

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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: Ziłota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej. Podał H. Olszewski. — **Kazuistyka.** Przyczynek do kazuistyki urazów narządów moczopłciowych kobiecych sub coitu. Podał d-r Jakób Rozenthal. — **Streszczenia i wyciągi.** 127. Metoda podręczna do oznaczania własności aglutynacyjnej krwi. 128. Stan obecny naszych wiadomości o nadnerczach i ich czynnościach. 129. O pewnym objawie ze strony tętna u neurasteników. 130. Przypadek duru brzuszego, leczony za pomocą surowicy swoistej. 131. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem pęcherza (cystitis) i miedniczek nerkowych (pyelitis). 132. Brachialgia et neuralgia brachialis. 133. Wartość lecznicza i wskazania do podwiązania przez pochwę naczyń macicznych w mięśniakach macicy. — **Odcinek.** Kilka słów o pomocy lekarskiej na prowincyi. — **Korespondencya „Medycyny”.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Olszewski—Deux cas de section césarienne conservative compliqués par des tumeurs péviennees. 2) D-r J. Rozenthal—Contribution à l'étude des lésions traumatiques des organes génitourinaires chez la femme pendant la copulation.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Olszewski — Zwei Fälle von conservativem Kaiserschnitt complicirt durch Geschwülste des kleinen Beckens. 2) D-r J. Rozenthal — Beitrag zur Lehre ueber Verletzungen der weiblichen Urogenitalia sub coitu.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Dwa przypadki Cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej.

Podał H. OLSZEWSKI.

Ordynator szpitala Tow. Akc. K. Szeiblera (Łódź).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Łódź, d. 8 Czerwca 1898 r.).

Przypadek I. 20 września 1896 r. zostałem wezwany do rodzącej M. M. i znalazłem co następuje: Chora skarży się na nadzwyczaj silny ból w brzuchu, trwający już od paru dni. Ból ten jest stały, lecz od kilku godzin zjawily się bóle porodowe, „dęte“, idące z krzyża, nadzwyczaj częste. Podczas każdego bólu „dętego“ ból w brzuchu staje się silniejszym, wprost nie do zniesienia. Tak określa chora swój stan, swoje cierpienia. M. leży na wznak. Kończyny dolne zgięte w kolanie i przyciągnięte do brzucha; na łokciach i na stopach chora się lekko unosi, mówiąc, że w takim położeniu jest jej najlepiej. Twarz czerwona, spocona, brzuch kolosalnie duży. W płucach żadnych zmian chorobowych nie wykryłem; tony serca czyste, granice jego prawidłowe, tętno dość pełne, równe, przyspieszone, 104 na minutę. W moczu białka nie ma. Wymiary miednicy prawidłowe. Obwodu brzucha, niestety, nie mie-

rzyłem. Przy zewnętrznem badaniu przekonałem się, że główka płodu przoduje, jednak, pomimo tak częstych i silnych bólów (co 5 minut mniej więcej) nie jest we wchodzie miednicy, ruchoma, dość wysoko stoi nad spojeniem łonowem.

Wyniki badania przez pochwę są następujące: na razie nie mogłem wcale znaleźć szyi macicznej, ani otworu; pochwa przedstawia się jako jedno głębokie sklepienie, wszędzie jednakowo gładkie; w tylnej części wyczuwa się wypuklenie ku przodowi, rezystencja wzmożona i jakoby chelbotanie.

Dopiero przy powtórznem badaniu przekonałem się, że, idąc ku przodowi i ku górze, można było znaleźć szczelinę, przez którą udało mi się wprowadzić palec wysoko nad spojenie łonowe, dosięgnąć, choć z trudnością do rozwartych ust macicznych i stwierdzić położenie czaszkowe płodu. Przez odbytnicę wyczuwa się w jamie DOUGLAS'a jakieś ciało ciastowate, zdaje się chelboczące, wypierające tylne sklepienie i tylną ścianę pochwy ku przodowi. Rozpoznanie było nie łatwe: trudno było na razie orzec, z jakiego rodzaju guzem i z kąd wychodzącym miałem do czynienia; to było jedno pewne, że jakieś ciało obce w miednicy małej odpychało ciężarną macicę ku górze i ku przodowi i że bez zabiegu chirurgicznego w żaden sposób obejść się w danym przypadku nie mogło.

Upredziwszy o tem rodzinę i męża rodzącą, zawezwałem na naradę kol. LOHRERA, który konieczność operacyi potwierdził i zaczął namawiać męża chorej, aby z przeniesieniem żony do szpitala nie zwlekał, gdyż każda stracona godzina może w danym przypadku stanowić o życiu rodzącej. Kiedyśmy chorą opuszczali, była trzecia po południu. Na razie, rodzina ani słyszeć nie chciała o przewiezieniu chorej do szpitala, tem bardziej o jakiejkolwiek operacyi. D-r LOHRER odjechał. Dopiero w kilka godzin później przyszedł do mnie mąż rodzącej i oznajmił, iż zgadza się na wszystko, byle tylko matkę i dziecko ratować. Zawezwałem powtórnie telefonicznie d-ra LOHRERA, który wkrótce wraz z kol. Czesławem STANKIEWICZEM (z Łodzi) przybył do mieszkania chorej. Gdyśmy przystępowali do badania, była godzina 8 wieczorem.

Zaraz na wstępie chora zaznaczyła, że mniej więcej przed godziną miała wstrząsające dreszcze i czuje się od tego czasu bardzo osłabioną. Kol. C. STANKIEWICZ, po zbadaniu chorej, rozpoznał torbiel jajnika. Od czasu, kiedym chorą wraz z kol. LOHREREM (godz. 3 po poł.) po raz pierwszy badał, w stanie jej zaszła kolosalna zmiana: w danej chwili stwierdziliśmy obecność płynu i gazów w jamie brzusznej, czego wtedy nie było, tętno było wtedy, choć przyspieszone (104 na minutę), lecz równe i dość pełne, obecnie zaś nitkowate 160 uderzeń na minutę. Dreszcze wstrząsające były przed godziną; stan przedtem był bezgorączkowy, teraz ciepłota ciała dochodziła do 38.6° C.; oczy zapadłe, otoczone siną obwódka, wyraz obawy i ciężkiego cierpienia malował się na twarzy chorej; czkawka uporczywa, częste omdlewania.

Wobec takich danych rozpoznaliśmy poczynające się rozlane zapalenie otrzewny. Nie było chwili do stracenia. Chorą przeniesiono do szpitala Towarzystwa Akcyjnego K. Scheiblera i ułożono na stole operacyjnym. Operował kol. STANKIEWICZ, myśmy asystowali. Uśpienie chloroformowe. Cięcie powłok brzusznych wzdłuż smugi białej, poczynając o 10 ctm. po nad pępkiem, kończąc na tyleż mniej więcej centymetrów powyżej spojenia łonowego. Po otworzeniu jamy brzusznej, zaczęły się wydobywać cuchnące gazy i pokazała się ropa. Po wydobyciu macicy na zewnątrz, schwyciłem oburącz dolny jej odcinek wraz z przydatkami i zacząłem wywierać ucisk, gdy tymczasem

kol. STANKIEWICZ, poprowadziwszy cięcie od trzonu po przedniej ścianie macicy ku dołowi, natrafił na łożysko, odkleił je, przebił błony, wydobyl dziecko następnie, wygarnawszy błony i łożysko, wytamponował jamę gazą wyjałowioną i zaszył macicę szwem piętrowym.

Teraz dopiero mogliśmy się swobodnie rozejrzeć w jamie brzusznej. Okazało się, że z prawego jajnika wyrastał guz z zawartością ropną, wypełniający jamę DOUGLAS'a, zrosnięty z macicą, odbytnicą i najsilniej z dnem jamy DOUGLAS'a, guz który niedawno pękł, i z którego ropa wylała się do jamy brzusznej. Zrosty z macicą i kiszka dały się łatwo oddzielić; na zrost z dnem DOUGLAS'a trzeba było specjalnie nakładać przewiązkę. Po wycięciu nowotworu i oczyszczeniu otrzewny, o ile się dało z ropy, założono worek MIKULICZA i na powłoki brzuszne nałożono szew piętrowy. Następnie kol. STANKIEWICZ wy dostał od strony pochwy z macicy koniec gazy i nałożył opatrunek na brzuch. Operacja trwała trzy kwadranse. Chora zmarła nad ranem o 4-ej. Po zbadaniu nowotworu, okazało się, że była to torbiel skórzasta zropiała, wielkości główki nowonarodzonego dziecka; w zawartości znaleziono sporą ilość włosów i dwa zęby. Dziecko płci męskiej, sztucznie karmione, żyje dotąd wygląda dobrze. Na jesieni roku zeszłego przechodziło obustronne zrazikowe zapalenie płuc.

Przypadek II. Ida T., lat 27 licząca, zamężna, pierwszy raz w ciąży. Przychodziła przez pewien czas do ambulatorium fabrycznego, skarżąc się na rozwolnienie, parcie w odbytnicy i krwawienie przy oddawaniu stolca. Gdy środki wewnętrzne pożądanego nie przynosiły skutku, zakwalifikowana została dnia 22. VI. 97. do szpitala fabrycznego K. Scheiblera dla szczegółowego zbadania. Przy badaniu znalazłem, co następuje.

Chora małokrwista, nieźle odżywiana i zbudowana. Zapewnia, iż od trzech miesięcy miewa stolce stale krwawe, rzadkie, częste parcie na stolec bóle w krzyżu, szczególnie dotkliwe w nocy. Łaknienie dobre, odbijanie po jedzeniu. W narządach oddechowych i krążeniu żadnych widocznych zmian przy badaniu wykryć nie można. Brzuch przy obmacywaniu nie bolesny, wątroba i śledziona nie wyczuwalne.

Chora twierdzi, że jest w 8-ym miesiącu ciąży, co też i potwierdza w zupełności wysokość dna macicy. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwa się guz twardy, nieruchomy, obejmujący pierścieniem i zwężający światło kiszki stolcowej, tak iż palec wskazujący z trudnością przez otwór przechodzi. Powierzchnia wewnętrzna guza wielkich nierówności nie przedstawia, usiana małymi guziczkami, robi wrażenie powierzchni, pokrytej ziarniną. Guzowatość zaczyna się powyżej zwieracza wewnętrznego.

Badanie przez pochwę wykazuje, że guz kiszki wypukła silnie tylną ścianę pochwy i tylne sklepienie; górnej granicy guza dobrze wymacać nie można. Wzgórek kości krzyżowej (*promontorium*) nie wyczuwalny. Odległość od tylnej, wypukłonej przez guz ściany pochwy do spojenia łonowego wynosi 5 centymetrów.

Rozpoznanie: *Carcinoma recti, casus inoperabilis, graviditas VIII mensis.*

Wobec tego, że wymiar zaledwie 5 ctm. wynosił, choroba matki ciężka, nieuleczalna, o rozwiązaniu *per vias naturales* mowy być nie mogło, a chodziło o uratowanie dziecka, po naradzie więc z kol. LOHRER'em i kol. MICHAŁSKIM zaproponowałem mężowi chorej i jej rodzinie, aby wykonać, gdy kres ciąży nadejdzie, cesarskie cięcie. Chora się na to zgodziła i po upływie dwóch tygodni 9. VII. przybyła powtórnie do szpitala, gdyż bóle porodowe się zja-

wily. Tegoż dnia przystąpiłem do operacji. Kol. TOCHTERMANN chloroformował, d-r LOHRER i kol. MICHALSKI asystowali. Cięcie powłok brzusznych wzdłuż smugi białej, poczynając 8 mniej więcej centym. powyżej pępka, kończąc na 3 palce powyżej spojenia łonowego.

Po wydobyciu macicy nazewnątrz, nałożyłem na dolny jej odcinek przewiązkę elastyczną, nie ściągając jej jednak zbyt mocno z obawy, aby nie wywołać następczego niedowładu mięśni macicy.

Cięcie poprowadziłem od dna (trzonu) macicy po przedniej powierzchni ku dołowi. W ranie pokazał się grzbiet dziecka. Po wydobyciu płodu, a następnie błon i łożyska, wytamponowałem jamę macicy gazą wyjałowioną i nałożyłem szew dwupiętrowy: osobno na mięśnie i na zgrubiałą otrzewną. Krwawienie było niewielkie. Po zdjęciu przewiązki, macica zaczęła się dobrze kurczyć bez pomocy masażu.

Przekonawszy się jeszcze raz, że rozmiary nowotworu, oraz zajęte sąsiadnie gruczoły chłonne nie pozwalają na doszczętne usunięcie miejsc zwyrodniałych, zaszyłem ranę brzuszną jednopiętrowym szwem węzłkowym, wydobylem następnie od strony pochwy koniec gazy, założonej do macicy, i nałożyłem zwykły opatrunek na brzuch. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; na trzeci dzień rano raz jeden tylko ciepłota ciała podniosła się do $38,4^{\circ}\text{C}$. Usunięto gazę i przepłukano ostrożnie jamę macicy 2% roztworem karbolu, po czym ciepłota opadła do normy. Chora przez dni kilka przyjmowała wewnątrz sporysz.

19. VII. zdjęto szwy brzuszne. Rana zagoiła się przez rychłozrost. W dwa tygodnie później chora opuściła szpital. Dziecko płci męskiej, wagi 3010 grm. żyło tylko 3 tygodnie. Przyczyna śmierci — ostry nieżyt przewodu pokarmowego w połączeniu z silną żółtaczką.

Godnem jest uwagi, że przez kilka pierwszych tygodni po porodzie nowotwór zaczął podlegać silnym zmianom wstecznym; guz się zmniejszył, światło kiszki stolcowej swobodnie przepuszczało palec, krwawienia ustały. Chora czuła się względnie dobrze, nabrała sił i apetytu. Niestety, poprawa ta nie trwała długo. W październiku roku zeszłego stwierdziłem u chorej przetokę kiszkowo-pochwową; cała tylna ściana pochwy macicznej była rakowato zwyrodniała. Chora żyje dotąd, lecz cież zaledwie z niej pozostał; nie wstaje wcale z łóżka — podtrzymywana dużemi dawkami morfiny.

A teraz — słów kilka o guzach miednicy, wikłających ciężę i poród i stanowiących wskazanie do zabiegu operacyjnego.

Zaznaczyć jednak muszę na wstępie, iż mam zamiar mówić tylko o guzach, nie będących w bezpośrednim związku z częściami rodnymi (pochwą, macicą). Guzy tego rodzaju, ścieśniające bardzo miednicę, stanowiące przeszkodę porodową, zdarzają się niezbyt często. Weźmy dla przykładu, zestawienie 424 przypadków cięcia cesarskiego w pięciu rocznikach FROMMEL'a (FROMMEL. Jahresberichte i t. d., 1887, 1888, 1889, 1890, 1891). Cyfra pokazna; jednakże tylko w 15 przypadkach operowano z powodu guzów, nie będących w związku z częściami rodnymi: z tych — w 5 przypadkach guz był mięsakiem, wychodzącym z kości miednicy, w jednym rak odbytnicy, w jednym torbiel skórzasta zaotrzewnowa. Zacznę od guzów jajnika.

Pomiędzy guzami jajników zdarzają się najczęściej torbiele jedno lub wielokomorowe, zaś o wiele rzadziej mięśniaki i guzy złośliwe. JETTER np. na 165 przypadków spostrzegł tylko 11 przypadków raka. W obec tego nie dziwnego, że guzami wikłającymi ciężę, przeważnie są torbiele. Jeżeli guz jaj-

nika został rozpoznany w pierwszych miesiącach ciąży, wskazana jest wtedy owaryotomia. Od czasu, kiedy, dzięki aseptyce i udoskonalonej technice operacyjnej, co raz częściej chirurg-ginekolog zaczął zaglądać do jamy brzusznej bez obawy zakażenia otrzewny, owaryotomia, dokonywana podczas ciąży, zyskała zupełne prawo obywatelstwa.

Przypatrmy się danym statystycznym.

Przed 1877 rokiem cyfra wykonanych tego rodzaju operacji była bardzo mała. OLSHAUSEN (*Handbuch der Frauenkrankh.* II Bd. II Auf. Stuttg. 1888) podaje zaledwie 14 przypadków; w 1886 r. cyfra ta wzrosła do 82 przypadków; w 1892 r. DSIRNE (*Arch. für Gyn.* Bd. XLII, str. 415—456) zestawił już 135 przypadków znanych w piśmiennictwie, a w rok później, mianowicie 1893 r. 31 grudnia na posiedzeniu sekcji ginekologicznej V-go zjazdu rosyjskich lekarzy z Petersburgu GORDON, mówiąc o pięciu przypadkach, owaryotomi podczas ciąży w klinice prof. LEBEDEWA wykonanych, wspomina o 204 przypadkach, o których wzmianki znalazł w piśmiennictwie lekarskim.

Widzimy więc, jak szybko wzrastała liczba owaryotomii. I nie dziwnego. Wyniki są dość zachęcające. DSIRNE podaje 94,1% wyzdrowień po operacji, a 22% tylko przedwczesnych porodów. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że za pomocą owaryotomii usuwamy ciężkie, nie raz życiu chorej podczas porodu zagrożające niebezpieczeństwo, nie będziemy się dziwili że ginekolodzy, szczególnie w początkach ciąży, gorąco operację tą zalecają.

Niektórzy radzą, w wyjątkowych naprawdę przypadkach, wywołać przedwczesny poród. OLSHAUSEN ogranicza to wskazanie do tych tylko przypadków, w których guz twardy lub torbiel skórzasta, znajdująca się w miednicy małej i unieruchomiona przez zrosty, nie da się odprowadzić i stanowić może poważną przeszkodę podczas porodu. LÖHLEIN zaleca wywołanie poronienia tylko w tych rzadkich przypadkach, kiedy ciążę, prócz guza jajnika, wikła jeszcze jaka ciężka choroba np. zapalenie nerek.

Względnie często zdarzają się przypadki (jak np. nasz) iż chora nie wie o istniejącym guzie jajnika, i dopiero wezwany do porodu lekarz stwierdza to niepożądane powikłanie. Przypisać to należy temu, że guz mały, żadnych dolegliwości nie sprawiający, podczas i pod wpływem ciąży szybko się powiększa i może nieraz dojść we względnie krótkim czasie do znacznych rozmiarów.

Miedzy innymi takiego zdania są SPIEGELBERG i OLSHAUSEN (*Krankh. d. Ovarien*), którzy szybki wzrost guza podczas ciąży tłumaczą zwiększonym dopływem krwi do narządów płciowych. Zdanie to podziela większość ginekologów. Są jednak i tacy, co odmawiają słuszności dowodzeniom SPIEGELBERG'a i OLSHAUSEN'a, jak np. prof. H. LÖHLEIN z Giessen (*Gynäkol. Tagesfragen*. IV Heft. 1895 r.).

Z kolei wypada nam w krótkości rozpatrzyć niebezpieczeństwa, jakim podlega kobieta ciężarna z guzem jajnika. Stopień niebezpieczeństwa zależy od tego, czy guz jest duży, czy niewielki, czy jest usadowiony w miednicy dużej lub małej, czy jest ruchomy, wolny. lub też unieruchomiony przez zrosty z sąsiednimi narządami. Niewielkie i ruchome guzy często bardzo żadnego wpływu na przebieg porodu nie mają. Torbiele wielkich rozmiarów, znajdujące się w miednicy dużej, mogą α) w znacznym stopniu utrudniać oddech, β) przez ucisk na pęcherz i kışkę spowodować zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca i γ) przez ucisk na macicę mogą nieraz wywołać przedwczesny poród. δ) W przypadkach torbieli jajnikowych, o długiej szypule, z powodu

wysuwania się torbieli do jamy brzusznej przez rosnącą macicę, przychodzi często do skręcenia szypuły, co z powodu zastoiny żylniej w naczyniach torbieli sprowadza krwotok do jej wnętrza, albo też torbiel ulega obumarciu z powodu skręcenia i zropieniu i sprowadza zapalenie otrzewny, niekiedy śmiertelne. Jeszcze częściej spotykamy skręcenie szypuły i objawy otrzewnowe w okresie połogowym.

MANGIAGOLLI (Berlin. klin. Wochenschrift. 1894, str. 491) na 5 przypadków owaryotomii w 1 przypadku znalazł zropienie torbieli wskutek skręcenia szypuły i zapalenie otrzewny. ROSNER („O powikłaniu ciąży guzami jajnika“, Przegląd lekarski. 1894 r.) wspomina (przypadek 6), że u położnicy z torbielą jajnika wystąpiło w pierwszych dniach po porodzie skręcenie szypuły i zapalenie otrzewny, wymagające owaryotomii. O podobnym przypadku (skręcenia szypuły torbieli u chorej w drugim miesiącu ciąży) wspomina i LÖHLEIN.

Daleko niebezpieczniejsze są dla kobiet ciężarnych torbiele usadowione w małej miednicy. Aczkolwiek one podczas ciąży nie sprawiają najczęściej tak znacznych dolegliwości, jak duże torbiele pomieszczone w jamie brzusznej, jednak podczas porodu, wypełniając zagłębienie kości krzyżowej i ścieśniając miednicę, sprowadzają często bezwzględny niestosunek porodowy.

Jeżeli guz znajdujący się w jamie DOUGLAS'a, nie jest zbyt wielki i przez zrosty nie unieruchomiony, udaje się go czasem odprowadzić i przez to ułatwić wejście główce płodu do małej miednicy.

Jeżeli zaś znajdziemy się w obec rodzącej, jak w naszym przypadku, gdzie guz unieruchomiony znajduje się w jamie DOUGLAS'a i nie daje się odprowadzić, co robić wtedy?

Pozostawiając chorą bez pomocy, narażamy ją na to, że torbiel może pęknąć, zawartość zaś dostać się do otrzewny, wywołać zapalenie tej ostatniej i śmierć. Zresztą zależeć będzie od tego, czy zawartość guza będzie ropna, czy nie. Znane są w literaturze przypadki, jak np. EULENBURG'a (Wien. med. Wochenschrift. 1857) lub MIGHEL'a (Americ. journ. of med. sc. V. 1829, p. 28) w których, po pęknięciu torbieli, nastąpiło wessanie zawartości i zejście pomyślne. Po większej jednak części, szczególnie przy torbielach skórzastych, zejście bywa śmiertelne. Wyjątkowo zdarza się pęknięcie guza do odbytnicy lub pochwy. Prócz tego może nastąpić pęknięcie macicy.

Przedewszystkiem trzeba próbować, czy nie uda się za pomocą przekłucia od strony pochwy wypuścić zawartości torbieli i następnie poród ukończyć przez wykonanie obrotu na nóżki lub nałożenie kleszczy. Jest to zabieg nie zawsze bezpieczny z tego względu, że najczęściej nie wiemy na pewno, z jakiego rodzaju zawartością będziemy mieli do czynienia, czy czasem nie z ropą? FRITSCH radzi przeciąć tylną ścianę pochwy w miejscu największego wypuklenia się guza, przyszyć ścianę guza do rany pochwowej, guz otworzyć i jego zawartość wypuścić, a następnie płód z macicy wydobyć; zaś po porodzie wytamponować jamę torbieli gazą jodoformową i traktować tak jak ropień umieszczony w jamie DOUGLAS'a.

Wreszcie, jeżeli rodząca znajduje się w tych dogodnych warunkach, iż ją do kliniki lub szpitala przenieść bez zwłoki można i pośpieszyć z pomocą chirurgiczną—wskazane jest cięcie cesarskie, tem bardziej, że rezultaty po tego rodzaju operacji w ostatnich czasach otrzymane są względnie bardzo dobre. DEMELIN (Mercredi méd. 1895. Nr. 20) zestawiał wszystkie dostępne mu przypadki cięcia cesarskiego od roku 1887 do 1895, w liczbie 219. Z tych w 164

przypadkach wykonano cięcie cesarskie sposobem zachowawczym, a w 55 — operacyę PORRO. Śmiertelność przeciętna matek w przypadkach pierwszej kategorii wynosiła 22%, zaś płodów 23%; w przypadkach PORRO—matek 23% dzieci 50%. Jednakże należy zwrócić uwagę na to, że gdy w roku 1890 odsetka śmiertelności matek wynosiła 20%, w 1893 r. spadła ona do 16%, a w 1895 do 10%.

Zanim zacznę mówić o guzach miednicy innego rodzaju, niech mi wolno będzie przytoczyć kilka przypadków, zbliżonych bardzo do opisanego przeze mnie, o których wzmiankę udało mi się znaleźć w dostępnej mi literaturze z lat ostatnich. 1) ROSNER, opisując 10 przypadków powikłania ciąży guzami jajnika, wspomina o chorej (przypadek 7), u której wykonane było cięcie cesarskie podczas porodu i wycięta torbiel prawego jajnika, znajdująca się w jamie DOUGLAS'a. Dziecko żywe. Kobieta umarła wskutek ropnego zapalenia otrzewny (gąbka zostawiona w jamie brzusznej). 2) PROCHOWNIK (Deutsche med. Wochenschrift. 1895. Nr. 25) podaje przypadek operacji PORRO z powodu guza lewego jajnika (*myxo-sarcoma*), wypełniającego jamę DOUGLAS'a i unieruchomionego zapomocą zrostów z kiszka, kreską, pęcherzem, macicą i dnem DOUGLAS'a. Po operacji założono worek MIKULICZA i zastrzyknięto sporą ilość fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Jedenastego dnia po porodzie śmierć matki. Bliźnięta. 3) STANDE (Deutsche med. Wochenschrift. 1891 r. Nr. 41) podaje 5 przypadków cięcia cesarskiego. W jednym z nich powodem do operacji była torbiel jajnika, unieruchomiona, która się nie dał w żaden sposób odprowadzić, w drugim guz kostny miednicy małej. Operacja PORRO. Prócz tego 4) na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego w Wiedniu 12 lutego 1895 r. (Centralblatt für Gynäkol.) R. v. BRAUN wspominał o wykonanej przez siebie operacji cięcia cesarskiego zachowawczego w końcu 8 miesiąca ciąży (przed rozpoczęciem się porodu) z powodu guza, wypełniającego jamę DOUGLAS'a, który, jak się okazało, był torbielą jajnika. 5) Na posiedzeniu Tow. Ginekol. w Londynie w styczniu 1898 r. BOXALL (Centralblatt f. Gynäkol. 1898. Nr. 19) wspominał o cięciu cesarskim i pokazywał wyciętą podczas operacji torbiel skórzastą jajnika. 6) Na posiedzeniu Tow. Ginekol. w New Jorku (Amer. gynecol. and obstetr. journ. 1896) COE mówił o cięciu cesarskim z następczem wycięciem całej macicy z powodu dwóch torbieli jajników, wielkości pomarańczy. Wynik pomyślny. 7) ROBSON (Brit. gynaecol. journ. 1896) wykonał z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka operacyę PORRO i usunął jednocześnie zropiałą torbiel jajnika.

Do rzędu guzów torbielowatych małej miednicy, które podczas porodu poważne stanowią mogą powikłanie, zaliczyć trzeba bąblowca. Według FREY'a bąblowiec miednicy małej zaledwie 4,5% wszystkich przypadków stanowi, gdy np. w wątrobie odsetka dosięga 47. Rozpoznanie tego rodzaju guza nie raz bywa trudne. Dla przykładu przytoczę jeden z przypadków (8-my) FREUND'a (Gynäkolog. Klinik. Str. 299—326).

F. wezwany do porodu rozpoznał guz elastyczny, chęlboczący, wielkości pięści, usadowiony w tylnym odcinku miednicy, który przeszkadzał główce płodu ustalić się we wchłdzie. F. rozpoznał torbiel jajnika i zrobił nakłucie guza, poczem poród się ukończył siłami natury. W dwa dni później wystąpiły dreszcze. Dnia ósmego po porodzie otwarto tylne sklepienie pochwy i znaleziono mocno cuchnące strzępy, oraz kilka całych pęcherzy bąblowca.

(D. n.).

KAZUISTYKA.

PRZYCZYNEK

DO KAZUISTYKI URAZÓW NARZĄDÓW MOCZOPEŁCIOWYCH KOBIECYCH

sub coitu

Podał **Dr. Jakób Rozenthal**

Ordynator oddziału ginekologicznego Warszawskiego Szpitala starozakonnych.

Kol. NEUGEBAUER w pracy, pod powyższym nagłówkiem pomieszczonej w Nr. 22—27 „Medycyny“ z r. b., zebrał 150 przypadków uszkodzeń narządów moczopęciowych podczas spółkowania i w zakończeniu jej zwraca się do kolegów z prośbą zakomunikowania własnych odnośnych spostrzeżeń, mających znaczenie nie tylko dla praktyki, ale i dla lekarza sądowego. Czyniąc zadość temu wezwaniu, pozwolę sobie podać w krótkości trzy przypadki, które zanotowałem w praktyce swojej prywatnej.

Pierwszy z nich dotyczył P. K. (w r. 1874). osoby 20-letniej, dobrze zbudowanej, brunetki, która, obudziwszy się z rana po nocy ślubnej, spostrzegła, iż leży w kałuży krwi. Sądząc, iż dostała miesiączki, po kilku godzinach, gdy krwawienie się zwiększało, zażądała pomocy; wezwany lekarz zapisał odwar sporyszu, który skutku nie przyniósł. Wtedy o godz. 7-ej wieczorem zaproszony do chorej, znalazłem ją bladą, skarżącą się na mdłości, szum w uszach, o tętnie ledwie wyczuwalnem, nitkowatem. Badanie wykazało naderwanie błony dziewiczej, sięgające do osady jej po stronie lewej, mniejsze naddarcie po stronie prawej; w naderwaniu owem znalazłem zięjący otwór naczynia tętniczego, grubości około 2 mm., z którego krew strumieniem tryskała. Podwiązanie naczynia wstrzymało krwotok, a wytamponowanie gazą wejścia do pochwy—krwawienie z naddarć. W rok później P. K. szczęśliwie pierwszy raz rodziła i obecnie jest matką kilkorga dzieci.

Drugi przypadek przeze mnie spostrzegany miał miejsce przed 20 laty u żony felczera P., młodej 19-letniej, zdrowej brunetki, u której pierwszej nocy poślubnej powstało dość silne krwawienie, czem zaniepokojony mąż, wezwał mojej pomocy. Badanie wykazało nadmierne naderwanie błony dziewiczej w dolnej jej części dość silnie krwawiące; zatamponowanie wejścia do pochwy w ciągu 24 godzin krwawienie wstrzymało. Chora ta następnie niejednokrotnie rodziła.

Trzeci przypadek miał miejsce u 19-letniej panny S., osobnika niedokrwistego, wybujałego, blondynki, która wyszedłszy za mąż, pierwszej nocy poślubnej dostała krwawienia dosyć obfitego. Powodowana fałszywym wstydem, nic nie mówiła, i dopiero na drugi dzień, widząc że krwawienie nie zmniejsza się, zawiadomiła o tem matkę. Wezwany do chorej, znalazłem rozerwanie błony dziewiczej przechodzące na osadę jej i w dalszym ciągu na tylną ścianę pochwy na długość $2\frac{1}{2}$ ctm. Szew ciągły katgutowy na części rozerwane pochwy wstrzymał dalsze krwawienie. Pani S., od 5-iu lat zamężna, jest obecnie matką dwojga dzieci.

Według więc klasyfikacji, podanej przez kol. NEUGEBAURA, dwa pierwsze przypadki moje zaliczyć należy do kategorii pierwszej, ostatni zaś do kategorii drugiej. Wszystkie tyczyły się kobiet młodych, z warstwy wykształconej; u wszystkich uraz powstał *sub coitu matrimoniali*, w nocy poślubnej. W pierwszym przypadku miał miejsce silny krwotok, który prawie że spowodował zapaść (*collapsus*). Uszkodzenia w powyższych przypadkach powstały, zdaje się, wskutek przyczyn usposabiających, gdyż inne przyczyny, jak brutalność mężczyzn, stan podchmieleńia jednej lub obu osób, biorących udział, wyłączyć musimy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

127. M. PFAUNDLER. **Metoda podręczna do oznaczania własności aglutynacyjnej krwi.** Wiadomo, że próba WIDAL'a daje wyniki pewne w granicach niezbyt ściśle określonych, co zależy od stopnia rozcieńczenia surowicy. Stosunek surowicy do hodowli, w którym odczyn WIDAL'a występuje u chorych tyfusowych, DURHAM oznaczył jako 1 : 17, du MESNIL — 1 : 25, GRUBER i GRUENBAUM — 1 : 32, a STERN — 1 : 50. W celu otrzymania pożądaných rozcieńczeń PFAUNDLER podaje metodę łatwą, polegającą na zastosowaniu zwykłego melanżera przyrządu THOMA'y do liczenia białych ciałek krwi i kilku możliwie małych i wąskich probówek. Mianowicie, nakłuwa się brzusiec palca badanego chorego i wciąga się kroplę krwi do melanżera na wysokość podziałki 1,0, a następnie w sposób znany napełnia się rurkę przyrządziku aż do liczby 11,0 rozcieńczoną (uszeko hodowli do połowy probówki czystego bulionu) 24-godzinną hodowlą lasecznika tyfusowego. Mieszaninę tę mąci się dokładnie i wydmuchuje do wyjałowionej malutkiej probówki. Następnie napełnia się melanżer krwią do podziałki 0,5 albo 0,3 i znowu powtarza się całą procedurę poprzednią, a w końcu napełnia się melanżer po raz trzeci krwią tylko do 0,1 — pierwsza kreska od dołu, pozostała zaś część przyrządu napełnia się hodowlą. Trzy takie probówki, zawierające rozcieńczenia odpowiednie albo pozostawia się do sedymentacji, albo centryfuguje się. Do badania radzi autor używać mocnej soczewki suchej.

Ponieważ 100 objętości krwi zawiera, według KOSSLER'a 67,762 objętości krwi przeto łatwo wyliczyć, jakie rozcieńczenie surowicy będziemy posiadali w naszych probówkach. Autor wykonał odnośne wyliczenia i przekonał się, że jeżeli krew sięga w melanżerze do podziałki 0,1, to rozcieńczenie będzie w stosunku 1 : 150

0,2	"	"	"	1 : 75
0,3	"	"	"	1 : 50
0,4	"	"	"	1 : 37,5
0,5	"	"	"	1 : 30
0,6	"	"	"	1 : 25
0,7	"	"	"	1 : 21,4
0,8	"	"	"	1 : 18,8
0,9	"	"	"	1 : 16,7
1,0	"	9	"	1 : 15

Miarodajne powinno być to rozcieńczenie, w którym zjawisko aglutynacji występuje po upływie dwóch godzin w termostacie. Zupełnie wystarczają rozcieńczenia 1 : 150, 1 : 75, 1 : 50, 1 : 30 i 1 : 15. Według zapewnień autora wykonanie wymaga zaledwie 15 minut.

(*Wien. klin. Wochschrift. Nr. 21. 1898 r.*).

K. Zaleski.

128. M. RADZIEJEWSKI. **Stan obecny naszych wiadomości o nadnerczach i ich czynnościach.** Po krótkiej wzmiance, dotyczącej anatomii danego narządu, autor przechodzi do własności chemicznych wyciągu z nadnercza i do sposobów otrzymywania jego. Poczynając od VULPIAN'a, który pierwszy badał wyciąg z nadnercza, wylicza autor cały szereg badań, którzy zajmowali się tą sprawą. Otrzymane ciało zostało zaliczone do szeregu brenzkatechiny i posiada wybitne własności fizyologiczne. Ostatnie, zgodnie z wynikiem doświadczeń poczynionych przez CYBULSKIEGO, SZYMONOWICZA, SCHAEFER'a i FRAENKEL'a, polegają na wzmożeniu ciśnienia krwi i na działaniu na zwoje ruchowe BIDDER'a w sercu. Dodać należy, iż w tym kierunku wyciąg działa znacznie silniej i szybciej, niż naparstnica i jej alkaloidy. Prócz działania ogólnego wyciąg z nadnercza posiada i działanie miejscowe na błonę śluzową. Już BATES z New Yorku donosił, że kilka kropel 10% roztworu wyciągu wywołuje zupełne i trwające około godziny zblednienie spojówki, które można wywoływać dowolną ilość razy zarówno na oku zdrowym, jak i na chorem bez objawów najmniejszych podrażnienia i bez zaburzeń akomodacji. Autor przekonał się, że po za tem wyciąg z nadnercza zupełnie nie działa na źrenicę i nie posiada własności znieczulających. Używał on roztworu wyciągu w rozmaitem stężeniu, aż do 50% i nigdy nie widział działania szkodliwego, chyba jedynie to, że jednocześnie bladła błona śluzowa nosa i jamy ustnej. Co się tyczy używania wyciągu przy operacjach na oku w celu uniknięcia krwotoku, to autor przekonał się, że istotnie po wkropleniu roztworu wyciągu, krwawienie było bardzo nieznaczne, zupełnego jednak zatrzymania krwawienia nie było. Być bardzo może, iż wyciąg ten odda pewne usługi w leczeniu jaskry, należałoby więc przeprowadzić szereg prób w tym kierunku.

(*Berl. klin. Woch. Nr. 26. 1898*).

K. Z.

129. ERBEN. **O pewnym objawie ze strony tętna u neurasteników.** U wielu neurasteników spotykamy tak zwaną, łatwą pobudzalność serca (*Irritabilität des Herzens*). Zjawisko to polega na tem, że u ludzi, u których w warunkach zwykłych ilość tętna nie przekracza liczb prawidłowych, pod wpływem wrażeń psychicznych, zresztą bardzo słabych, występuje nader przyspieszona czynność serca. Jeżeli jednak zalecić choremu, żeby się mocno nachylił ku przodowi lub przegiął ku tyłowi, to ilość uderzeń tętna szybko zmniejsza się. Trzeba zaznaczyć, że doświadczenia tego nie można dokonywać dowolną ilość razy, gdyż podrażnienie traci na sile i zjawisko opisane nie występuje. Podobnych zmian częstości tętna nie spostrzegano wcale u ludzi zdrowych pod względem nerwowym. Zachodzi tedy pytanie, jakie czynniki fizyologiczne wpływają na tę zmianę szybkości tętna. Wiadomo, że podrażnienie nerwu błędnego powoduje zwolnienie tętna. W danym wypadku podrażnienie nerwu błędnego mogłoby być albo pochodzenia ośrodkowego (napływ krwi do mózgu), albo obwodowego (zakończenia nerwu błędnego w mięśniu serca) albo jest to zjawisko odruchowe, albo nakoniec, jest ono zależne od zmian w ciśnieniu krwi. Najwięcej jednak faktów przemawia za tem, że źródło zjawiska omawianego spoczywa w podrażnieniu ośrodka nerwu błędnego, pozostałe zaś trzy przypuszczenia nie wytrzymują krytyki naukowej. Być bardzo może również, że i osłabienie ośrodków ruchowych serca nie jest bez znaczenia.

(*Wien. klin. Wochschr. Nr. 24. 1898*).

K. Z.

130. SPIRIG. **Przypadek duru brzuszego, leczony za pomocą surowicy swoistej.** Spostrzeżenie to odnosi się do młodego mężczyzny, u którego leczenie swoiste rozpoczęto w 15-ym dniu choroby. Wpływ surowicy wyraził się wybitnie na stanie ogólnym chorego i na przebiegu ciepłoty w ten sposób, że nie spostrzegano upośledzenia działalności serca, utraty przytomności i zapaści, a ciepłota na drugi dzień, a raz nawet tego samego dnia wieczorem, obniżała się stale o $0,3^{\circ}$ — $0,4^{\circ}$. Że obniżanie się ciepłoty należy przypisać tylko działaniu surowicy, autor wnosi z tego, iż skoro tylko (dla braku surowicy) przerywano wstrzykiwania, ciepłota podnosiła się znowu; a po wstrzyknięciu opadała znowu. Częstość tętna zachowywała się podobnie, jak ciepłota. Dodać należy, że chory nie dostawał żadnych leków przez cały czas leczenia surowicą. Zastrzykiwania nie sprawiały żadnych niepożądanych objawów ani miejscowych, ani ogólnych.

(*Correspond. Blatt. f. Schweiz. Aerzte. Nr. 13. 1898*). K. Z.

131. ROSENFELD. **Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem pęcherza (cystitis) i miedniczek nerkowych (pyelitis).** Dotychczasowe metody badania moczu nie dają nam danych, na podstawie których moglibyśmy wnioskować o istnieniu jednego ze wspomnianych cierpień. Mniemanie, że nieżyłowi pęcherza towarzyszy odczyn alkaliczny moczu, a zapaleniu miedniczek kwaśny, nie sprawdziło się. Zdanie to, wypowiedziane przez POSNER'a, autor ogranicza do pewnego stopnia, zaznaczając, że w przypadkach niepowikłanego zapalenia miedniczek mocz nigdy nie posiada odczynu alkalicznego. Należy jednak pamiętać, że w zapaleniu pęcherza pochodzenia rzerzączkowego i gruźliczego, jak również zależnego od obecności kamieni moczowych, odczyn moczu jest kwaśny. Powtórę należy zwracać uwagę na postać ciałek ropnych, która może być albo zupełnie prawidłowa, okrągła, albo też komórki, aczkolwiek nieruchome, wyglądają jak przy wykonywaniu ruchów amebowatych, zatem wydłużone lub nierówne. Jeżeli więc na polu drobnovidzowem spostrzeżemy jedynie tylko lub przeważnie komórki zmienione, natenczas z całą słusznością będziemy mieli prawo mówić o zapaleniu miedniczek. Coś podobnego można powiedzieć i o zachowaniu się krążków czerwonych krwi. Mianowicie, jeżeli w moczu zupełnie świeżym znajdziemy tylko zmienione lub zniszczone krążki czerwone, natenczas, w razie braku zapalenia nerek, możemy przypuszczać istnienie zapalenia miedniczek. Co do znaczenia rozpoznawczego tych lub innych nabłonków, to jest ono bardzo problematyczne. Najważniejszą cechą stanowi zawartość białka w moczu. Jeżeli mamy do czynienia z zapaleniem pęcherza, to pomimo znacznej nawet ilości ropy w moczu, nie znajdziemy białka więcej nad 0,1 lub 0,15%. Przeciwnie rzecz się ma w zapaleniu miedniczek, tu już, wobec małych ilości ropy, zawartość białka w moczu dosięga 0,2%. Słowem, w zapaleniu miedniczek nerkowych mocz zawiera 2 do $2\frac{1}{2}$ lub 3 razy więcej białka, niż w nieżycie pęcherza. To też odczyn moczu daje nam wskazówki tylko co do istnienia zapalenia pęcherza, zawartość zaś białka daje miarę zajęcia miedniczek przez sprawę chorobową. Wnioski autora są następujące: 1) Jeżeli zapalenie miedniczek nerkowych przebiega bez powikłań ze strony pęcherza, to mocz nigdy nie posiada odczynu alkalicznego. 2) Nawet w nader ciężkiej postaci zapalenia pęcherza ilość białka nie przewyższa 0,1% względnie 0,15%. 3) Jeżeli prawie wszystkie ciałka ropne mają zarysy zębate, to zjawisko to przemawia za zapaleniem miedniczek. 4) Obecność krążków czerwonych krwi zmienionych pod względem chemicznym (cienie) lub morfologicznym, wobec braku nowotworu pęcherza, jest dowodem cierpienia miedniczek. 5) Komórki nabłonkowe małe, ugrupowane w postaci łuski, jako pochodzące z górnych dróg moczowych, mogą tylko potwierdzać rozpoznanie

zapalenia miedniczek. 6) Stosunek pomiędzy zawartością białka a ilością ropy stanowi objaw najbardziej charakterystyczny i decydujący.

(Berl. klin. Wochschft. Nr. 30. 1898).

K. Z.

132. H. OPPENHEIM. *Brachialgia et neuralgia brachialis*. Pod nazwę nerwobólu ramieniowego podciągano częstokroć sprawę najrozmaitszego pochodzenia, tem też się tłumaczy, że do dziś nie posiadamy w danym kierunku wiadomości wyczerpujących, zwłaszcza że nie są nam znane zmiany materjalne, będące podstawą nerwobólu. Prawdopodobnie chodzi tu o zapalenie nerwu o długotrwałym, przewlekłym przebiegu, a w każdym bądź razie granica między zapaleniem nerwu i podstawą nerwobólu jest nieznaczna. Nerwoból ramieniowy jest stosunkowo rzadki i zdarza się częściej u kobiet, aczkolwiek przeczą temu EULENBURG i BERNHARDT. Jako czynniki etiologiczne spotykamy przeziębienie, przepracowanie, zranienie, ucisk, zatrucia, choroby zakaźne, cierpienia serca i aorty. Z pośród czynników usposabiających zasługują na uwagę histerya i małokrwistość. Rozprze-strzenienie i charakter bólu, zarówno jak i punkty bolesne, są bardzo niestałe i nietypowe. Dla rozpoznawania różniczkowego ważne jest odróżnienie tego cierpienia od goścca mięśniowego, od cierpień kości, stawów, kręgosłupa i rdzenia. Autor spostrzegł 189 chorych, którzy przybyli ze skargami na bóle w kończynach górnych; z tej liczby zaledwie 96 przypadków można zaliczyć do kategorii nerwobólu ramieniowego. We wszystkich tych przypadkach bóle nie były ściśle umiejscowione, nie można było wykazać z całą bezwzględnością istnienia punktów bolesnych VALLEIX.

Nie była to więc prawdziwa *neuralgia brachialis*, lecz bóle, towarzyszące histeryi, neurastenii, hipochondrii, melancholii, lub powstałe na tle neuropatycznym względnie psychopatycznym, innemi słowy, była to psychalgia, względnie brachialgia, znajdująca się w związku ścisłym z cierpieniami ogólnymi psychicznymi lub neurastenicznymi. Spostrzeganie przez czas dłuższy zwykle potwierdzało rozpoznanie powyższe, a nerwoból stanowił tylko jeden z przejawów miejscowych neurozy lub psychozy, występował zaś zależnie od rozmaitych czynników, pośród których wymieniano samogwałt, uraz lub silne wzruszenie. Za pochodzeniem psychicznym lub neuropatycznym bólu najlepiej przemawiały wyniki leczenia: ból nie ustępował pod wpływem leczenia skierowanego przeciw neuralgii, lecz znikał po sugestyi lub po zabiegach, które miały na celu polepszenie ogólnego stanu nerwowego. Zdarzały się jednak przypadki niezmiernie uparte, cierpienie wracało często, co należy położyć na karb wpływów, działających szkodliwie na sferę psychiczną.

Wnioski autora są następujące. Nerwoból ramieniowy prawdziwy stanowi cierpienie niezmiernie rzadkie. Cierpienia o charakterze nerwobólu należą raczej do rzędu *neuritis*, bądź to zależnej od otrucia, urazu lub zakażenia, bądź od ucisku, lub też napady bólu stanowią objaw cierpienia kręgosłupa, rdzenia, kości albo stawów, albo wreszcie wchodzą w zakres nerwic czynnościowych. W większości przypadków nerwoból ramieniowy stanowił raczej brachialgię albo psychalgię *brachialis*, t. j. ból ramienia o charakterze i umiejscowieniu nieokreślonym, objaw cierpienia ogólnego natury psycho- względnie neuropatycznej, pozbawionej wszelkich cech typowych neuralgii, przeciwnie — posiadający wszystkie właściwości, które wskazywały pochodzenie neurasteniczne lub psychiczne.

(Berl. klin. Wochschft. Nr. 26. 1898).

K. Z.

133. S. GOTTSCHALK. *Wartość lecznicza i wskazania do podwiązania przez pochwę naczyń macicznych w mięśniakach macicy*. Badania nad histogenezą i etiologią mięśniaków naprowadziły autora przed siedmiu laty na myśl usuwania ich przez podwiązanie naczyń macicznych przez pochwę, operację zupełnie bezpieczną. Za-

bieg ten wykonywa G. bezpośrednio po wyłyżeczkowaniu jamy macicy w sposób następujący: cięcie wokoło szyi macicy, oddzielenie na tę o pęcherza moczowego i więzu szerokiego od szyi, odsunięcie tylnego sklepienia w stronę bocznej tkanki łącznej sklepień, obnażenie t. zw. *lig. cardinale*, w którym przebiegają naczynia maciczne, i podwiązanie ich oraz części więzu szerokiego trzypiętrową przewiązką możliwie blisko macicy; nitki się pogrąża, a ranę w sklepieniu zeszywa. Zazwyczaj po operacyi występują silne bóle w rodzaju porodowych, znikają jednak po 3—4 dniach, 8-go dnia chora wstaje; przez pewien czas po operacyi stosować jeszcze należy gorące przemywania sklepień i sporysz.

W 20-u przypadkach operowanych wynik natychmiastowy był dodatni, mianowicie ustały krwotoki, które były wskazaniem do operacyi. Co się tyczy wyniku, to z 16-u chorych, które autor widział później, krwotoki ponowiły się tylko u jednej po roku, znikły jednak po wyłyżeczkowaniu macicy, u 7-iu mięśniaki nie są wyczuwalne, u 7-iu znacznie się zmniejszyły, u jednej mięśniak (w więzie szerokim) rósł w dalszym ciągu, u jednej mięśniski (liczne w dnie macicy) przestały rosnąć. Wielkość mięśniaków była od pomarańczy do głowy dziecka, umiejscowienie zazwyczaj w mięszu macicy, wiek chorych od 25—49 lat.

Ustanie krwotoków po podwiązaniu zależne jest od: 1) opróżnienia ze krwi macicy i mięśniaka, 2) wolnego odrastania wyskrobanej śluzówki macicy wskutek złego jej odżywiania, 3) przejścia mięśniaków śródmiaższowych w podsurowicze dzięki wyzwałom bólowi porodowym.

Operacya byłaby doszczętna, gdyby była stosowana jedynie w odpowiednich przypadkach, mianowicie wówczas, gdy ukrwienie mięśniaka zależy wyłącznie od tętnicy macicznej; jeżeli jednak mięśniak jest zasilany krwią również z innych naczyń (mięśniaki w więzie szerokim i dnie macicy otrzymują krew od tętnicy nasiennej wewnętrznej), wówczas po podwiązaniu tętnicy macicznej wytwarza się boczne krążenie krwi i zanikanie mięśniaka jest tylko czasowe; najodpowiedniejsze do opisywanego zabiegu są mięśniaki śródmiaższowe w trzonie macicy. Prócz umiejscowienia mięśniaka należy zwracać uwagę przy kwalifikowaniu przypadków do operacyi na wiek chorej i wielkość guza: im bliższy jest okres przekwitania, tem większe są szanse doszczętnego wyleczenia; przy guzach znacznej wielkości naczynia się rozgałęziają, wskutek czego ułatwione jest wytworzenie się krążenia bocznego. Bez względu na wiek chorej, umiejscowienie i wielkość guza należy stosować operacyę tylko wówczas, gdy mamy przed sobą osobnika małokrwistego, któryby nie przeniósł cięższego zabiegu, wstrzymanie zaś krwotoków jest konieczne.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 20. 1898*).

M. Bernstein.

ODCINEK.

KILKA SŁÓW O POMOCY LEKARSKIEJ NA PROWINCYI.

Sprawa pomocy lekarskiej dla ludności ubogiej kraju naszego słusznie wywołała ogólne ożywienie, które wydało cały szereg projektów, dotyczących tej nadej żywej kwestyi.

Ośmielam się dołączyć w kwestyi powyższej kilka uwag osobistych.

Jeżeli zwrócimy uwagę na siedm projektów (DOLIŃSKIEGO i KWAŚNIEWSKIEGO, płocki, FRYNOWSKIEGO, BIERNACKIEGO, lubelski, KOSECKIEGO i ostatnio piotrkowski) odrazu spostrzeżemy ogromną przewagę ostatniego z nich, aczkolwiek i tutaj dają się zauważyć w myśl moją braki, nie uwzględniające przyszłego rozwoju medycyny, która *eo ipso* nie będzie mogła dać pola jednostkom nie wykwalifikowanym lub śniedziejącym w stanie snu umysłowego.

Zbyt szerokie traktowanie kwestyi ma tę wadę że nie wyczerpuje jej do dna nawet w punktach najbardziej wytycznych, że nakładając zbyt wielką ilość obowiązków, nie liczy się z możliwością ich wykonywania.

Dla obrazowego przedstawienia poglądów na najważniejsze kwestye poruszanej sprawy przedstawię szemat odpowiedni.

Projekt	Ilość personelu	Wybór lekarzy	Obowiązki lekarza	Wynagrodzenie
1) KWAŚNIEWSKIEGO i DOLIŃSKIEGO.	Ilość lekarzy odpowiednia do ilości okręgów sądowych 1 : 20000, do pomocy 1 felczer 1 tyle babek, ile gmin.	Zależny od gmin kontraktowo.	1) przyjęcie bezpłatne chorych w domu i ambulan- sach, 2) dozór sanitarny, 3) szczepienie ospy, 4) re- wizya zwierzząt, 5) rozpo- wszechnienie wiedzy z dziedziny lekarskiej, 6) zbieranie wiadomości sta- tystyczno-topograficznych, 7) prowadzenie ksiąg sta- tystycznych, 8) ewentualne zastępowanie lekarza po- wiatu.	Lekarz dostaje 600 rs. pensyl i 150 rs. na wyjazd, felczer 75 rs. rocznie, babka po 36 rs., apteka 250 rs.
2) PŁOCKI	1 lekarz na powiat 1 : 70000, 1 felczer i 1 akuszerka ze słóstr czere- wonego krzyża.	Mianowani zostają przez władzę.	1) 4 dni rozjazdu do cho- rych, 2) 3 dni zarząd szpi- talikiem na 8 łózek, 3) wi- zytowanie chorych w ich domu, 4) wydawanie le- karstw i odbieranie po 10 kop. za poradę i lekarstwo, 5) szczepienie ospy.	Lekarz dostaje 1000 rs., felczer 290, aku- szerka-felczerka 410, apтека 200.
3) FRYNOW- SKI	Przyjmuje ucząstkę d-ra DOLIŃSKIEGO, lekarz na okręg sądowy przy- nim 2 felczerów i jedna akuszerka.	Mianowanie przez władzę.	Podobnież jak d-r DOLIŃ- ski, lecz usuwa obowiązki sanitarne i uwzględnia sy- stem pomocy na miejscu.	1500 rs. lekarz, 360 felczer, akuszerka 200, apteka 200.
4) BIER- NACKI	Lekarz na gminę 1 : 5000 felczerzy zbyteczni, 2 proste babki na gminę.	Wybiera gmina z aprobaty guber- natora.	Lekarz wszystko spełnia osobiście, podlega kontroli rady opiekuńczej, a rów- nież inspektora lekarskiego, któryby za to brał dopłatę 1200 rs.	Gminy oznaczają minimum płacy i do spółki z lekarzem opracowują czego potrzeba: babek czy szpitalika i t. d.
5) LUBELSKI	Ustanawia się organiza- cja zdrowia, w skład której wchodzi: 1) o- plekunowie (minimum z 4 klasowem wykształ- ceniem), 2) lekarz 1 : 20000 na okręg sądo- wy, felczer jeden, tyle babek ile gmin. Kwe- styj lekarzy miejskich tu poruszanej nie dotykam.	Pierwszeństwo miejscowi, a nastę- pnie od rady opie- kuńczej.	Lista rodzin bezpłatnie le- czonych nie więcej nad 20%, układają ją opiekuno- wie i pełnomocnicy, 1) le- karz pomaga przy sprawach sanitarно-policejnych, 2) le- czy w ambulanse (2—4 łó- żek), 3) leczy w domu, 4) szczepi ospę.	Lekarz rs. 500, brak kosztów na wyjazdy; felczer 150, babka 50, apteka 100.

Projekt	Ilość personelu	Wybór lekarzy	Obowiązki lekarza	Wynagrodzenie
6) PIOTR-KOWSKI	Lekarz na okręg sądowy, 1 felczer i po jednej babce na gminę.	Pierwszeństwo miejscowi; rada dohroczynności powiatowa naczyna.	1) dozór niższego personelu, 2) 3 razy tygodniowo przyjmuje chorych, 3) wydaje lekarstwa proste, 4) zarządza lecznicą, 5) jeździ do chorych i porodu kołmi przysyłanymi, 6) szczepi ospe, udziela maximum pomocy 40% ogółu. Obowiązków sanitarnych nie spełnia.	Lekarz ma pensyl 1000 rs., felczer 300, babka 150, apteka 310 i z apteki miejscowej nałożono po 20 kop. na chorego.

Projekt piotrkowski lub raczej łódzki, gdyż przez łódzkich lekarzy, przy współudziale p. inspektora lekarskiego opracowany, nie darmo został przygotowany po całym szeregu mniej lub więcej poronionych projektów poprzednich. Stoi on znacznie wyżej od nich, bo liczy się z warunkami życiowymi, w których ma być wprowadzony.

Jeżeli zacny projekt DOLIŃSKIEGO i KWAŚNIEWSKIEGO, jako pierwocina, gubi się w zbyt obszernych planach, na wypełnienie których lekarz powinien co najmniej 72 godziny dziennie pracować, za co nb. ma z głodu przymierać (750 rs. rocznie); jeżeli projekt płocki jest, rzecz śmiało, karykaturą pomocy lekarskiej, bo chyba za wczasu może lekarz wiedzieć, że nie o sumienną pracę w tych warunkach chodzić może, jeżeli znacznie wyżej stojący projekt d-ra FRYNOWSKIEGO zmniejsza wymagania, a uwzględnia egzystencję lekarza, projekt BIERNACKIEGO pierwszy uderza w sedno rzeczy—wskazując, że sama obecność żywołu nie przygotowanego należyście, a zdemoralizowanego dotychczasowem nieokreślonem prawnie położeniem, jak felczerzy—sparaliżuje nie jedną znaną instytucję i robi ją studnią wyzysku. Projekt lubelski nie dorósł do swoich poprzedników, aczkolwiek wprowadził trafną myśl, że pomoc lekarska tylko biednym bezpłatnie udzielana być winna.

DOLIŃSKI i BIERNACKI stosują system wyborczy, jako najbardziej zgodny z duchem czasu i zdaniem mojem z punktu ogólnego wychodząc, najsluszniejszy. Nie-szczęście chce, że projekty te wytwarzają źródło, które może przyprawić nową instytucję o ruinę. Mówię o tym wpływie, jaki mają felczerzy, których pewna ilość nie znajdzie zajęcia, a których prawo nie krępuje, i o niechęci, jaką w gronie aptekarzy wywoła instytucja, wdzierającą się w ich atrybuty.

Dopiero projekt piotrkowski uwzględnia fakt, że gdzie jest tyle aptek, jak u nas, robienie lekarstw farmaceutom zostawić należy; tylko środki proste przy ambulanсах wydzielane będą.

Wróć jeszcze do tej kwestyi, teraz zaś przejrzyć każdy z 4 punktów wytycznych, postawionych na czele mojej pracy.

Pytanie pierwsze dotyczy ilości personelu lekarskiego. KWAŚNIEWSKI i DOLIŃSKI, FRYNOWSKI, projekt lubelski i piotrkowski zgadza się na okręgi lekarskie równe sądowym; BIERNACKI ogranicza je do gmin; projekt płocki, o którym dla jego wad rażących mówić nie zamierzam, daje im szerokie obszary równe powiatowi. Stanowczo większość z najsluszniejszą racją oddaje pierwszeństwo okręgowi sądowemu. Jest to jednostka nie zbyt obszerna, więc mogąca być dobrze obsłużo-

na przez lekarza, a z drugiej strony dawałaby mu utrzymanie znośne a nie obciążające nadmiernie gmin, które miały w projekcie BIERNACKIEGO dać jakie takie (t. j. mniej więcej 1200 rs.) utrzymanie dla lekarza.

Do pomocy lekarzom wszyscy z wyjątkiem BIERNACKIEGO naznaczają felczerów.

Zdaje się, że idąc wzorem Zachodu, powinniśmy całkiem wytepić tego robaka, który jak dzisiejszy felczer oszukuje, bałamuci i wyzyskuje biednego chłopa.

Czemże jest ten felczer dzisiejszy? Skończył szkołkę elementarną, był w szkole felczerskiej lat dwa, posiedział w szpitalu, gdzie prowadził część kancelaryjną oddziału (jeżeli na oddziale wewnętrznym), lub przyglądał się jak robią asystenci opatrunki ot i wszystko. A prawda, przed szkołą był u majstra, golił i bańki stawiał i widział, jak tenże krył się przed okiem lekarza, stawiał po 80 baniek ciętych i 40 pijawek i chwalił się pod nieobecność chłopa, jak głupiego wieśniaka obdzierać można. Bał widział więcej, jak felczer przy lekarzu, zdolnym praktyku, bez wiedzy tegoż, każe przyjezdnym chorym płacić sobie łapówki za wyrobienie audyencji, a następnie przyprowadza do doktora jako „swojego pacyenta“. Dalej widział on, jak majster jego „starszy felczer“ zalepia rany pajęczyną, lub daje sporysz dla uratowania tonącej niewinności. Jeśli pracuje przy felczerze fabrycznym—to zobaczy jak tenże sprzedaje lekarstwa fabryczne i za to pocziwe ma utrzymanie, a jeśli fabryka leży daleko, a doktor dojeżdża tylko, to nawet „doktora-akusзера“ rolę odgrywa. Gdzie niegdzie i bez fabryki to samo się dzieje. Przecież znane są wypadki, gdzie felczer wynajmuje faktorów, którzy chorego jadącego do lekarza, prowadzą do felczera, jako do „dochtura“. Czyż mam mówić o całym szeregu tych nadużyć, które posłużyły ś. p. Klemensowi Junoszy za temat do obrazków!

A czy lekarz może kontrolować felczera? Zaiste, nie.

Po pierwsze trudną jest ta kontrola, gdzie zawsze ktoś jest na straży. Powtórnie prawo samo zastawia furtkę, uwzględniając pomoc felczerską pod nieobecność lekarza, a wszak lekarza niema w tem miejscu, gdzie felczer rolę konsyliarza odgrywa. Lekarz powiatowy, naturalny zwierzchnik felczera, jest za daleko, a nie raz, rzecz ze smutkiem, proteguje go, nie oddając np. na prośby kolegi z odległego miasteczka szczepienia ospy w jego ręce—a powierzając felczerowi. Zaiste smutny obraz przedstawia gospodarka felczerska. Jakież więc na nią środki?

Czy stan felczerski trzeba znieść, przy wprowadzeniu pomocy lekarskiej? Nie, ale trzeba go zasadniczo zreformować; niech będą oni tem, czem chce kolega KOŚCICKI—służbą sanitarną, pomocnikami lekarskimi.

Jakież środki prowadzą do tego?

1) Należy z gruntu zmienić warunki pracy felczera, a jednocześnie zapewnić uczciwy, znośny kawałek chleba, czego żaden z projektów dotychczas nie skutecznił. Minimum płacy felczerskiej nie powinno być mniejsze od zarobku przeciętnego rzemieślnika. Rubli 40 do 60 na miesiąc oto płaca, któraby zamykała ręce i przywiązywała do posady. Bo czyż za rs. 30 może wyżyć osobnik, mający rodzinę i jaką taką chęć do znośnego utrzymania? A wszak naówczas wszelkie branie pieniędzy ze strony felczerów stanowczo ustać powinno. Wszelka wolna praktyka surowo winna być wzbroniona, nawet postawienie bańki bez zezwolenia lekarskiego. Jedyna golarka i strzyżenie znośnego utrzymania przy małej pensji nie mogłyby zapewnić.

2) Prawo powinno jasno zabraniać felczerom udzielania wszelkiej pomocy za pieniądze. Tylko wypadki otruc, nagłych krwotoków, lub omdleń, mogłyby upoważnić felczera do udzielania pomocy samodzielnej.

Za przekroczenie przepisu felczer winien być natychmiastowo oddawany pod sąd i uwalniany od obowiązków prowizorycznie przez miejscowego lekarza.

Felczerów, nie zależących od władzy sanitarnej miejscowej, t. j. od lekarza należy usunąć na nowe posady do innych punktów, lub ich działalność ograniczyć do ścisłego wykonywania zleceń lekarza, z prawem surowego ścigania przekroczeń. Ci również winni zależeć i być kontrolowani przez lekarzy miejscowych.

3) Każdy felczer powinien przed wstąpieniem do szkoły praktykować przy lekarzu, gdzieby nabrał lepszego pojęcia o aseptyce i opatrunkach i bez świadectwa tegoż nie powinien być przyjęty do szkoły.

4) Co 4 lata na wzór zagranicy winien składać egzamin na dowód, że nie zapomniał wszystkiego, czego się w szkole nauczył.

To samo powinno dotyczyć babek wiejskich, dla których egzaminy powtórne byłyby jedynym bodźcem dla odświeżania wiadomości.

Pytanie drugie dotyczy wyboru lekarza.

KWAŚNIEWSKI i DOLIŃSKI, jako też BIERNACKI i redakcja „Kroniki Lekarskiej” są zwolennikami wyborów gminnych; RODZIEWICZ i KLARNER zgadzają się raczej na pełnomocników inteligentnych; projekt płocki, lubelski i piotrkowski przyjmuje nominację rządową.

Nie ulega wątpliwości, że droga wyboru na czas pewien odpowiada najbardziej ideałowi, do którego dążyć winniśmy, lecz niestety życie stoi zwykle na drodze do osiągnięcia owej doskonałości. Wyobraźmy sobie takie wybory w małym miasteczku. Dotąd i długo jeszcze chłop będzie czuł się bliższym felczera, który mówi do niego językiem ludu i pojęcia ma jednekowe. Choćby lekarz miał wielkie zaufanie i do niego szli na poradę, felczer będzie więcej zrozumiały dla chłopów i mniej będzie ich przejmował uszanowaniem, a więcej do siebie ośmielał. Wiedząc jak niewybredni w doborze środków są felczerzy, zrozumiemy, że i w przyszłości, gdzie będzie szło o powtórny (po pierwszej kadencji) wybór lekarza nielubianego, t. j. ostro ich trzymającego, nie pogardzą żadną potwarzą i innymi środkami, aby dopiąć swego celu.

Lecz czyż tylko oni jedni będą agitowali *contra*?

Wszak projekt DOLIŃSKIEGO i KWAŚNIEWSKIEGO, lubelski, jak również kolega A. P., każą lekarzowi spełniać obowiązki sanitarne, a gdyby nawet nie kazali, to tak, jak dotąd spełniałby on rolę rewidenta produktów spożywczych; czyż mało nienawiści zjednali sobie lekarze w roli wykonawców zleceń policyjno-sanitarnych podczas cholery? Zaiste, słusznie podnosi projekt piotrkowski, że lekarz powinien mieć zaufanie ludności, a jako wykonawca czynny zleceń policyjnych, staje w stosunku wrogim do ciemnej, a potrzebującej jego przyjacielskiej rady masy. Niech słowo jego będzie doradcze, lecz nie należy żądać od niego osobistej kontroli lub osobistego śledzenia i przestrzegania porządków sanitarnych miasteczka. Powinna być do tego osobna komisja sanitarna z ludzi inteligentnych, która rewidowałaby porządki i o tem władzy donosiła. Lekarz winien zawsze służyć swoją radą i umysłowo rozwijać mieszkańców zapomocą odczytów i broszurek higienicznych. Bez odpowiedniej oświaty żaden projekt ani przepis policyjny w rękach ciemnych nieoświeconych wójtów i wachmistrzów nie poskutkuje.

W warunkach dzisiejszych wolałbym, aby lekarze raz obrani, jeżeli ich nie ma na miejscu, byli nieruszalni (chyba za przestępstwa wyraźne lub z własnej woli). Wyboru powinni pokonywać tylko piśmienni—tylko, że tak rzeknę, inteligenci z ukończonej szkoły wiejskiej, lub ich pełnomocnicy.

Trzeci punkt dotyczy obowiązków lekarza.

Projekt piotrkowski, usuwając obowiązki sanitarne, jednocześnie umożliwił wykonanie pracy lekarzowi. Jednakowoż i tutaj nasuwa się pytanie. Czy właściwą jest rzeczą, aby felczerzy lub lekarze zajmowali sobie czas wydawaniem lekarstw? Nie ma w Królestwie okolicy gdzieby o to wiorst nie było apteki. Po wtóre, dla czego odbierać chleb aptekarzom? Czy na to, aby z malkotentów powiększyć grono nieprzyjaciół nowej instytucji i pchnąć na drogę fuszerki lekarskiej, która i tak już nadto się przyjęła na prowincyi. Zdaniem mojem wydawanie lekarstw może się odbywać w aptekach, z którymi zawczasu należy zawrzeć umowę na warunkach możliwych. System pomocy na miejscu jest jedynie możliwy do przyjęcia, o tem wiemy z doświadczenia ziemstw rosyjskich. Szpitaliki najniesłuszniej były wystawiane na cel opozycji, gdyż nie znam instytucji bardziej potrzebnej dla naszych miasteczek, niż ta. Ileż razy trzeba odmówić pomocy, lub drżeć o los chorego, który mimo najlepszej chęci niema gdzie przemieszkać w miasteczku!

Ostatnia kwestya — wynagrodzenie personelu po części przezemnie wyjaśniona została. Lekarz mający 1200 rs. za leczenie 40% ludności i to biednej, mógłby przy usunięciu nadmiernej pracy, przy znośnej praktyce ubocznej wyżyć jako tako. Felczer, stanowczo nie praktykujący z wolnej ręki—powinien dostawać od 500—700 rs. rocznie. O wynagrodzeniu babki, któraby dostawała 150 rs. rocznie nie ma co mówić—mogłoby jej to wystarczyć, gdyby obok tego miała inne dochody. Jabym je podniósł przynajmniej do 300 rs. rocznie.

Jest to prawda, jak świat, znana, że robotnik dobrze płatny dwa razy więcej korzyści przynosi niż tani.

A teraz dwa słowa na zakończenie.

Czy jest rzeczą właściwą, aby lekarz, poświęcający całe życie swoje dla chorych, w razie starości lub kalectwa miał pozostać bez emerytury?

Niektóre fabryki dowcipnie zwolniły się od obowiązków emerytalnych względem swojego lekarza fabrycznego, i to cicho zaaprobowane zostało. Zdaje się, że obecnie najwyższy czas, aby dla lekarza zabezpieczyć po wysłużeniu, dajmy na to lat 25, pewną emeryturę, a również, aby zabezpieczyć go na wypadek nieszczęścia. To samo dotyczy i niższej służby lekarskiej.

Dla lekarzy okręgowych życzyłbym wprowadzenia zwyczaju praktykowanego w ziemstwie nowogrodzkim i innych. Mianowicie co 3—4 lata należałoby wysyłać lekarzy okręgowych dla dopełnienia studyów bądź do Warszawy (co najwłaściwsze), bądź do Petersburga, lub Wiednia. W ten sposób personel lekarski stałby na wysokości swojego powołania, nie znaleźlibyśmy na prowincyi osobników przypominających wiedzą swoją czasy bardzo odległe, co się szczególnie niższego personelu dotyczy.

Kończę moje uwagi.

Krzepice, 19. VII. 98. gub. Piotrkowska.

Leon Wernic.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

W kwestyi wędrownych oddziałów okulistycznych.

Tej kwestyi poświęciłem parę artykułów w „Gazecie Warszawskiej“ (Nr. 338, r. 1897 r. i Nr. 81 r. 1898) i w „Dzienniku Warszawskim“ (Nr. 109, r. 1898), gdzie mówiłem o efemerycznym pożytku ruchomych *vel* koczujących oddziałów okulistycznych, kołacząc o pomoc stałą dla ocznych chorych przez utworzenie oddziałów ocznych przy szpitalach Królestwa Polskiego, a czego też słusznie domaga się między innymi środkami, i kol. Z. KRAMSZYK (patrz „Krytyka Lekarska“ Nr. 1, r. 1898).

Każde słowo drukowane w tej sprawie żywo mnie obchodzi; z przyjemnością więc odczytałem artykuł jednego z niewiadomych kolegów w Nr. 24 „Medycyny“ „W sprawie z organizowania pomocy ocznej na prowincyi“. Nie mogę jednak nie zrobić mu jednej uwagi. Myli się Szan. Kolega jeśli upatruje główną dodatnią stronę ruchomych oddziałów w znacznym udziale i zainteresowaniu się miejscowych lekarzy w pracach oddziału. Jest to twierdzenie nie oparte na faktycznych danych. Służąc w guberniach Cesarstwa, gdzie są ziemscy lekarze, patrzyłem z bliska i niejednokrotnie słyszałem jak nie życzliwie zachowywano się względem przysłanych ze stolicy oddziałów, *resp.* specjalistów-mentorów, w skład których wchodziły zwykle młodzi, początkujący lekarze a nawet studenci wyższych kursów: boć przecie znany okulista, mający praktykę w mieście, nie pojedzie na wieś na kilka tygodni. Posłuchajmy jak mówi o tem d-r Popow, lekarz oddziału okulistycznego, wysłanego do Woroneżskiej gubernii.

„Niesprzyjające warunki oddziału w części też się tłumaczą biernem zachowaniem się osób, stojących na czele ziemstwa; głównie jednak nieżyczliwością ziemskich lekarzy, widzących w czynnościach oddziału nie tylko sprawę przeciwną idei ziemskiej samopomocy, lecz nawet szkodliwą dla ich praktycznej działalności, dyskredytującą ich w oczach ludu. W pracach oddziału miejscowi lekarze nie przyjmowali prawie żadnego udziału“.

To tylko miałem na celu wyświetlić i dla potwierdzenia słów moich powołuje się na sprawozdanie z działalności ruchomego oddziału w Bobrowskim powiecie w r. z. (p. Wojenno-medicynski żurnal, książka majowa, 1898 r., str. 80).

D-r J. Talka.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ROBERT-LIEGEL zaleca leczenie krupowego nieżytu płuc dużemi dawkami salicylanu sodu. W 72-ch przypadkach autor otrzymał wynik dobry, nie bacząc na różny wiek i ogólny stan chorych: ciepłota zaczyna się obniżać drugiego dnia choroby, a powraca zupełnie do normy 5-go dnia, płwocina przestaje być rdza-

wą, stan ogólny szybko się poprawia. Leczenie stosuje R. jeszcze przez dwa dni po powrocie ciepłoty do normy, w przypadkach bowiem, gdy leczenie zostało wcześniej zaniechane, następowały nawroty choroby. Dawka salicylanu sodu wynosi bez względu na wiek chorego 8,0 *pro die* w następującej postaci: Rp.

Natri salicyl. 8,0, *Aq. Menthae pp.* 50,0, *Aq. dest.* 200,0, *T-rae amarae* 5,0. W razie silnych bólów stosuje R. morfinę, przeciw trudnemu wykrztuszaniu płwociny *Inf. Ipecac.* Żadnych ujemnych ubocznych objawów leczenie to nie powoduje. (Wien. med. Woch. 7. V. 98).

— Doświadczenia GERZONI'ego nad mlekiem kobiet karmiących w celu określenia zawartości w niem tłuszczu wykazały: 1) średnia odsetka tłuszczu przez cały okres karmienia wynosi 3,48, lecz podlega ogromnym wahaniom od 0,1—10%; 2) przez pierwsze dni karmienia mleko zawiera 3,03% tłuszczu, następnie od 4 tygodnia do 4-go miesiąca 3,8%, poczem ilość tłuszczu stopniowo się zmniejsza; 3) pokarm postny obniża odsetkę tłuszczu w bardzo nieznacznym stopniu; 4) mleko młodszych wiekiem i pierwiastek zawiera więcej tłuszczu, niż mleko kobiet starszych lub wieloródek (Dyss. Pet.).

— Badania HENRY'ego wykazują, że w raku żołądka liczba czerwonych ciałek krwi nigdy nie jest mniejsza niż $1\frac{1}{2}$ miliona, bez względu na stopień charłactwa. Otóż w przypadkach chorób żołądka, gdy wyraźnych objawów raka nie ma, autor radzi się uciec do tego objawu rozpoznawczego: jeżeli liczba czerwonych ciałek krwi nie zmniejsza się odpowiednio do zwiększającego się charłactwa, świadczy to o istnieniu raka. (Arch. f. Verdaungrkrk. T. 4. Z. 1).

— GAY przepisuje bromoform wkrztuscu w następującej mieszaninie: *Bromoformii gtt* 45, *Ol. Amygdal. dulc.* 15,0, *G. arab. pulv.* 10,0, *Syr. Cinnam.* 30,0 *Aq. dest* 65,0 *Mf. emulsio*. Łyzeczka tej mieszaniny zawiera 0,05 bromoformu. (Jour. de med. Nr. 1. 98).

— VINCENT badał wpływ światła słonecznego na laseczniczki duru brzuszno i otrzymał wyniki następujące: 1) w zupełnie przezroczystej wodzie giną one w $4\frac{1}{2}$ —5 godzin, w mętnej w 8—9 godzin; 2) w płynie mało odżywczy (5 kropel bulionu w 10 ctm. szśc. wody) giną w 8—9 godzin, w silnych odżywkach rozwijają się również dobrze, jak i w ciemnym termostacie; 3) w bezpowietrznej przestrzeni giną w wodzie przezroczystej w $6\frac{1}{2}$ godziny, w mętnej zaś w 10 godzin, 4) w suchej glebie giną w 5—8 godzin, w wilgotnej po 18 godzinach. (Rev. d'hygiene. 20. III. 98).

— COLIN zaleca w przewlekłym nieżycie pęcherza wstrzykiwania następujące: Rp. *Guajacoli* 1,5, *Jodoformii* 1,0, *Ol. oli-*

var. ster. ad 30,0 DS. 10—20 kropel wstrzykiwać dwa razy dziennie.

— BECHTEREW stosuje od dłuższego czasu w padaczce *inf. adonidis vernalis* lub inne środki sercowe wraz z przetworami bromu i otrzymuje wyniki dodatnie nawet w tych przypadkach, gdzie zwykle leczenie bromem zawodzi. Przepisuje R. Rp. *Inf. adonidis vern.* e 2,0 *ad* 180,0, *Kali brom.* 12,0 DS. Co dwie godziny łyżkę. Leczenie trwa kilka lat z rzędu, a nie powoduje żadnych szkodliwych skutków. Osobom które nie znoszą *adon. vern.*, sapisuje autor napar naparstnicy z 0,5 : 180,0 z bromem, i twierdzi, że napar ten można zażywać w przeciągu kilku miesięcy bez obawy o kumulacyjne działanie. (Neurol. Centrbl. Nr. 7. 98).

— RĚNON spostrzegł u kobiety karmiącej, po trzech tygodniach zażywania somatozy w celu zwiększenia laktacji wystąpienie cukromoczu: moczu o ciężarze gatunkowym 1018 zawierał 3%₀₀ cukru; po wyłączeniu somatozy cukromocz znikł. Zachodzi kwestya, czy cukromocz był w danym przypadku zależny od somatozy, u kobiet karmiących bowiem przejściowy cukromocz występuje stosunkowo często. (Tow. lek. par. Pos. 17. VI. 98).

— REBREYEND zestawia wyniki, otrzymane dotychczas w leczeniu zakażeń poporodowych surowicą przeciwpaciorkowcową i wyprowadza wniosek, że aczkolwiek nawet znaczne ilości surowicy są nieszkodliwe dla ustroju, jednak większość przypadków uleczonych przy stosowaniu surowicy zawdzięcza uleczenie energicznemu leczeniu miejscowemu. (Presse med. Nr. 48. 98).

— PELON spostrzegł w trzech przypadkach grypy różyczkę tyfusową (*roseola*) na brzuchu i piersiach; próba aglutynacyjna dała wynik ujemny. Na możliwość występowania różyczki w żółdkowej postaci grypy zwrócili uwagę również TEISSIER i LEMONIE. (Gaz. des hôp 21. IV. 98).

— Badania LANNOIS'a i MARTZ'a wykazały, że gorzki składnik siary usznej należy najprawdopodobniej do grupy leukomainów. (Lyon med. 29. V. 98).

— JAYLE stosował w 22 przypadkach naturalnego oraz sztucznie spowodowanego przekwitania przetwory jajników; leczenie trwało od kilku miesięcy do roku z małemi przerwami. W przypadkach sztucznie wywołanego przekwitania (wyłuszczenie macicy i jajników) owaryna działała lepiej niż inne środki jedynie

na objawy charakteru kongestywnego, na objawy nerwowe nie działała; w przypadkach naturalnego przekwitania działanie lecznicze owaryny było znacznie słabsze. (Rev. de gynec. abd. Nr. 2. 98).

= TIPPEL zaleca stosowanie formaliny jako środka odwanającego w odleżynach, w przypadkach przykrego zapachu potu, moczu i t. d. oraz przy preparowaniu trupów. Używa T. do obmywania roztworu z łyżki stołowej formaliny na litr wody, i nigdy nie spostrzegał pryszczycy pomimo częstego używania tego środka (Münch. med. Woch. 31. V. 98).

= CACCIANIGA stosował w sześciu przypadkach krupowego zapalenia płuc saletrian srebra w dawce 0,15 *pro die* w dziesięciu pigułkach; wszyscy chorzy wyzdrowieli. Leczenie trwało 5—8 dni. (Gaz. degl. osped. 1. V. 98).

= Gonorol—bezbarwny olejek o słabym zapachu zawiera wszystkie części składowe oleju santalowego, którym przypisują skuteczny wpływ w rzęzaczce. Wyższość jego nad olejkiem santalowym polega wyłącznie na braku zapachu (Wien. med. Presse 22. V. 98).

= KRAMER stosował w czterech przypadkach krwotocznego zapalenia nerek błękit metylu i otrzymał dobre wyniki. Przepisuje K. środek ten w sposób następujący: Rp. *Methyleni* 0,1, *saloli* 0,5 *DS*. 3 proszki dziennie. (Semaine med. 8. VI. 1898).

= Doświadczenia NICOLAS'a nad aglutynacyjnym działaniem surowicy przeciwbłoniczej na laseczniki LOEFFLER'a doprowadziły go do wniosków, że działanie to jest niepewne i występuje w różnym stopniu przy użyciu jednakowej surowicy (Soc. de brol. par. Pos. 4. VI. 98).

= DOYEN posilkuje się przy operacjach w celu powstrzymania krwotoków narzędziem, które wywiera na tętnice ucisk równający się 400—1200 kilogramów. Pierwsze zastosowanie tego sposobu było w operacji wycięcia macicy dla powstrzymania krwawienia z szerokich więzów, następnie zaś stosował go D. dla uciskania kikuta przy wycięciu torbieli jajnika, w przypadku wycięcia wola i t. d. Stosując swój sposób w kilkunastu przypadkach, autor nie spostrzegał nigdy wtórnego krwotoku. (Gaz. des hôpitaux 12. V. 98).

= JEŻ stosował w sześciu przypadkach duru brzusznego podskórne wstrzykiwa-

nia surowicy ozdrowieńców po durze brzuszny i podobnie jak HAMMER-SCHLAG otrzymał wynik ujemny. (Wien. med. Woch. 7. V. 98).

= RINDFLEISCH spostrzegał przypadki otrucia 15,0 nalewki makowca, uleczony dzięki zastrzyknięciu 0,1 nadmanganianu potasu. R. zaleca w otruciu makowcem stosowanie wewnętrzne 0,2—0,4 nadmanganianu potasu w 1/2 litrze wody, lub też podskórne zastrzykiwania 2—5% roztworu. (Münch. med. Woch. Nr. 19. 98).

= ROSIŃSKI spostrzegał przypadek przeszczepienia raka: u kobiety z rakiem macicy rozwinął się po wyłyżeczkowaniu macicy rak w zewnętrznym końcu pochwy na ranie utworzonej już poprzednio. EISELSBERG spostrzegał raka powłok brzusznych po dokonaniu cięcia brzusznego w celu wycięcia odźwiernika. (Dtsch. med. Woch. Nr. 11. 98).

= LAUR zgadza się z JADASSOHNEM, że przeszczepianie brodawek jest rzeczą możliwą; masując brodawkę w celu przeszczepienia jej na otaczającą skórę, L. nabawił się brodawek na palcach, używanych przy mięsieniu (Corrbl. f. Schw. Aertz. Nr. 9. 98).

= GKOSCH gorąco zaleca nalewkę jodową w durze brzuszny i ostrym nieżyście przewodu pokarmowego. W 40 przypadkach duru brzusznego G. otrzymał wyzdrowienie, dając dorosłym po 6 kropel *t-rae jodi*, dzieciom zaś po 2—4 kropel 3—4 razy dziennie. Wszelkie objawy chorobowe zadziwiająco szybko zostają złagodzone i znikają, a wynik jest tem szybszy, im wcześniej zostaje rozpoczęte leczenie. Ujemnego ubocznego działania autor nigdy nie spostrzegał. (Berl. klin. Woch. Nr. 25. 98).

= COMBEMALE zalecił *thallium aceticum*, jako środek przeciwpotny u suchotników. HUCHARD, wypróbowałszy ten środek, przekonał się o skuteczności jego, lecz zauważył, że powoduje on również nader znaczne wypadanie włosów. (Lancette franc. 21. V. 98).

= Jako środek pomocniczy w leczeniu gruźlicy płuc zaleca BLOCH unieruchomienie chorej połowy klatki piersiowej za pomocą gipsowego opatrunku. Autor stosował sposób ten w trzydziestu przypadkach i stale stwierdzał zmniejszenie kaszlu i gorączki, przedmiotowo zaś polepszenie objawów wysłuchowych. (Soc. biol. par. Pos. 30. IV. 98).

== Na podstawie pięciu przypadków drgawek u ssawców, zależnych od pijaństwa mamek, MEUNIER podaje następujące objawy, ułatwiające rozpoznanie: 1) drgawki poprzedza okres zwiastunów, podczas którego ssawiec jest podrażniony i zdradza ogólną nadczułość; 2) drgawkom nie towarzyszą zaburzenia przewodów pokarmowych, ani też gorączka; odżywianie jest zupełnie dobre; 3) w razie istnienia dziedzicznego usposobienia do chorób nerwowych drgawki mogą wystąpić nawet wówczas, gdy mamka pije stosunkowo mało. (Journ. de med. prat. 25. IV. 98).

== W Tow. lek. wied. KASSOWITZ w obszernym odczycie, opierając się na danych statystycznych, klinicznych i bakteriologicznych, dowodził nie stosowności leczenia błonicy surowicą; w nader ożywionej dyskusji gorąco przemawiali za stosowaniem surowicy przeciwbłonicy: FRAENKEL, FRONZ, KRETZ, SCHOPF i OBERMEYER. (Münch. med. Woch. 21. VI. 1898).

== BRANDIS zestawiał 10 przypadków przymiotu u lekarzy, nabytego przy badaniu położniczym, przez kiskę stołową oraz przy operacjach na tworach przymiotowych. Przebieg tych przypadków był nadzwyczaj ciężki i złośliwy, co autor przypisuje temu, że we wszystkich pierwotnie rozpoznanie było błędne, a wobec tego leczenie swoiste zastosowano późno. (Deutsch. med. Woch. Nr. 21. 1898).

== EHRET na podstawie kilku przypadków dowodzi, że sarcina może powodować znaczną fermentację w żołądku, obecność zaś jej w zawartości żołądkowej przemawia za osłabieniem ruchom tego narządu. (Mitthl. a. d. Granzg. Med. T. Z. 5).

== CHAUVET stosował w 15-tu przypadkach zniekształcającego zapalenia stawów kąpiele elektryczne z 2% roztworu chlorku litu (*litium*), i w 8-iu otrzymał po 12—20 kąpielach tak znaczne polepszenie, jakiego przy stosowaniu wyłącznie zabiegów wodoleczniczych nie spostrzegał. (Arch. d'electr. med. 15. IV. 98).

== REUSNER korzysta w celu wczesnego rozpoznawania ciąży z objawu następującego: tętnienie bocznych gałęzi tętnicy macicznej, przebiegających i dobrze wyczuwalnych z boku macicy na granicy szyi i trzonu, występuje nader wyraźnie już w czwartym tygodniu ciąży;

tętno tutaj u ciężarnych ma podług autora inny charakter, niż tętno innych naczyń u tegoż osobnika, mianowicie przypomina tętno naczyń zapalnego ogniska. Zanim przystąpić do określania tego objawu, radzi R. najpierw wprowadzić się w wyszukiwanie tych tętnic u kobiet nieciężarnych, by mózdz w następstwie uchwycić różnicę tętna. (Pet. med. Woch. Nr. 21. 98).

== STORCH zaleca następujący sposób określania laseczników gruźlicy w mleku: do próbki dolewa się trochę mleka, dodaje kilka kropel H_2O_2 i kilka kropel *parafin glicadiaminy* ($C_6H_4(NH_2)_2$). Jeżeli mleko zawiera laseczki gruźlicy, przybiera ono przy potrząsaniu szarawozielony odcień, w przeciwnym zaś razie nie zmienia koloru. (Pet. med. Woch. Nr. 22. 98).

== Badania BEZANÇON'a i GRIFFON'a wykazały, że na powierzchni migdałków stale się znajdują pneumokoki; autorzy zbierali śluz z migdałów ludzi zdrowych lub też chorych (lecz nie na zapalenie płuc), przenosili go na surowicę młodych królików i tą drogą otrzymywali czyste hodowle pneumokoka. (Gaz. des hopit. 19. IV. 98).

== NOGUÈS twierdzi, że w leczeniu ostrego niezytu pęcherza miejscowe środki znieczulające nie mają żadnej wartości, najlepiej zaś uspakaja ból saletrzan srebra. W przewlekłym niezycie pęcherza przeciw bólowi samoistnym najlepiej działa roztwór gwajakolu w oliwie, przeciw bólowi zaś wywołanym przemęszaniem pęcherza — również gwajakol w oliwie i antypiryna. (Ann. des org. genitourin. IV. 98).

== Doświadczenia HOFMANN'a na królikach nad wpływem przecięcia nerwów błędnych na mięsień sercowy wykazały: 1) jednostronne przecięcie nie powoduje żadnych zmian w tkankach sercowych, bywa zazwyczaj dobrze znoszone, a tylko w wyjątkowych przypadkach zwierzęta umierają na zapalenie płuc; 2) obustronne przecięcie powoduje ostre tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, nadmierną rozrywalność małych naczyń serca i ogniska zapalne w mięśniu, wśierdziu i na zastawkach. (Virch. Arch. T. 40. S. 161).

== BADUEL i CASTELLANI stosowali błękit metylenowy do wykazania cukru we krwi i stwierdzają niezmierną czułość tej próby: u chorych na cukrzycę próba daje wynik dodatni nawet wów-

czas, gdy wszelkie próby wykazują zupełny brak cukru w moczu. (Lett. med. Nr. 10. 98).

= LEICK spostrzegał wystąpienie *dermatitis bullosa* po zażyciu sulfonalu w dawce 2,0. Niezwykle szkodliwe działanie sulfonalu przypisuje autor temu, że chory był alkoholikiem. (Ztschr. f. pr. Aerzt. Nr. 10. 98).

= Zalecony przez SIROT'a sposób rozpoznawania ukrytej gruźlicy (zastrzykiwania roztworu NaCl i Na^2SO_4) stosował POLAKOW z wynikiem ujemnym: odczyn nie występował u stanowczych suchotników, występował zaś u bezwarunkowo zdrowych. (Med. Obozr. III. 98).

= PAGE i BISHOP spostrzegali przypadek zupełnego zniknięcia raka sutki pod wpływem leczenia wyciągiem gruczołu tarczowego. U chorej 61-letniej rak był dwukrotnie operowany, gdy zaś nastąpił nawrót po raz trzeci i operacja była już niemożliwą, autorzy zastosowali wyciąg gruczołu tarczowego wewnątrz w dawce dochodzącej do 1,0 dziennie. Po upływie 18 miesięcy znikły wszelkie ślady nowotworu, a ogólny stan chorej znakomicie się poprawił. (The Lancet. 28. V. 98).

= W przypadkach przewlekłego niezytu oskrzeli z rozstrzeniami oskrzeli w dolnych płatach płuc zaleca QUINCKE leżenie zupełnie poziomo podczas najsilniejszego napadu kaszlu, który ma miejsce zazwyczaj pomiędzy godziną 6 a 8 rano; położenie takie ułatwia dokładne opróżnianie oskrzeli z płwociny, dzięki czemu już po 2—4 tygodniach leczenia następuje wyraźna poprawa i znaczne zmniejszenie ilości wykrztuszanej płwociny. (Berl. klin. Wochen. 13. VI. 1898).

= W migrenie zalecają następującą mieszaninę: Rp. *Chinini valerian.* 1,0, *Coffeini citr.* 0,5, *Extr. Cannab. ind.* 0,1, *M. f. pil.* N. 10 S. 3 pigułki dziennie. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 98).

= W przypadkach bolesnych nadżarć pochwowej części szyi macicznej, posypuje je LUTAUP proszkiem składu następującego: *Tannini* 4,0, *Lycopod.* 10,0, *Europhen* 20,0, *Pulv. Opii comp.* 1,0. Po zasypaniu zakłada się tampon z waty. (Münch. med. Woch. Nr. 21. 98).

= MAYER otrzymuje sztuczne mleko przez odpowiednie zmieszanie ciał białkowych, masła, cukru mlecznego, soli i wody; mleko dla ssawców ma skład odsetkowy i własności mleka kobiecego,

ma zaś tę wyższość nad mlekiem krowiem, że ma stały i dowolny skład chemiczny. Doświadczenia kliniczne stwierdziły wyższość mleka sztucznego nad mlekiem krowiem. Podobnaż mieszanina, lecz bez cukru, a z większą ilością białka i tłuszczu, jest przeznaczona dla chorych na cukrzycę. (Berl. klin. Woch. Nr. 19. 98).

= UNNA sądzi, że w pryszczycy rąk szkodliwe jest nie mycie rąk, lecz bezpośrednie działanie powietrza na świeżo wymyte ręce. Wobec tego U. radzi myć ręce przed udaniem się na spoczynek, rano zaś oraz w ciągu dnia ograniczać się na dokładnem wycieraniu rąk. (Sem. med. 15. VI. 98).

= OTTINGER zaleca w ukąszeniu owadów pendzlowanie czystym ichtyolem lub też nakładanie 10% ichtyolowego plastra. (Paediatr. 1. VI. 98).

= EKSTEIN stosuje z powodzeniem kresamin w chorobach skórnych, szczególnie w wyprysku, figówce i sprawach ropnych w skórze. E. stosuje okłady z roztworu 1:4000 — 400 lub też masę następującą: Rp. *Kresamini* 10% 10,0 — 50,0, *Adip. lanae ad* 100,0. (Ther. Monatsh. Nr. 4. 98).

= HAYEK spostrzegał przypadek białaczki z ogromnym obrzękiem śledziony i wątroby, bólami w kościach, któremu przez kilka miesięcy towarzyszyły codzienne napady gorączki, na którą pozostały bez wpływu wszelkie środki przeciwgorączkowe. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie białaczki, lecz nie wyjaśniło pochodzenia gorączki. (Wien. klin. Woch. Nr. 20. 97).

= EICHHORST zwraca uwagę, że tak ważny objaw rozpoznawczy, jak brak odczynu (Pupillenstarre) żrenicy w wiądzie rdzenia, może występować przepuszczająco (intermittierend). Autor przytacza dwa przypadki wiądu rdzenia, w których zachowanie się żrenicy zmieniało się co kilka dni, pomimo że choroba czyniła szybkie postępy. (Dtsch. med. Woch. Nr. 23. 98).

= MIRONOW stosuje oddawna zalecony przez PROCHOWNIK'a *extr. fluidum gossyp. herbae.* w krwotokach macicznych, zależnych od stanów zapalnych otrzewny miedniczej lub przydatków macicy, i wyniki otrzymuje zachęcające. Dawka dzienna wynosi 3—6 łyżek deserowych. (Semaine med. 22. VI. 98).

= **SABLI** zaleca stosowanie glutoidnych kapsulek w celach rozpoznawczych i leczniczych. Ponieważ nie rozpuszczają się one w żołądku, a dopiero w jelitach pod wpływem soku trzustkowego (wykazał to cały szereg doświadczeń), można się nimi posiłkować dla rozpoznania zaburzeń trzustkowego trawienia; w tym celu podaje się glutoidną kapsułkę, napełnioną 0,15 jodoformu rano, po próbnym śniadaniu, i bada co kwadrans, a od południa co godzinę, ślinę na zawartość jodu; u ludzi zdrowych od-

czyn jodu ślinie występuje w 4—6 godzin po zażyciu kapsułki, w przypadkach zaś raka trzustki lub ucisku na przewód trzustkowy odczyn ten znacznie się opóźnia. W celu leczniczym należy stosować kapsułki, jeżeli lekarstwo nie ma podlegać wpływowi soku żołądkowego (pankreatyna, itrol, kalomel), lub też jeżeli ujemnie działa na śluzówkę żołądka (balsam kopajski, kreozot, olejek santalowy, mentol i. t. d.). (Corpl. f. Schw. Aerzte 1. VI. 98.).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— O dodatnim wpływie rozmaitych zarządzeń zdrowotnych na śmiertelność przekonywają cyfry, zapożyczone z mowy d-ra **BERRY**, prezesa jednego z oddziałów angielskiego związku lekarskiego. Od czasu jak zaczęto w Anglii zwracać uwagę na higienę t. j. od 25 lat, śmiertelność tam znacznie zmalała, a średnia długość życia wzrosła. W latach 1871—1875 umierało w Anglii rocznie na 1000 mieszkańców—22, a w latach 1891—1895 tylko 18. Jeżeli porównać śmiertelność w latach 1876—1895 ze śmiertelnością dawniejszą, to okaże się, że w przeciągu ostatnich 20 lat ocalono przeszło 1500000 ludzi. Najjaskrawiej występuje spadek śmiertelności z powodu chorób zaraźliwych w okresie ostatnich lat 25-iu. W mieście Wigan np., w 1874 r. śmiertelność ogólna wynosiła 37‰,

a w 1897—20,9‰; śmiertelność zaś z powodu chorób zaraźliwych w 1874 r. — 10,1‰, a w 1897 — 3,11‰.

— Stowarzyszenie lekarzy finlandzkich krząta się gorliwie około zakładania sanatoryjów dla chorych piersiowych. Do ruchu tego skłoniła społeczeństwo finlandzkie znaczna śmiertelność z powodu gruźlicy, z ogólnej bowiem liczby przypadków, śmierci w Finlandyi 13‰ przypada na suchoty. Ruch w kierunku zakładania sanatoryjów dla dotkniętych gruźlicą opanował i Węgry. Między innemi zarząd miasta Budapesztu zatwierdził budowę takiego zakładu dla niezamożnych suchotników.

— Niejaki Louis Salvador, zmarły niedawno w Marsylii, zapisał na rzecz szpitali tego miasta cały swój majątek, wynoszący 7 milionów franków

Od Administracyi.

Administracya „Medycyny“ przeniesiona została na ulicę ŻŁOTĄ Nr. 14, mieszk. 3.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Ценаурою. Варшава, 12 Августа 1898 г. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8