystawy o tych działach nie wiedzieli lub ażeby o nich zapomnieli.

Inny był powód opuszczeń rażących na wystawie. Powodem tym—brak środków do właściwego ich wypełnienia, konieczność a niemożność uciekania się do okazów umyślnie dla wystawy tworzonych lub z zagranicy sprowadzanych. A więc spełnienie warunku co do wyczerpania przedmiotu higieny na wystawie wymagało bardzo wielkiej pracy i bardzo dużo pieniędzy.

Dydaktyczność wystawy higienicznej zależy naturalnie nie tylko od wyczerpania przedmiotu, ale i od innych warunków, a przede wszystkim od wyboru odpowiednich okazów, okazów jasnych, nie zamąconych przymieszkami obcemi, okazów, skalą swej naukowości, *respective* swej pogładowości, jednakowych, a więc do pewnego stopnia, że tak powiemy, na zamówienie, to jest według programu z góry określonego dla całości wystawy przygotowanych. Z drugiej strony też dydaktyczność wymaga wzorowego zeszeregowania owych okazów, zszeregowania, odpowiadającego istotnemu układowi naukowemu działów i całości przedmiotu.

Wypowiadamy tu wymagania elementarne. Że wymaganiom tym wystawa higieniczna, o której tu mowa, pod żadnym względem nie czyniła zadość i że tu

powodem był już nietylko sam brak środków pieniężnych (choćby dostatek ich byłby niezawodnie dużo tych braków usunął), że tu, mówimy, oprócz braku środków grała rolę nieumiejętność i powierzchowność roboty, nie jest to chyba tajemnicą dla nikogo z oceniających wystawę tę biegle.

Wyszczególnienie zarzutów odnośnie do wyboru okazów, do skali ich wartości i kwalifikacji jako okazów wystawowych, odnośnie do ich jednolitości, a nade wszystko do ich zgrupowania—byłoby powtarzaniem tego, cośmy tylokrotnie uwydatnili w sprawozdaniach naszych szczegółowych.

Dalszym koniecznym warunkiem dydaktyczności wystawy higienicznej jest wypracowanie umiejętne pouczających opracowań, w każdym dziale poszczególnym, ale opracowań koniecznie z wystawionymi okazami związanych, opracowań, do którychby okazy owe były niejako ilustracyami, opracowań, któreby jednocześnie cenny materiał tkwiący w okazach, szczególnie w planach, tablicach, grafikach utrwały.

Opracowania takie naturalnie tak samo, jak warunki poprzednie, wymagały trudu i środków materialnych niemało.

To, cośmy powiedzieli wyżej, doprowadza nas do wniosku, że wystawa higieniczna była mało pożyteczną, bo nie była wyczerpującą, ani dydaktycznie urządzoną, że pomienione jej braki były w przeważnej części wynikiem niedostateczności naszych środków, a w pewnej części wynikiem winy jej organizatorów.

Niestety, sumę winy owych organizatorów musimy jeszcze podnieść dwiema okolicznościami obciążającymi.

Okres dwuletni przygotowań do wystawy był zarazem okresem nieustających i stanowczo przesadnych, w błąd wprowadzających obietnic. Trudno nam uwierzyć, by organizatorowie wierzyli w możliwość spełnienia ogłaszanych programów, by wierzyli w możliwość zebrania odpowiedzi na zapowiadane, czy też może i rozsyłane kwestyonyariusze, w możliwość prowadzenia wykładów i wogóle doprowadzenia do skutku tak zupełnej i tak systematycznie ułożonej wystawy, jak była wciąż, we wszystkich pismach zapowiadana, przyczem zapowiedzi te mieściły w sobie zawsze dziesiątki nazwisk, w sposób, który pozwalamy sobie nazwać nadużyciem.

Jeżeliby obietnice i programy owe publikowane były z dobrą wiarą, to musieliśmybyśmy wiarę organizatorów nazwać przynajmniej naiwną, świadczącą o niezdawaniu sobie sprawy ani z zadania, ani ze środków, do spełnienia jego potrzebnych.

Organizatorowie wystawy zasług swych niewątpliwie nie zwiększyli ową, zdaniem naszym, wielce niewłaściwą kampanią publicystyczną przedwystawową.

Winę stokroć poważniejszą widzimy w rozkładzie okazów poszczególnych na wystawie. Hasło, jakim się w tej mierze rządono: *varietas delectat*—było złe w tym razie wybrane. Oprócz rażącej i szkodliwej ze względów dydaktycznych niesystematyczności rozkładu okazów, ich pomieszczenia nie grupami naukowo usprawiedliwionymi, zwiedzającemu dawała się jeszcze we znaki niedbałość, z jaką porozwieszane, powtykane były okazy, wymagające koniecznie oglądania zbliżka, schowanie w miejscu ubocznym, niekiedy zamkniętem, okazów pierwszorzędnej wartości, brak danych informacyjnych, dotyczących pochodzenia, ceny, wymiarów, skali i t. p. wielu okazów.

Wszystkie te i inne drobniejsze braki, rozkładu okazów i uwydatnienia ich znaczenia w praktyce dotyczące, czyniły korzystanie z wystawy, dla poważnie się do niej odnoszących, bardzo uciążliwym, w pewnych porach dnia zupełnie niemożliwym.

Braki, które tu uwypatniamy, upoważniają nas do zrobienia organizatorom wystawy zarzutu, tem poważniejszego, że usunięcie ich wymagało jedynie z ich strony: biegłości i dbałości,—a tych mieliśmy prawo od nich wymagać.

We wstępie do uwag niniejszych, o wystawie minionej w ogólności, odezwa-
liśmy się sceptycznie o pożytku wystaw higienicznych u nas.

Powiedzieliśmy, że lud nasz miejski i wiejski pożytku bezpośredniego z wystaw higienicznych zupełnie odnieść nie może, że tylko mała część sfer tak zwanych inteligentnych z wystawy takiej coś skorzystałby mogła, że ta korzyść z wystawy higienicznej dla sfer inteligentnych, wreszcie dla grona nielicznego osób, dostatecznie do korzystania z niej przygotowanych, warunkowana jest takim urządzeniem wystawy, które wymaga bardzo znacznych ofiar i że w stosunku do tych ofiar wystawa nie może być uznana jako odpowiednia.

Tak sceptycznie zapatrując się na ewentualne korzyści, nawet dobrze urządzonej wystawy higienicznej u nas, nie chcielibyśmy, by nas posądzono o krańcowy pesymizm i o hołdowanie metodzie abstynencji, wobec istotnie niepomysł-
nych warunków, w jakich się u nas edukacja higieniczna ogółu odbywa i odby-
wać może.

Na metodę tę bynajmniej się nie piszemy; przeciwnie, głęboko jesteśmy prze-
konani, że nam—nam lekarzom w szczególności—nie wolno jest jej wyznawać,
że propaganda i edukacja higieniczna są u nas konieczne i że są w pewnej, cho-
ciaż bardzo ograniczonej mierze możliwe, a więc i obowiązujące.

Jakież to drogi—wyrzekając się wystaw higienicznych—wskazujemy, dla zbli-
żenia się do celów, o jakich tu mowa?

Nie jeden środek, nie jedna droga, zdają nam się właściwymi, ale raczej
środki i drogi rozliczne.

Przedewszystkiem nadziei działania na lud miejski czy wiejski, w kierunku
edukacji higienicznej, uobyczajenia, ogłady, obudzenia zmysłu ładu i schludno-
ści, nadziei działania w tym kierunku w szerszym zakresie—musimy się p r a w i e
zupełnie wyrzec. Tu wszystko i jedynie zależy od zakładów wychowawczych, od
ich urządzenia i prowadzenia.

Umyślnie użyliśmy wyrazu p r a w i e, bo zdaniem naszym i tu cośby się zrobić
dało, przez pobudzenie ofiarności publicznej do budowania i urządzania szkół
i ochron wzorowych, budowania i urządzania tak, by w nich dzieci i młodzież
wzory higieny i schludności domowej i okołodomowej codziennie znajdowały.

Gdyby np. w Warszawie, owe 33 ochrony, jakimi dziś Tow. Dobroczy-
ności zarządza i w których przeszło 4,000 dzieci się chowa, były urządzone higie-
nicznie wzorowo, gdyby każda posiadała wzorowo utrzymany plac, odpowiedniej
budowy ustępy, gdyby z ochroną była związana kąpiel ciepła natryskowa, a przy-
najmniej dobra umywalnia, gdyby regulamin wymagał badania stanu zdrowia
i schludności dzieci przez lat szereg, toby dla postępu higieny w mieście naszym,
w ciągu lat 10, zrobiło się niesłychanie wiele.

Niemaloby się też dało w ten sam sposób zrobić w szkołach, a nadewszystko
w pensjonatach prywatnych.

Bez wahania wolelibyśmy, iżby sumy, wydatkowane na minioną wystawę,
użyte były na budowę, urządzenie i prowadzenie, pod kierunkiem biegłego higie-
nisty, bodajby jednej tylko ochrony wzorowej. Ta setka dzieci, z takiej ochro-
ny przez lat kilka korzystająca, wniosłaby do 100 rodzin zadatki postępu higien-
icznego, niezawodnie pewniejsze i trwalsze, niż to zdoła zrobić jakabądź wy-
stawa.

Prawda, że na fajerwerk wystawowy potrzeba tylko paru lat zachodu, poczem się chwalebnie odpoczywa, kiedy wzorowa ochrona wymaga codziennej pracy przez życie całe.

Możliwie zatem energiczne przeprowadzanie wymagań higieny wychowawczej uważamy za pierwszą drogę, do postępu higienicznego u nas prowadzącą.

W związku z uwzględnianiem, gdzie i jak się da, na wsi i w mieście, techniki higieny szkolnej i wymagań schludności i ładu wśród dzieci i młodzieży, we wszystkich zakładach wychowawczych, stoi drugi środek, do którego mamy zaufanie, mianowicie zbliżenie się, w formie stowarzyszeń czy narad specjalnych, z jednej strony nauczycieli i nauczycielek, z drugiej strony lekarzy. Narady wspólne niesłuchanie wiele dobrego przynieśćby mogły.

Szczególny nacisk położylibyśmy jeszcze na narady, oddawna upowszechnione w Niemczech — narady pedagogów z psychiatrami.

Zdaje nam się, że nicby nie stało na przeszkodzie temu, iżby Towarzystwo Lekarskie, *resp.* grono zeń wyłonione, stało się punktem zetknięcia wychowawców z higienistami i wogóle z lekarzami.

Idąc dalej, przychodzimy do środka, który, zdaniem naszym, na pierwszym miejscu w dziale propagandy higienicznej postawić należy, przychodzimy do stworzenia Towarzystwa higienicznego, choćby ściśle naukowego, jeżeliby zachodziły przeszkody w uzyskaniu pozwolenia na towarzystwo obejmujące szersze sfery społeczne.

Towarzystwo higieniczne, jako stałe i stale czujne ognisko propagandy higienicznej, najprędzej, najtaniej i najpoważniej prowadziłoby do oznaczonego celu. Naturalnie, nie tu jest miejsce na kreślenie planu jego działania.

Dużo po zamknięciu Wystawy mówiło się o utworzeniu Muzeum higienicznego. Zdaje się, że się i do tej sprawy brano zbyt po filarecku, „mierząc siły na zamiary, nie zamiar według sił“. Muzeum higieniczne, obszernie rozumiane, jeżeliby nie miało być tworem od urodzenia zniekształconym, a więc budzącym raczej litość, niż rodzącym korzyść poważną, wymagałoby sum ogromnych.

Zdaje nam się jednak, że, wyodrębniwszy z całości higieny niektóre działy, przedstawiające pewną samodzielność, a jednocześnie obchodzące najszersze koła naszej inteligencji ze względów praktycznych, możnaby, korzystając naturalnie z ofiarności jednostek zamożnych, stworzyć dobre, pożyteczne, zupełne muzea częściowe, najpierw muzeum higieny wychowawczej, potem muzeum higieny mieszkaniowej.

I tu nawiasem pozwolimy sobie zauważyć, że za sumę, użytą na stworzenie minionej wystawy higienicznej, można było doskonale założyć muzeum higieny wychowawczej i być trwały mu zapewnić, tworząc zarazem jądro, z którym ruch higieniczny stale, a nie efemerycznieby się wiązał.

Oto nasz programat propagandy i edukacji higienicznej — programat mozolny, który jednak jednostek biegłych, a dbałych nie odstraszy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== PERRIN de la TOUCHE opisuje nagłą śmierć podczas wstrzykiwania płynu do macicy ciężarnej, dokonywanego w celu wywołania poronienia. Kobieta w siódmym miesiącu ciąży, po daremnym stosowaniu różnych środków przez usta, zrobiła sobie własnoręcznie zastrzyknięcie wewnątrzmaciczne z roztworu soli kuchennej oraz mydła marsylijskiego. Zaledwie $\frac{1}{4}$ litra ubyło irygatora, gdy ciężarna padła nagle trupem. Przy oględzinach pośmiertnych ani śladu *peritonitidis*, ujście zewnętrzne macicy rozwarte, wewnętrzne przepuszcza palec. W macicy $1\frac{1}{2}$ litra wód płodowych i płód siedmiomiesięczny; łożysko prawidłowe; w dolnym odcinku macicy błony jaja były wskutek zastrzyknięcia odklejone, gdy powyżej i w okolicy otworów trąbek przylegały ściśle do ścian macicy. Pozostałe narządy prawidłowe, prócz otłuszczenia serca. Autor przypisuje śmierć porażeniu serca wskutek podrażnienia macicy, sprzyjało zaś porażeniu otłuszczenie serca. Jako dowód, że kobieta zręczna potrafi samej sobie wsunąć kankę do macicy, autor przytacza próby dokonane w szpitalu w Tuluzie. Z 16-tu prostytutek, 12 potrafiło wprowadzić zgłę-

bnik do własnej macicy. W danym przypadku wprowadzenie kanki było jeszcze ułatwione wskutek rozwarcia warg macicznych. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1896. N. 51—podług referatu w Cent. f. Gyn. 1896. N. 40). *Fr. N.*

== BOLTZ podaje przypadek wyleczenia arsenikiem chorego z bardzo złośliwym mięsakiem (*sarcoma globocel.*). Obejmował on podniebienie, oba migdały i prawą szczękę górną; sąsiednie gruczoły chłonne były obrzmiałe i zjawily się zaburzenia oddechowe i trudność połykania pokarmów. Po drobnowidzowym rozpoznaniu nowotworu, wobec niemożności zastosowania zabiegu chirurgicznego, autor zaczął stosować podskórne wstrzykiwania 1% roztworu arsenianu sodu, zwiększając stopniowo dawkę od 0,004 — 0,02 arsenu *pro die*. Po jedenastu dniach powierzchnia wrzodziejąca oczyściła się, obrzmienie gruczołów znikło i szybko rana się zablizniła. Po sześciotygodniowym leczeniu chory, przybrawszy na wadze 9,5 kilo, został wypisany ze szpitala jako wyleczony. (Festschr. d. ärztl. Ver. Hamburg).

M. B.

Od Redakcyi.

W uznaniu pobudek, które kol. T. JANISZEWSKIEGO, lekarza stacyi klimatycznej w Zakopanem, skłoniły do zwrócenia się ku nam z żądaniem pośrednictwa w obowiązującej go sprawie zbierania materiału naukowego;—a niemniej i z uwagi, że liczniejsze sprawozdania lekarskie o wynikach leczenia klimatem tej najbliższej od nas położonej, *par excellence* stacyi górskiej, powinny przysporzyć korzyści pod względem wskazań do stosowania odnośnego sposobu leczenia; — najchętniej czynimy zadosyć uprzejmie wyrażonemu nam żądaniu kol. JANISZEWSKIEGO, i do numeru niniejszego dołączamy egzemplarz dostarczonych nam szematów, prosząc usilnie Szanownych Kolegów, którzy posiadają lub będą w posiadaniu odpowiednich spostrzeżeń, ażeby zechcieli zadać sobie trud zużytkowania tychże w sposób wskazany przez otrzymany od nas szemat, — a sprawozdania swe przesyłali pod adresem D-r T. JANISZEWSKIEGO w Zakopanem.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1897
i o wniesienie zaległej.

Rok XXXII-gi.

MEDYCYN A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1897 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d., zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 5 Декабря 1896 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.