

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodzących żołądka, Podał A. Tuchendler, (Dokończenie). — I. Dwa przypadki uwięźnięcia tyłozgiętej ciężarnej macicy, II. Dermatitis scarlatiniformis exfoliativa benigna, Podał S. Kossobudzki. — Przypadek ostrego zwężenia krtani wskutek oparzenia gorącym kartofiem, Podał D-r Nissenson. — **Streszczenia i wyciągi.** 30. O odżywianiu chorych w okresie ostrych chorób gorączkowych. 31. Leczenie młazdżycy tętnic. 32. Gruźlica gruczołu sutkowego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 21 marca r. b. — **Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.** Posiedzenie z dnia 8 kwietnia r. b. — **Krytyka i bibliografia.** Szkice krytyczne z zakresu medycyny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Tuchendler — Contribution au diagnostic des maladies de l'estomac. Insuffisance motrice et ulcerations. 2) D-r S. Kossobudzki — I. Deux cas d'incarcération de la matrice enceinte retroflechie. II. Dermatitis scarlatiniforme exfoliative benigne. 3) D-r Nissenson — Un cas de sténose du larynx consécutive à une brulure causée par une pomme de terre chaude.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Tuchendler — Ein Beitrag zur Diagnose der Magenkrankheiten. Motorische Insufficienz und ulcerirende Vorgänge. 2) D-r S. Kossobudzki — I. Zwei Fälle von Einklemmung des retroflektirten Uterus gravidus. II. Dermatitis scarlatiniformis exfoliativa benigna. 3) D-r Nissenson — Ein Fall von acuter Larynxstenose in Folge von Verbrühung durch eine heisse Kartoffel.

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

Z III KLINIKI UNIWERSYTECKIEJ W BERLINIE PROF. SENATOR'A.

Przyczynek DO ROZPOZNAWANIA NIEDOMOGI RUCHOWEJ i spraw wrzodzących żołądka.

Podał

ANTONI TUCHENDLER.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 14).

Tablice nasze upoważniają nas do innych jeszcze wniosków. Porównanie ilości zawartości żołądkowej, otrzymywanej wytłaczaniem, z ilością, wyliczoną przy pomocy wzoru, jest w niektórych przypadkach wielce pouczające. Tak, np. w przyp. 13, tabl. II otrzymaliśmy aspiratorem 90 ctm. sz. zawartości, gdy tymczasem rzeczywista zawartość wynosi 940 ctm. sz. To samo wyka-

zują przyp. 14 i 15. W przyp. 14-tym Tab. II otrzymaliśmy drogą ekspresyi 36 ctm. sz. zawartości, faktyczna zaś ilość, wyliczona za pomocą wzoru 211 ctm. sz. W przyp. 15 Tab. II drogą ekspresyi otrzymaliśmy 112, przy pomocy wzoru wykazaliśmy 392. Te nieliczne już przykłady dostatecznie dowodzą, jak małą wartość posiada sąd o ilości zawartości w żołądku, oparty jedynie na ilości, otrzymywanej wytłaczaniem.—Wszak kto w badaniu chorych żołądkowych posiada chociaż trochę doświadczenia, ten musi wiedzieć, jak łatwo zawartość przy nadmiernej kwaśności wytryska dlatego tylko, że jest zazwyczaj płynna i zawiera mało ciał stałych, któreby zgłębnik zatkać mogły; wie także, z jakim trudem wydobywamy zawartość przy niedomodze wydzielniczej tylko z tego powodu, że zawartość ta nie jest ciekła i składa się z mniejszych lub większych kawałków, zatykających światło zgłębnika. Nieuwzględnienie tych okoliczności i w parze z tym idące mylne ocenianie ilości zawartości żołądkowej w istocie i tak już doprowadziło do często napotykanego u wielu autorów przekonania o niedomodze ruchowej, jakoby towarzyszącej nadmiernej kwaśności. STRAUSS⁸⁾ temu zaprzecza i tłumaczy w sposób następujący napotykaną rzeczywiście obfitszą zawartość po śniadaniu próbnem w nadmiernej kwaśności:

„Jeżeli niektórzy autorowie przy nadmiernej kwaśności jeszcze częściej od nas napotykali po śniadaniu próbnem obfitszą zawartość w żołądku, to w większości przypadków zdołamy wytłumaczyć to zjawisko tem, że z powodu zawczesnego zjawiania się większych ilości kwasu solnego, przeszkadzającego⁹⁾ ¹⁰⁾ ¹¹⁾ działaniu śliny, ciała skrobiowate nie mogą przejść w stan rozpuszczalny, a trzymają się dłużej w żołądku, wskutek tego drażnią one błonę śluzową żołądka i pobudzają ją do wydzielania. Wiadomo bowiem, że i czysty krochmal pobudza błonę śluzową żołądka do wydzielania kwasu solnego“. Ze względu na to, większe ilości zawartości po śniadaniu próbnem przy nadmiernej kwaśności STRAUSS tłumaczy tylko nadmiernem wydzielaniem. Za tem przemawiają i badania nad ciężarem gatunkowym przesączów nadmiernie kwaśnych. Z naszych spostrzeżeń, dotyczących nadmiernej kwaśności, staraliśmy się zestawzić dane co do ilości prawidłowej zawartości żołądka po śniadaniu próbnem na wysokości trawienia i braliśmy pod uwagę tylko te przypadki, które wykazywały prawidłową czynność ruchową żołądka, t. j. dawały wynik ujemny próby z koryntkami i próby na fermentację. Okazało się przytem, że przeciętna ta ilość wynosi 180 ctm. sz.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń dochodzimy wraz ze STRAUSS'em do wniosku, że w istocie w nadkwaśności obecność względnie obfitszej zawartości po śniadaniu nie polega na samoistnem osłabieniu mięśnia żołądka; wskutek podrażnienia przez ciała skrobiowate powstaje długotrwała, a zatem obfity przesiek płynu do żołądka, i ztąd też pochodzi znacznie obfitsza zawartość po śniadaniu próbnem. STRAUSS¹²⁾ radzi wprost zużytkowywać w celach rozpoznawczych tę sprzeczność ilości zawartości po śniadaniu próbnem a próbnym obiedzie na wysokości nadkwaśności. Mówi on: „Natomiast

⁸⁾ STRAUSS, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIX.

⁹⁾ Van der VELDEN, Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 25. S. 105. 1880.

¹⁰⁾ ELENBERGER i HOFMEISTER, Archiv f. wissenschaftl. und practisch. Thierheilkunde 1886. Bd. 12. S. 332.

¹¹⁾ EWALD i BOAS, Virch. Archiv. Bd. 104. S. 271.

¹²⁾ STRAUSS, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIX.

w niektórych przypadkach nadkwaśności spotykamy w godzinę po śniadaniu próbnem względnie wielką ilość dobrze przetrawionej, rzadkiej, papkowatej zawartości, obfitującej w płyn i z łatwością przechodzącej przez zgłębnik.

Na tej zasadzie możemy w celach rozpoznawczych wprost posługiwać się różnicą, jaka zachodzi pomiędzy szybkim znikaniem z żołądka obiadu próbnego, złożonego z ciał proteinowych, a niekiedy spóźnionem opuszczaniem żołądka przez węglowodany, wchodzące w skład śniadania próbnego¹³. Zdaniem mojem rzeczone wywody w dostatecznej mierze wyjaśniają przynajmniej te pozornie odbiegające od normy spostrzeżenia, które dotyczą nadmiernej kwaśności. STRAUSS zaznacza, że u tego rodzaju chorych napotykał ilości zawartości, dochodzące w godzinę po śniadaniu próbnem do 270—290 ctm. sz. bez najmniejszych oznak zastojów. Co spowodowało w przypadkach ADAM'a (Cf. Nr. 11. Tab. I) i БОККЕ'а (Cf. Nr. 5. Tab. I) ilości zawartości, przewyższające 200 ctm. sz., nie potrafię rozstrzygnąć. Trudno orzec, czy przyczyną powyższego zjawiska było wzmożone wydzielanie płynu przez ścianę żołądka, czy też jakieś zaburzenia we wchłanianiu.

Z tego wszystkiego widzimy, że połączone zastosowanie 3 prób: określania całkowitej ilości zawartości, próby z koryntkami oraz próby fermentacyjnej, dostarcza nam niektórych ważnych danych nietylko co do zagadnień teoretycznych, lecz i w kwestyach czysto praktycznego znaczenia. Jeżeli sprawność ruchowa żołądka jest prawidłowa, a śluzówka nieskazitelnie gładka, wówczas zarówno próba z koryntkami, jak próba na fermentację dadzą wyniki ujemne. Wprawdzie, zdarzyć się może, że pomiędzy fałdami nieuszkodzonej błony śluzowej zatrzyma się ta lub owa koryntka, nawet wobec braku zaburzeń ruchowych lub owrzodzeń zatokowatych, jednakże doświadczenie uczy, że kilkakrotne wykonanie próby (a to tylko jest miarodajne) błąd wykryje. Prócz tego w przypadkach rzeczywistych zaburzeń ruchowych, względnie przy większych nierównościach śluzówki, spotykamy zazwyczaj w wydobytej zawartości żołądka nie pojedyncze koryntki, ale całe ich szeregi. Jak w próbie na fermentację, gdzie prędkość fermentacji ważną odgrywa rolę, tak tu musimy brać w rachubę ilość koryntek. O szczegółach metody fermentacyjnej nie mam potrzeby rozwodzić się zbyt obszernie, ponieważ prawdziwość danych dostarczonych w tej mierze przez KUHN'a¹³) i STRAUSS'a¹⁴) stwierdzoną została całkowicie przez VAUTHEY'a.

Chciałbym jeszcze zaznaczyć, że wartość zgodnego wyniku trzech pomierzonych połączonych metod została stwierdzona jeszcze inną drogą. MICHAELIS, mianowicie, zbadał sprawność ruchową żołądka w 76 przypadkach według tylko co omówionych sposobów, przyczem zwracał baczną uwagę na kształt i wielkość żołądka; okazało się że w 44 przypadkach o sprawności ruchowej prawidłowej granica żołądka z prawej strony sięga na 3—9 ctm., średnio biorąc na 7,0—7,5 ctm. od linii pośrodkowej, gdy w 14 przypadkach z silnie upośledzoną czynnością ruchową, stwierdzoną powyższymi sposobami, prawa granica żołądka odległa była od linii pośrodkowej na 6—11,5 ctm., średnio biorąc na 10,5 ctm. Ponieważ według MICHAELIS'a wyniki powyższe słusznie sprowadzić się dają przeważnie do rozszerzenia jamy odźwiernikowej (*antrum pyloricum*), przeto stosunek rzeczony cech anatomicznych do właści-

¹³) F. KUHN. Die Gasegährung im menschlichen Magen und ihre practische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 49 i 50.

¹⁴) STRAUSS. Ueber Magengährungen und deren diagnostische Bedeutung Zeitschrift f. Klin. Med. Bd. XXVI i XXVII.

wości czynnościowych jest godny uwagi. Mianowicie, z badań HOFFMEISTER'a, SCHÜTZ'a, MORITZ'a, HEMMETER'a i wielu innych wynika, że w symptomatologii czynności ruchowej żołądka części odźwiernikowej przypada w udziale główna rola. Aczkolwiek nie w każdym przypadku niedomogi ruchowej musowo znajdujemy rozszerzenie części odźwiernikowej i naodwrot pojedyncze przypadki rozszerzeń trafiać się mogą bez zaburzeń czynności ruchowej, to jednak spostrzeżenia tego rodzaju stwierdzają użyteczność powyższych metod.

Ogólne stosowanie trzech bardzo dogodnych pomienionych metod posiada wartość nie tylko w określaniu granicy pomiędzy prawidłową sprawnością ruchową, a zaburzeniami w tej sferze, lecz dostarcza nam niekiedy cennych wskazówek dla rozpoznania raka lub wrzodu; co się tyczy rzeczonego określania sprawności ruchowej, opierało się ono dotąd raczej na osobistym wrażeniu, aniżeli na wynikach dokładnego badania.

Metody te są przytem tak proste i dla chorego tak mało uciążliwe, że zasługiwać powinny na ogólne i szerokie zastosowanie.

Szanownemu profesorowi SENATOR'owi za łaskawe udzielenie mi licznego materiału i zainteresowanie się pracą niniejszą oraz szan. docentowi STRAUSS'owi za łaskawy kierunek składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Z KRAJOWEGO SZPITALA W LIPÓWCE W POWIECIE BEŁCHOWSKIM, GUB. ORŁOWSKIEJ.

I. DWA PRZYPADKI UWIĘZIENIA TYŁOZGIĘTEJ CIĘŻARNEJ MACICY.

II. Dermatitis scarlatiniformis exfoliativa benigna.

podał

SZYMON KOSSOBUDZKI, lekarz krajowy.

I.

1) Chora, lat 40, cierpiała na wypadnięcie pochwy i części pochwowej, co jej nie przeszkadzało chodzić i pracować. 20 grudnia roku 1897 zjawiła się w szpitalu w bardzo ciężkim stanie, skarżąc się na ból w dolnej części brzucha, parcie, ciągłą chęć oddawania moczu i kału, czego jednakże zrobić nie może. Od 4 miesięcy niema miesiączki i uważa się za brzemienną.

Twarz wyraża niepokój i cierpienie; tętno przyspieszone, ciepłota prawidłowa. W dolnej części brzucha miękkie wypuklenie o niewyraźnych zarysach, nie mające ani kształtów, ani odporności macicy. Dotykanie bolesne. Błona śluzowa odbytu wypadła; wejście do pochwy obrzmiałe, ciemno czerwone. Pochwa obszerna, obficie białawą wydzieliną zwilżona, w miarę posuwania się w głąb, barwy coraz ciemniejszej o odcieniu granatowym. Szyja maciczna przy samem wejściu do pochwy ciemno-siną, podana naprzód, napierająca na cewkę moczową. W tylnem sklepieniu guz, wypełniający je szczelnie, ciastowaty. W przedniem sklepieniu macicy nie ma. Przy unoszeniu guza, porusza się i szyja maciczna. Widocznie, że guz ten stanowi tyłozgięta i uwięźnięta macica.

W położeniu krowiem chorej, macica została uniesiona i ostrożnie wyprowadzona z małej miednicy. Udało się to z trudnością. Chora została ułożoną na brzuchu. Wkrótce oddała mocz w niewielkiej ilości.

Tegoż dnia wieczorem chorą zastałem w silnym niepokoju, skarżącą się na mocne bóle w brzuchu, krzyżu i udach. Mocz oddawać nie może. Pęcherz moczowy widzialny przez powłoki brzuszne w postaci owalnego ciała, nie dochodzącego do pępka. Badanie przez pochwę wykazało, że macica znówu się pochyliła i dostała pod *promontorium*. Po wypuszczeniu wielkiej ilości moczu cewnikiem macicę odprowadzono. Od tej chwili chora czuła się dobrze, uwięźnięcie więcej się nie powtórzyło. Poród odbyła we właściwym czasie.

2) Chora lat 23, dobrze zbudowana i zupełnie zdrowa. Miała jedno dziecko. Powiada, że jest w ciąży od pięciu prawie miesięcy, że od dwóch tygodni czuła ruchy dziecka. Ciąża szła bez zaburzeń. 20 stycznia 1897 roku upadła na lodzie, lecz, szwanku żadnego nie poniósłszy, podniosła się sama i poszła do domu, nie doznając na razie żadnych dolegliwości. Jednakże od tej chwili nie mogła oddawać moczu, pomimo silnej potrzeby. Po jakimś czasie zaczęła z tego powodu doświadczać parcia, pieczenia w częściach płciowych, rozpierania w dolnej części brzucha, ogólnego osłabienia.

Udała się do pobliskiej akuszerki, która mocz wypuściła cewnikiem. Chora poczuła ulgę odrazu, lecz mimo to nie była w stanie oddawać moczu, tak że po dwóch dniach znówu udała się do akuszerki, która mocz wypuściła i powiedziała, że dziecko nie żyje.

Gdy zatrzymanie moczu nie ustąpiło, chora zapisała się do szpitala. Przy przyjmowaniu w czasie mej nieobecności, akuszerka szpitalna wypuściła metalowym cewnikiem dużą ilość moczu. Mimo to chora nie czuła ulgi, całą noc nie spała, nie mogąc leżeć, skarżąc się na bóle w brzuchu i parcie na mocz. Nad ranem mocz zaczął odchodzić kroplami. Chora poprostu usiedzieć nie mogła chwilkę spokojnie, ciągle zmieniała położenie. Brzuch powiększony. Na pierwszy rzut oka jama brzuszna zdaje się być wypełniona ciałem owalno-gruszkowatego kształtu. Górny koniec tego ciała wyczuwa się nad pępkiem prawie w dołku, i można go przez powłoki brzuszne ująć całą dłonią. Odrazu zwróciło moją uwagę to, że ciało to ma konsystencją pęcherza, wypełnionego płynem, i że położenie nad pępkiem nie zgadza się z pięcioma miesiącami ciąży.

Wejście do pochwy wąskie, pochwa zwężona ciałem wypełniającem całe tylne sklepienie i wystającym ku dołowi, kształtów okrągłych, konsystencji ciastowatej. Szyja maciczna niewielka, sprężysta, zwrócona wprost ku przodowi, uciskając cewkę moczową.

Odrzuć przypuścić można było, że mamy do czynienia z uwięźnięciem tyłozgiętej macicy, zamknięciem cewki moczowej i nagromadzeniem moczu w pęcherzu, ale chora na odpowiednie pytania twierdziła, że za każdym razem mocz przy wypuszczaniu wychodził w dużej ilości i był wypuszczony całkowicie.

Dla dokładniejszego zbadania wypuściłem mocz elastycznym cewnikiem, który po odsunięciu szyi wtył dał się wprowadzić. Mocz w pęcherzu znalazło się 6 litrów. Chora odrazu doznała ulgi.

Przy badaniu dwuręcznem okazało się, że macicy w przednim sklepieniu niema, szyja zaś przechodzi w ciało, wypychające ku dołowi tylne sklepienie,

Odprowadzenie udało się. Macica w 4-tym miesiącu ciąży. Odtąd chora żadnych dolegliwości nie doświadczała. Przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na olbrzymie rozciągnięcie pęcherza, które przeszło zupełnie bezkarnie.

II.

Chora lat 40; wzrost niski, budowa słaba, odżywianie mierne. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. Do 25 Grudnia r. 96 była zdrowa. Dawniej chorowała na ospę i dur brzuszny. Skórnych chorób z wyjątkiem świerby nie przechodziła. Przymiotu nie miała. Przed obecną chorobą nie leczyła się wcale i nic szczególnego nie jadła.

26 Grudnia zaczęły ją swędzić uszy: z początku przewód słuchowy, później muszla uszna. Na drugi dzień zjawiała się wysypka na szyi, w dwa dni potem wysypka zajęła prawie całe ciało. Towarzyszyły jej dreszcze, gorączka i swędzenie. Wysypka zjawiała się w postaci z początku małych, potem coraz większych zlewających się plam czerwonych, które z czasem zaczęły się łuszczyć. Zasięgała rady felczera, który jej dał jakąś maść. 15 Stycznia przysłała do ambulatorium szpitalnego, lecz zostać nie chciała i dostała do wcierania słabą maść karbolową.

25 Stycznia przyjętą została do szpitala.

Na uwłosionej części głowy skóra zaczerwieniona, pokryta brudnymi łuszczkami różnej wielkości. Na twarzy kilka czerwonych plam. Cała szyja czerwona, pokryta łuszczkami, układającymi się wzdłuż zmarszczek skóry. Na goleniach na przedniej i tylnej stronie dużo okrągłych, czerwonych, błyszczących plam, nieco wystających po nad poziom skóry z niewielką ilością łuszek. Skóra w takich miejscach zgrubiała, nacieczona. Skóra ud i pośladków prawidłowa, tylko w rowku międzypośladkowym i na granicy pośladków i ud wysypka taka sama, ale bledsza. Plecy pokryte czerwono-buremi plamami różnej wielkości z masą łuszek, skóra w wielu miejscach ma silny połysk. Ślady drapania. Na brzuchu to samo; zwłaszcza wydatna jest czerwoność skóry w pachwinach, ale nie jest to zaczerwienienie pryszczycowe. Silne swędzenie. Maść karbolowa.

26/I Po wcieraniu maści silne palenie.

30/I Silne swędzenie. Na twarzy niema już plam czerwonych. Na głowie mnóstwo łuszek. Szyja straciła już barwę mocno czerwoną poprzednią, —naskórek łuszczy się obficie. Na uszach całe szmaty naskórka. Na pierśsiach i pod pachami plamy bledsze. Na wewnętrznej powierzchni ramion —okrągłe płaskie plamy czerwone, pokryte łuszczącym się naskórkiem. To samo na bocznych powierzchniach klatki piersiowej i na goleniach. Plecy pokryte szmatami naskórka do pasa. Skóra na tych miejscach trochę grubsza, aniżeli w miejscach nie porażonych.

W pachwinach i obok części płciowych silna czerwoność i łuszczenie. Wanna.

31/I W nocy na wewnętrznej powierzchni ud zaczęła występować silnie swędząca czerwona wysypka; swędzenie na dawnych miejscach trochę mniejsze. Wysypka składa się z czerwonych punktów, trochę wystających i zlewających się.

Na twarzy—niema łusek, tylko skóra na miejscu dawnych plam trochę czerwieńsza.

Na piersiach łusek już niema, tylko czerwone plamy, okrągłe, łączące się z sobą. Szyja bledsza, ale jeszcze czerwona i pokryta łusczkami. Na głowie mnóstwo łusek. Na plecach wysypka łuszczy się silnie. To samo około rzyci. W pachwinach skóra mocno czerwona, gdzie niegdzie łuszcząca się. Pod kolanami czerwoność ostro odgraniczona od otaczającej skóry. Na goleniach okrągłe plamy sinawo-czerwone.

2/II Naskórek na plecach i szyi wciąż schodzi w wielkiej ilości. Wewnętrzna powierzchnia ud mocno czerwona, skóra łuszczy się. Tego dnia chora wypisała się. Była potem w ambulatoryum: skóra na ciele prawie normalna, blado-różowej barwy, tylko na szyi jeszcze łuszczy się.

Charakterystyczne cechy opisanego cierpienia stanowiły: płonicza wysypka, łuszczenie się naskórka, silne swędzenie i, podług słów chorej, gorączka i dreszcze. Początek ostry, przebieg przewlekły—nieledwie 6 do 8 tygodni, zejście pomyślne.

Jak nazwać opisanie cierpienie skóry? Nasuwa się najprzód podejrzenie, że była to płonica, lecz brak zajęcia gardła, stosunkowo bardzo nieznaczne objawy ogólne, a nadewszystko długi przebieg i charakter samej wysypki, która w szpitalu powtórzyła się, występując na miejscu, do tego czasu nie zajętem, mówią przeciw płonicy. W domu chorej i we wsi przypadków płonicy nie było. Nie możemy przypuszczać żadnej wysypki z użycia środków lekarskich lub ze spożycia jakich szczególnych potraw, gdyż chora przeczy temu stanowczo.

To, że cierpienie trwało około 8-miu tygodni i zakończyło się wyzdrowieniem, nie pozwala przypuszczać *pityriasis rubra*, które to cierpienie przebiega przewlekłe w ciągu lat całych i kończy się zanikiem skóry na porażonych miejscach. Przypadek podany najprędzej zaliczyć można do opisanych głównie przez autorów francuskich — *dermatitis exfoliativa (desquamativa) scarlatiniformis*. Jestto zapalenie skóry, pochodzenia nie zakaźnego, dające nawroty, połączone z gorączką krótkotrwałą, odznaczające się wysypką płoniczą, mocno czerwoną, która szybko obejmuje całą skórę, i po której następuje bardzo obfite złuszczenie się naskórka. Choroba trwa od 2 do 8 tygodni. W dostępnej mi literaturze znalazłem podobny przypadek opisany przez MOURK'a (Casopis lékařů českých Nr. 1 r. 96—K otazce exfoliativních dermatid). Kobieta, lat 22, dostała gorączki, bólu głowy i członków, osłabienia i wysypki rumieniowej w postaci plam różnej wielkości na różnych miejscach tułowia. Doświadczała przykrego swędzenia.

Z rozpoznaniem płonicy wstąpiła do szpitala, gdzie przy t. niżej 40⁰, znaleziono: skórę głowy, twarzy, szyi, tułowia, całych górnych kończyn i ud pokrytą wysypką czerwoną i łuszczącą. Dziesiątego dnia od początku choroby ciepłota spadła, lecz czerwoność skóry dopiero w trzecim tygodniu zmniejszać się poczęła, ale i w końcu czwartego tygodnia nie odzyskała skóra barwy naturalnej. W trzy miesiące potem, nowy napad podobnej choroby. Gorączka znikła czwartego dnia, łuszczenie nader obfite. W trzecim tygodniu choroby, gdy skóra jeszcze nie wracała do stanu prawidłowego, chora wypisała się. W trzy miesiące po drugim napadzie nastąpił trzeci, zakończony wyzdrowieniem.

PRZYPADEK OSTREGO ZWĘŻENIA KRTANI wskutek oparzenia gorącym kartoflem.

Podał

D-r N I S E N S O N,

lekarz ambulatorium szpitala Starozakonnych w Warszawie.

Dnia 6 lutego r. b. o godzinie 11 $\frac{1}{2}$, wieczorem wezwany zostałem do 1 $\frac{1}{4}$ rocznego dziecka Mendla H., u którego znalazłem stan następujący: duszność w wysokim stopniu, sinica, oddech 40 na minutę, tętno zaledwie wy-czuwalne, przytomność umysłu niezupełna, tony serca słabe, czyste, oddech w płucach oskrzelowy, kończyny zimne. Stan bezgorączkowy. Żrenice rea-gują na światło. Badanie jamy ustnej i gardzieli dało wynik ujemny. Ząbków dziecko ma 8. Przednie ciemiączko niezupełnie zamknięte. Dolne kończyny przedstawiają ślady krzywicy.

Od rodziny dowiedziałem się, iż dziecko żadnych poważniejszych chorób nie przechodziło, iż tego dnia było zupełnie zdrowe, nie kaszało, bawiło się dzień cały, mocz oddawało kilka razy, stolce regularne. Wieczorem o godz. 9 były podane gorące kartofle na kolację. Dziecko wzięło kilka kawałków tej potrawy i prędko zjadło. Po kolacyi dziecko położyło się spać i nie zdradzało nic szczególnego. W pół godziny później, około godz. 10, dziecko przebudziło się z pewną dusznością. Wezwany felczer zadał pół łyżeczki winka emetyko-wego. Dziecko kilka razy zwymiotowało; duszność jednakże nie ustępowała, a nawet się powiększała. Wobec trwającej wciąż duszności rodzice mię we-zwali. Kierując się opowiadaniem rodziców i nie słysząc typowego dla krupu kaszlu, skłonny byłem do przypuszczenia, iż prawdopodobnie nastąpiło opa-rzenie krtani, spowodowane zjedzeniem zbyt gorącego kartofla, które dopro-wadziło do ostrego obrzęku krtani. Uprzedziłem tedy rodziców o grożącym niebezpieczeństwie operacyi — przecięcia tchawicy. Tymczasem spróbowałem środków przeciwzapalnych na samą krtani (dwie pijawki po obu stronach, zim-ne okłady na szyję) i drażniących lewatyw.

Jednocześnie wezwałem chirurga do pomocy. Laryngoskopu przy sobie nie miałem. Jeszcze przed przybyciem kolegi — chirurga, po dosyć znacznym upływie krwi (krew się sączyła z ran przez kwadrans po odpadnięciu pija-wek), duszność zaczęła się zmniejszać, dziecko stopniowo wracało do przy-tomności, tętno się poprawiło. Wobec zmniejszającej się, aczkolwiek jeszcze dosyć wybitnej duszności, postanowiliśmy wstrzymać się z zabiegiem chirurgi-cznym i zaleciliśmy lodowe okłady na szyję, przestrzykiwania gardła z lodowej wody, kawałki lodu do łykania i środek pobudzający do wewnątrz. Nazajutrz zrana zostałem powtórnie wezwany i stwierdziłem jeszcze niewielką duszność, stan bezgorączkowy, przytomność zupełną, tętno 80. Badanie wziernikiem, mimo wielkich trudności z powodu wieku dziecka, wykazało przekrwienie więzów nalewkowo-nagłośniowych, strun głosowych i nagłośni. Następnego dnia zastałem dziecko zupełnie zdrowe.

Zachodzi więc teraz pytanie, co mianowicie spowodowało taką silną du-szność. Dziecko po przyjęciu środka wymiotnego kilka razy wymiotowało, i tem samem kartofel został wydalony. Nie poprzedziła również żadna zaka-

żna choroba, wskutek której mogłaby się wywiązać jakaś duszność (mocznica). Pozostaje tedy rozstrzygnąć, czy duszność ta była objawem istniejącej w nieznacznym stopniu krzywicy, czy też skutkiem oparzenia. Przeciwno zwężeniu krtani właściwemu dzieciom, cierpiącym na krzywicę, przemawia zbyt długie trwanie samego napadu i stopniowy jego rozwój do kulminacyjnego punktu, taki napad przychodzi i znika prędko.

W danym przypadku duszność z większym lub mniejszym natężeniem trwała 12—16 godzin. Można przeto było przypuścić, iż gorący pokarm, (kartofel) przeszedłszy przez przelyk oparzył tylną powierzchnię tylnej ściany krtani i wywołał z początku nieznaczne przekrwienie, które szybko przeszło w nacieczenie więzów bocznych krtani. Utrudniony wtedy oddech przebudził dziecko, które zaczęło się wciąż coraz więcej dusić. Możliwym jest, iż istniejące z początku wskutek oparzenia nieznaczne przekrwienie powiększyło się później wskutek przyjęcia wymiotnego środka, i stan chorego tem samem się pogorszył. W każdym razie jednakże zbawienny i rychły wpływ środków przeciwzapalnych przemawiałby więcej za stanem zapalnym krtani, niż za napadem duszności, która nieraz występuje w przebiegu krzywicy.

Przypadek ten, aczkolwiek przedstawiający niektóre wątpliwości, zasługuje jednakże na zanotowanie z tego względu, iż łatwo było się omylić i przyjąć go za krup w okresie zaduszania się — wtedy cała odpowiednia terapia chybiłaby celu.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

30. LEYDEN. **O odżywianiu chorych w okresie ostrych chorób gorączkowych.** Cechy charakterystyczne stanu gorączkowego, które należy brać zawsze pod uwagę przy odżywianiu tego rodzaju chorych, są następujące: podniesiona ciepłota ciała, brak łaknienia, silne pragnienie, suchość w ustach, zmniejszanie się ilości soku żołądkowego oraz ruchowej działalności żołądka, osłabienie serca oraz zaburzenia ze strony nerek, spowodowane zwiększonym wydzielaniem się azotu. Dążeniem naszym winno być, aby pożywienie nie potęgowało wyżej wspomnianych objawów stanu gorączkowego, a przeciwnie, te ostatnie zmniejszało. Stosownie do tego, pożywienie powinno być płynne, przegotowane, a następnie ostudzone; podawać je należy w ilościach niewielkich; ilość płynów może być duża, gdyż przez to potęguje się działanie nerek, a co zatem idzie i wydzielanie się jadu infekcyjnego. Dla podtrzymania działalności serca można stosować napoje wysokie. Zwiększone wydzielanie się azotu jest oznaką wzmożonego rozpadu tkanek, ten zaś znów, trwając względnie długo, może zagrażać życiu chorego. Otóż pytanie, jakie ma być pożywienie, aby temu wszystkiemu przeszkodzić?

Przyczyną rozpadu białka nie jest jedynie zbyt szczupły dowóz pożywienia, spowodowany brakiem łaknienia, ale według autora, odgrywają tu ważną rolę jeszcze toksyny bakterii, które po części nekrotyzują komórki narządów i czynią niemożliwą asymilację białka. Tego rodzaju przypuszczenie prowadzi do wniosków, iż gorączkującym należy dostarczać takiej ilości pożywienia, jaka konieczna jest do przeszkodzenia wyniszczeniu. Dla tego też autor proponuje chorym w okresie ostrych chorób gorączkowych dostarczać 2500 kaloryi, najlepiej w 100 gram. białka, 100 gram. tłuszczu i 300 gram. węglowodanów. Na czele wszystkich środków spo-

żywczych, któreby najlepiej odpowiadały temu zadaniu, postawić należy mleko, jest ono bowiem płynne, rzadkie, łatwo się sterylizuje, zawiera w 1 litrze aż 650 kaloryi, a przez niektóre domieszki można je uczynić jeszcze pożywniejszem. Rozpoczyna się stosowanie mleka zwykle od dawek niewielkich, 4—5 razy dziennie po szklaneczce, naprzemian podaje się wodę, lemoniadę, zupy, bulion, herbatę, kawę oraz w niewielkiej ilości wino. Ogólna ilość płynów przez dzień powinna wynosić mniej więcej 3 litry. Stopniowo dawki mleka się zwiększa, można dojść do 2, a nawet 3 i 4 litrów przegotowanego mleka na dzień, ma się rozumieć, o ile chory dobrze mleko znosi. Po upływie pewnego czasu można zacząć dodawać do mleka śmietankę oraz cukier mleczny. Śmietanki dodajemy z początku $\frac{1}{10}$, a później $\frac{1}{4}$ ogólnej ilości mleka, cukru zaś mlecznego 50 grm. na 1 litr mleka. Gorączkujący, którzy otrzymują dostateczną ilość mleka oraz tyle wina, ile tego wymaga stan serca ($\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ litra przez dzień), mogą więcej pożywienia już nie przyjmować. Zdarza się, iż chorzy mleka nie znoszą, wtenczas należy spróbować mieszaniny mleka z kawą, herbatą, czekoladą, z naparem mięty, lub też z odwarem kminku; można też do mleka dodawać po łyżeczce koniaku. Jeżeli chorzy skarżą się na przykry smak gotowanego mleka, to można spróbować metody GAERTNER'a, która polega na tem, iż gotujemy mleko we flaszkach o długich szyjkach, szczelnie zalanych parafiną, aby nie dopuścić powietrza. Zaleca się też w takich razach mleko kwaśne i kefir. Gdy zaś mleko w takiej postaci wywołuje wymioty i rozwolnienia, natenczas stosuje się zupy mączne, do których, chcąc je uczynić pożywniejszemi, dodajemy pewną ilość somatozy, peptonu, nutrozy, żółtko od jajka i t. d. Naprzemian podawać należy bulion, kawę, herbatę i soki owocowe.

Pożywienia stałego w zasadzie gorączkującym się nie daje, jeżeli zaś zachodzi ku temu nagląca potrzeba, chory nie znosi mleka, i grozi mu wyniszczenie, to daje się skrobane mięso, purée z kartofli i t. p., ale wszystko w ilościach nader niewielkich. Dyetę wyżej wspomnianą stosujemy także przez przeciąg pierwszych dni bezgorączkowych i dopiero później stopniowo, bardzo ostrożnie przechodzimy do pożywienia zwykłego, im chory więcej czuje się na siłach, tem mniejszą uwagę zwracamy na dyetę. Autor jest zdania, iż należyte pożywienie w długotrwałych ciężkich postaciach gorączkowych, jako to w tyfusie, zapaleniu opon mózgowych i ropnicy jest rzeczą pierwszorzędną wagi dla życia i powrotu do zdrowia chorego. (*Die Therapie der Gegenwart*, Nr. 1, 1899). *Mieczysław Dobrzyński.*

3. L. SCHROETTER. **Leczenie miażdżycy tętnic.** Na wstępie autor rozpatruje sprawę profilaktyki. Aby ustrzedz się wystąpienia miażdżycy starczej, należałoby życie całe uregulować w ten sposób, aby jaknajmniej zużyć układ naczyniowy, a więc ciąglą zwracać uwagę na prawidłową przemianę materji, na odpowiednie żywienie, ruch fizyczny i t. d.; prócz tego należałoby usunąć wszelkie wzruszenia natury moralnej, i osobnik musiałby nie być obciążonym dziedzicznie; a więc są to warunki do wykonania niemożliwe, tembardziej że i pomimo ich wypełnienia zagrażałaby jeszcze ciągle możliwość nabawienia się choroby zakaźnej.

W najwcześniejszym okresie choroby, który THOMA nazywa „*Angiomalacie*“, i kiedy występuje tylko utrata sprężystości naczyń i większa ich rozciągliwość, — udałoby się przy pomyślnych warunkach życia, przy unikaniu wpływów, szkodliwie oddziaływających na naczynia, wstrzymać dalszy rozwój miażdżycy, lecz według autora i to jest wobec warunków obecnego naszego życia do przeprowadzenia prawie niemożliwe. W każdym razie jednak obowiązkiem lekarza jest wskazać choremu właściwy tryb życia, zalecić już to dłuższe wypoczynki po ciężkiej pracy fizycznej, już to ćwiczenia mięśniowe popracę umysłowej. Co się tych ostatnich tyczy, to według prof. SCHROETTER'a na uwagę zasługują głównie jazda konna i wio-

słowanie, dobroczynny wpływ których objaśnia się także i działaniem świeżego powietrza, wzmożeniem czynności narządów oddechowych i wreszcie istniejącym współcześnie pobudzeniem duchowym.

Prócz ćwiczeń mięśniowych należy zalecić choremu dyetę mieszaną, dozwolnić umiarkowanych ilości alkoholu.

RUMPF obliczył, że w 2715 ctm. sz. mleka, wprowadzanych do ustroju dziennie przy dyecie wyłącznie mlecznej, znajduje się 4,826 gr. wapna z magnezją; ponieważ zaś dyeta mleczna znajduje często zastosowanie właśnie w miażdżycy tętnic, RUMPF obawia się, czy wprowadzoną ilością wapna nie przyczyniamy się do większego jeszcze zwapnienia ścian tętnic, i radzi zastąpić mleko dyetą następującą: 250 gr. mięsa, 100 gr. chleba, 100 gr. ryby, 100 gr. kartofli i 100 gr. jabłek. — Prócz powyższego należy choremu w tym okresie cierpienia zabronić nadużywania alkoholu, ograniczyć palenie tytoniu i unormować czynności przewodu pokarmowego.

Kiedy objawy stwardnienia tętnic są już wyraźne, autor radzi rozróżniać 2 okresy: okres z zachowaniem wyrównaniem, przebiegający bez objawów pod — i przedmiotowych, i okres zniesienia wyrównania. W okresie pierwszym oddawna zalecany bywa jodek potasu, lecz według autora bezpodstawnie: wyników pomyślnych nigdy nie spostrzegął, a z drugiej strony dłuższe użycie owego leku spowodować częstokroć zaburzenia w trawieniu, podrażnienia błon śluzowych, i wreszcie w późnych okresach choroby wskutek osłabienia czynności serca może spowodować obrzęk płuc. HUCHARD jednakże gorąco zaleca jodek sodu (jodek zaś potasu przeznacza wyjątkowo w stanach zapalnych aorty ostrych i przewlekłych) na przemian z jodkiem potasu w dawkach dziennych od 1—3 gr., stosując w ciągu dłuższego czasu i urządzając 10-dniowe przestanki, podczas których przepisuje nitroglicerynę. Pomyślne skutki otrzymywał od jodku sodu również VIERORDT, zwłaszcza w dusznicy bolesnej (od 1—3 gr. dziennie). Wreszcie KLEIST zaleca jod w postaci 6% *jodvasogenu* (3 razy dz. po 8—12 kropel w $\frac{1}{2}$ godz. po jedzeniu). — Leczenie wodami Marienbadzkimi lub Karlsbadzkimi, jako trwające tylko parę tygodni, nie może być wystarczające przy leczeniu cierpienia tak przewlekłego, jakim jest miażdżyca tętnic.

W okresie drugim, kiedy czynność serca staje się upośledzoną i występują rozmaite objawy nieżytowe i obrzęki, — celem leczenia staje się powiększenie sprawności serca oraz ułatwienie krążenia w tętnicach obwodowych. Na pierwszym miejscu postawić tu należy leczenie mleczne, które autorowi daje zawsze wyniki wyśmienite. Stosuje on w początku 1 litr dziennie mleka słodkiego lub kwaśnego, w dawkach małych, dochodzi następnie do 3—4 litrów dziennie, i ciągnie leczenie 8—10 dni, poczem następuje kilkudniowa pauza, podczas której chory otrzymuje pokarmy mieszane, i znowu wyłącznie mleko w ciągu 8—10 dni i t. d.

Jeśli zachodzi potrzeba działania szybszego, to należy stosować naparstnicę (*Inf. fol. Digitalis e* 1,5—150,0 w ciągu 2—3 dni); nie trzeba nadmieniać, że stosowanie naparstnicy wymaga ścisłej kontroli lekarza; zastąpić ją można przez *T-ra Strophanti*, chininę, kofeinę.

W celu ułatwienia krążenia w tętnicach obwodowych można poprobować gorących kąpeli lub masażu kończyn dolnych.

Wreszcie autor przechodzi do sprawy leczenia dusznicy bolesnej na tle zmian w tętnicach wieńcowych i rozróżnia tu leczenie samego napadu dusznicy i okresu międzynapadowego. Podczas napadu więc zaleca zachowanie możliwie bezwzględnej spokoju, okłady zimne lub ciepłe na okolicę serca, środki drażniące skórę, gorącą herbatę do wewnątrz, ciepłe wino. Ponieważ jednak najwybi-

tniejsze objawy stanowią zazwyczaj przygnębiające uczucie strachu i silny ból, przeto koniecznem staje się zastosowanie narkotyków i najczęściej morfiny, którą autor radzi zastrzyknąć pod skórę w dawce 0, 01, uprzedzając o możliwości wystąpienia powikłań.

Wobec istniejącej zazwyczaj współcześnie bladoci chorego, spowodowanej zwężeniem odruchowem naczyń obwodowych, — można postarać się zwalczyć ten objaw za pomocą najskuteczniej działającego w tym kierunku amylnitritu; autor przepisuje go w kapsułkach żelatynowych, zawierających po 3 krople leku, które chory wylewa na chusteczkę i wdecha. Mniej pewne działanie posiada nitrogliceryna i prócz tego jeszcze często wywołuje przykre objawy uboczne, jakoto: ból głowy, zaćmienie, uczucie gorąca i t. d.

Po za tem autor poleca jeszcze *erythroltetranitrit* (30 pigulek z 0,5 leku, od 1—3 pigulek dziennie). Związki bromowe w tych przypadkach działają zbyt powoli; dobre wyniki wreszcie daje wdechanie podczas napadu chloroformu.

Pomiędzy napadami należy stosować naparstnicę w małych dawkach, naprzemian z *T-ra Strophanti* lub kofeiną.

(„Die Ther. der Gegenwart“ Heft 1. 1899.).

W. Rubin.

32. A. E. HALSTEAD i E. R. LE COUNT. **Gruźlica gruczołu sutkowego.** ASTLEY COOPER ogłosił w r. 1836 pracę o złośliwych obrzękach sutek. Pierwszym, który dokonał rozpoznania na mocy badania drobnowidzowego, był LANCEREAUX (r. 1860); oprócz niego nikt tego nie uczynił aż do końca roku 1880; w tym czasie VIRCHOW nawet powątpiewał, czy należy uważać jakikolwiek z przypadków opisanych za autentyczny. Dopiero DUBAR przedstawił w r. 1881 pracę, w której dowiódł istnienia gruźlicy sutki, znalazłszy na to wszystkie dane mikroskopowe, włączając i laseczniki. Obecnie mamy 77 przypadków, cytowanych w literaturze, z których 43 badano pod drobnowidzem. Cztery przypadki dotyczyły mężczyzn, w jednym było powikłanie gruźlicą jądra. DUBAR rozróżnia dwie postaci gruźlicy sutki: 1) rozsianą, i 2) zlewną. Pierwsza odznacza się przewlekłością, objawy początkowe bardzo niewyraźne, bolesność występuje po latach trwania choroby. Wtedy znajdujemy przy badaniu jeden lub kilka oddzielnych, twardych, ruchomych guzków, przy niezmienionym kształcie i objętości gruczołu. Gdy jest jeden tylko guzik, znajduje się on prawie zawsze w górnej zewnętrznej części sutki; jeżeli jest ich więcej, mogą się zlewać, i z czasem powstają przetoki. Postać rozsiana jest znacznie rzadsza od zlewnej (*confluens*), która ma początek więcej nagły, przebieg szybszy i sprawia bóle; ogniska niekiedy dochodzą do wielkości pomarańczy. Wyjątkowo pierwszym objawem może być wrzód na skórze, poczem powstaje zakłęśnięcie brodawki, a później dopiero zjawiają się guziki. W 75% współcześnie istnieje *lymphadenitis axillaris* tej samej strony ciała. VERNEUIL twierdzi, że zapalenie gruczołów jest sprawą pierwotną, a zajęcie samej sutki jest cierpieniem wtórnem. Należy jednak pamiętać, że pierwotny guzik może być niedostrzeżony aż do czasu zajęcia gruczołów chłonnych, i że te ostatnie ropieją rychło, gdy guzik pierwotny dość długo pozostaje niezmienionym. Niekiedy obrzek pierwotny sutki bywa połączony z zajęciem gruczołów pachowych przy pomocy pasemka stwardniającej tkanki, dającego się łatwo wyczuwać; takie pasemko należy do najcharakterystyczniejszych oznak omawianego cierpienia.

Zwykłym zejściem tego cierpienia jest powstawanie przetok; po zropieniu jednych ognisk powstają nowe, i samowyleczenie zdarza się nader rzadko. Badanie anatomiczne wykazuje, że w postaci rozsianej guziki różnej wielkości — od łepka szpilki aż do wielkości migdała — leżą pośród zdrowej tkanki, środek ich bywa woskowo żółtawy, czasem zwapniały, warstwy zewnętrzne szarawe, sama sutka

niepowiększona. W postaci zlewnej sutka bywa większa i niesymetryczna, np. część zewnętrzna wystaje najwięcej. Przetoki istnieją tu zawsze, tkanka gruczołu stwardniała, zawiera liczne jamy, zwykle połączone z sobą i posiadające mnóstwo uchyłków; ściany jam stanowi tkanka zgrubiała, od której idą wyrostki do tkanki zdrowej, wewnątrz jama pokryta jest cienką i miękką szarawą błoną. Tkanka sąsiednia usiana jest małymi gruzełkami, sterzącymi nad powierzchnią cięcia. Trzecią postać stanowi, według ROUX'a, ropień zimny; jest ona rzadka i występuje zazwyczaj po ciąży lub poronieniu. Autor nie wierzy, by zakażenie następowało przez przewody mleczne i zwraca uwagę na fakt, że badanie zwłok w wielu przypadkach wykazuje ogólną grzlicę prosówkową. FORRITINI stwierdził na podstawie dokładnego badania, że grzlica wymienia u krowy bywa zawsze wtórna, należąc do objawów grzlicy ogólnej.

Rozpoznanie grzlicy sutki jest, wogóle, trudne; należy pamiętać, że mięsak rośnie szybko, sprawia ból i przechodzi na skórę, że *adenofibroma* daje guziki więcej ruchome, że w torbielach wykrywamy chęłbotanie i obecność płynu surowiczego, że klejak (*gumma*) jest rzadki, zajmuje zazwyczaj obie sutki i występuje przy innych objawach, świadczących o istnieniu przymiotu. Najtrudniej rozróżnić postać zlewną od promienicy, lecz ta ostatnia rzadko przechodzi na gruczoły chłonne.

Leczenie — jak w obrzękach złośliwych, wyjąwszy przypadki, powikłane grzlicą ogólną.

(*Annals of Surgery*. 1898).

A. Marcinkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 marca r. b.

TREŚĆ: 1) FR. NEUGEBAUER — Przedstawienie dwóch chłopców z wrodzoną „*obesitas universalis*“¹. 2) WŁ. STANKIEWICZ — Przedstawienie. a) 3 kamieni pęcherza moczowego, b) preparatu raka pęcherza, c) wyciętej kości śródstopia w przypadku *malis perforantis pedis*. 3) A. KOZERSKI — Przedstawienie chorej z licznymi brodawkami. 4) K. WISŁOCKI — „Przyczynek do nauki o padaczkę 1 jej leczeniu“.

1) Kol. FR. NEUGEBAUER przedstawił dwóch chłopców 7 i 8 lat z wrodzoną „*obesitas universalis*“ czyli „*lipomatosis, adipositas universalis*“; starszy z tych chłopców waży 185 funtów, młodszy zaś 160. Ogólny stan zdrowia chłopców jest jak najlepszy i nie zdradza zwykłej ociężałości fizycznej i umysłowej tłuszciochów.

2) Kol. WŁ. STANKIEWICZ przedstawił 3 kamienie pęcherza moczowego, operowane jeden przez kruszenie, 2 zaś przez cięcie nadłonowe. Jakkolwiek metodę kruszenia uważa kol. S. za normalny sposób leczenia kamieni moczowych, to jednak są przypadki, w których kruszenie nie da się zastosować, i trzeba się uciec do operacji krwawej. Dzięki udoskonaleniu techniki operacyjnej przez zastosowanie szwu na ranę pęcherza, operacja krwawa, t. j. cystotomia, nie tylko chroni chorego od tak niebezpiecznego powikłania, jakim był kiedyś bardzo często zaciek moczowy, ale nadto przez skrócenie czasu gojenia stara się dorównać operacji kruszenia.

Jeden z przedstawianych kamieni, wagi 10 gramów, złożony z moczanów, wy dobył kol. S. przez cięcie nadłonowe z pęcherza 4-letniego dziecka, po 2 tygodniach rana skórna była zagojona, i mocz swobodnie odpływał drogą prawidłową. Drugi kamień wydobyty został również przez cięcie nadłonowe z pęcherza 58-letniego mężczyzny; kamień, wielkości małego jaja kurzego, złożony ze szczawianu wapnia, był tak twardy, iż nie można było go kruszyć. 6-go dnia po operacji

kol. S. usunął szwy skórne, rana zarosła przez rychłozrost; 10-go dnia usunięto cewnik, i od tej chwili chory oddaje moczkę drogą naturalną.

Następnie kol. S. przedstawił preparaty drobnowidzowe raka pęcherza moczowego, operowanego u 64-letniego mężczyzny. Rozpoznanie nowotworu w tym przypadku mogło być stwierdzone jedynie przy pomocy cystoskopii. Nowotwór znajdował się na bocznej lewej ścianie pęcherza. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry.

Wreszcie kol. S. pokazał odpiłowany kawałek 5-ej kości śródstopowej z główką, gdzie na granicy nasady (*epiphysis*) z trzonem (*diaphysis*) znajduje się ograniczona utrata istoty kostnej (*usura*), jako skutek przewlekłego zapalenia kości, które dało początek wytworzeniu się na podszewie wrzodu drążącego, znanego pod nazwą: „*mal perforant du pied*”. Kol. S. miał sposobność operować kilka takich przypadków i zawsze znajdował w kości źródło choroby.

3) Kol. A. KOZERSKI przedstawił młodą kobietę z licznymi brodawkami na twarzy, szyi i w okolicy paznokci.

4) Kol. K. WISŁOCKI wygłosił: „Przyczynek do nauki o padaczce i jej leczeniu”.

Nadmieniwszy o związku, jaki zachodzi pomiędzy częstością i natężeniem napadów, a sposobem żywienia się chorych, dotkniętych padaczką, o szkodliwym dla tych chorych wpływie napojów wysokokowych, podniecających i diety mięsnej, prelegent podaje wyniki, jakie otrzymał przy stosowaniu w ciągu ostatnich 4 lat diety wyłącznie mlecznej w 30 z górą przypadkach padaczki: w jednych wystąpiła znaczna poprawa, w niektórych zaś zupełne ustąpienie napadów.

Zestawiawszy wyniki, kol. W. dochodzi do następujących wniosków: „1) Leczenie mleczne co do wpływu swego na zmniejszenie częstości napadów padaczkowych nie tylko dorównywa kuracyi bromowej, lecz nieraz nawet ją przewyższa. 2) Leczenie mleczne nie może spowodować zatrucia (jak to bywa z bromem) i w niektórych przypadkach może być przez czas dłuższy stosowane bez szkody dla ustroju i 3) tam, gdzie dłuższe stosowanie bromu albo mleka jest niemożliwe, pożądane wyniki osiągnąć można przy stosowaniu obu tych środków naprzemiennie”.

Wyniki te, zdaniem kol. W. mają znaczenie nie tylko dla lecznictwa, lecz jednocześnie rzucają pewne światło na samą istotę choroby, przemawiają one bowiem za poglądem na patogenezę padaczki, który uważa ją za wynik zaburzeń w przemianie materii i przenosi ją z grupy nerwic do szeregu chorób ustrojowych.

Rozebrawszy poglądy na padaczkę i na mechanizm napadu padaczkowego i uprzytomniwszy wyniki badań wielu autorów nad przemianą materii u chorych padaczkowych, kol. W. dochodzi do wniosku, iż dla powstania napadu padaczkowego konieczne są dwa warunki: 1) nadwrażliwość kory mózgowej i 2) obecność w sokach ustroju pewnej ilości ciał, działających na elementy kory mózgowej.

Pogląd przeto kol. W. jest pośredni pomiędzy dawniejszą, czysto nerwową, i nową — czysto intoksykacyjną teorią.

Z takiego poglądu na istotę padaczki wysnuwa kol. W. i wskazania lecznicze. W terapii więc powinniśmy dążyć: 1) do zmniejszenia pobudliwości układu nerwowego, i 2) do zapobiegania nagromadzeniu się w ustroju ciał, działających na korę mózgową, a więc przez odpowiednie pożywienie, przez pobudzanie wydzielin i t. p.

Wymaganiom pierwszego warunku odpowiadają preparaty bromowe, drugiego zaś — pożywienie mleczne.

Wnioski, do jakich dochodzi kol. W. przy stosowaniu leczenia mlecznego u chorych padaczkowych, są następujące: „1) Teoria, stawiająca padaczkę w za-

leżności od samozatrucia i nadmiernej pobudliwości (wrodzonej czy nabytej) elementów kory mózgowej odpowiada najczęściej obecnemu stanowi nauki. 2) Najdzielniejszą bronią w walce z padaczką jest dyeta mleczna i preparaty bromowe. 3) Z uwagi, iż uboczne działanie soli bromowych na ustrój może być bardzo szkodliwe, wskazanem jest każdy przypadek padaczki próbować leczyć mlekiem; użycie bromu wskazane jest wtedy, kiedy leczenie mleczne stosowane być nie może, lub jeśli samo przez się nie wystarcza do usunięcia napadów, i 4) w wielu razach bardzo korzystnem okazuje się kombinowanie (jednocześnie lub naprzemian) mleka i bromu“.

W dyskusyi kol. Wł. GAJKIEWICZ sądzi, iż stosowanie diety mlecznej u chorych, dotkniętych padaczką, o ile mleko bywa dobrze przez nich znoszone, jest racjonalne. Nie zgadza się jednak z poglądami kol. WISŁOCKIEGO, jakoby badania w ostatnich czasach upoważniały przenieść padaczkę z grupy nerwic do szeregu chorób ustrojowych, i jakoby leczenie mleczne w tej chorobie miało działanie lecznicze. Z dotychczasowych bowiem badań nad przemianą materii u epileptyków możnaby wnosić tylko tyle, iż nie odbywa się ona prawidłowo, lecz anormalność ta prawdopodobnie jest tylko jednym z objawów epilepsyi, a nie jej istotą. Co do leczenia mlecznego, to ze spostrzeżeń kol. WISŁOCKIEGO nie wypływa stanowczy dowód o leczniczem działaniu mleka w padaczce. Przypadków tych obserwował kol. W. za mało i za krótko.

Zdaniem kol. L. RZECZNIOWSKIEGO zapatrywanie się na padaczkę, jako na chorobę ustrojową, jest przedwczesne; toksyny bowiem dotąd nie są znane; po za toksynami prawdopodobnie istnieje wiele innych przyczyn, które mogą wywoływać napady padaczkowe.

Kol. R. nie sądzi również, aby sama mleczna dyeta mogła usunąć objawy padaczki.

Kol. E. BIERNACKI utrzymuje, iż niema bezpośrednich dowodów na to, że epilepsya nie jest pierwotną chorobą układu nerwowego, ale wtórnym zbiorem objawów ze strony układu nerwowego wskutek zatrucia ośrodków nerwowych przez produkty nieprawidłowego utleniania, jak również niema zupełnie danych, by epilepsyę uważać za pierwotną chorobę nerwową. Co do epilepsyi, wątpliwem jest, czy znajdziemy odpowiednie dowody drogą badania moczu, należy szukać charakterystycznego zбочenia utleniania we krwi i sokach ustroju. Dotychczasowe wskazówki skłaniają do stosowania w leczeniu padaczki czynników dyetetyczno-higienicznych. Spostrzeżenia kol. W. są bardzo ciekawe i zasługują na dalsze badania.

Kol. NUSSBAUM sądzi, iż pewne toksyny, być może, mogą wywoływać napady padaczkowe; być może, że są one jednym z momentów powstawania padaczki. Fakty jednak takie, jak te, że są padaczki, które powstają z przestrawu, że spotykają się jednostki wrażliwe, które, gdy ujrzą napad padaczkowy, myślą o tem z niepokojem przez czas pewien i dostają pierwszego napadu epileptycznego, dalej, że w rodzinach nerwowo obarczonych widzimy u jednych osobników padaczkę, u drugich psychozy — wszystkie te fakty dowodzą, że padaczka polega na pewnych zmianach układu nerwowego, nie zaś na zmianach w przemianie materii. Zdaniem kol. NUSSBAUMA zaakcentowanie przez kol. W. stosowania mlecznej diety w padaczce jest bardzo właściwe, a obawy co do używania bromu są nieco przesadzone.

W przekonaniu kol. T. DUNINA spostrzeżenia kol. W. zasługują na uwagę. Za wiele jednak wagi przypisuje kol. W. sprawie samozatrucia ustroju, o autointoksykacyi bowiem dotąd nic nie wiemy. Co do padaczki, nie mamy żadnych wskazó-

wek, aby to miała być choroba, zależna od zatrucia ustroju. Kol. DUNIN sądzi, iż mleko może być tylko środkiem pomocniczym w leczeniu padaczki.

Kol. A. CIĄGLIŃSKI określiłby „padaczkę, jako chorobę nerwową, rozwijającą się na tle ogólnych zaburzeń ustrojowych“ i szczegółowo motywuje swe określenie.

Co się tyczy praktycznych wniosków prelegenta, to zdaniem kol. CIĄGLIŃSKIEGO, należałoby je formułować nieco szerzej, oświadczając się nie tyle może za wyłączną dyetą mleczną, ile za dyetą wogółą nie mięsną, a więc choćby tylko roślinną.

Kol. A. FABIAN sądzi, że sama obserwacja kol. W. dodaje poparcia do stosowania mlecznej dyety w padaczce, a stosowanie przez czas dłuższy bromu wywołuje pewne otępienie umysłowe i osłabienie pamięci.

Zdaniem K. RYCHLIŃSKIEGO mleczne leczenie, jak wiele innych środków, nie leczy padaczki, gdyż wyleczyć cierpienia, podścieliskiem którego jest wrodzona wrażliwość kory mózgowej, nie można.

Ze środków, uspokajających wrażliwość kory, kol. R. oddaje pierwszeństwo bromowi, który stosuje w praktyce według metody BECHTEREWA. Nie należy jednak bromu podawać *à la longue* w dużych dawkach, lecz należy robić przerwy.

W odpowiedzi na poczynione uwagi kol. WISŁOCKI przeczy, jakoby uważał padaczkę za chorobę czysto ustrojową i negował element nerwowy w jej powstawaniu. Jeżeli przytoczył w swej pracy teorię intoksykacyjną, to przedewszystkiem dlatego, że w jej świetle najłatwiej wytłomaczyć się dają wyniki stosowanej przez niego metody. Kol. W. nie miał na myśli owych ciężkich zaburzeń w odżywianiu, które, u każdego przeciętnego osobnika są w stanie same przez się wywołać napad padaczkowy, lecz owe nieznaczne odchylenia od normy w przemianie materii, które, przechodząc bez skutków u osobników z prawidłową pobudliwością kory mózgowej, przy specjalnych warunkach układu nerwowego dać mogą odczyn padaczkowy. Zdaniem kol. WISŁOCKIEGO, i wszelkie nagłe wzmożenie pobudliwości kory mózgowej stwarza warunki, przy których ta ilość ciał padaczkotwórczych, która przedtem nie wystarczała do wywołania napadu, już go wywołać jest w stanie. Tem można sobie wytłomaczyć zjawianie się napadów padaczkowych pod wpływem takich czynników, jak strach, ból i t. p. Leczenia mlecznego w leczeniu padaczki kol. WISŁOCKI nie uważa za panaceum; ponieważ jednak metoda ta dała mu w spostrzeganych przypadkach wyniki zadawalające, zasługuje więc na wypróbowanie.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 8 kwietnia 1899 r.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej dnia 8 kwietnia r. b. d-r ŁAZAROWICZ zaznaczył fałszywe uprzedzenia naszego społeczeństwa względem zawodu akuserek. To też w instytucie położniczym warszawskim na obu kursach są tylko 3 polki. Za to t. zw. babek wiejskich bez przygotowania naukowego, kandydatek do kursów 4 miesięcznych, zgłasza się po 200 na 12 wolnych miejsc. Babek takich wypuszcza instytut 36 rocznie, a potrzeba ich przynajmniej 100 rocznie na nasz kraj. Dla powiększenia liczby przytułków położniczych Towarzystwo higieniczne powinno rozesłać odezwy do zarządów wiejskich i do towarzystw dobroczynności

prowincjonalnych. Babki należy zaopatrzyć w odpowiedni dla nich podręcznik akuszerki. Niezmiernie pożądanym byłoby urządzenie w Warszawie 6-tygodniowych kursów praktycznych akuszerki dla lekarzy. Przy dyżurach lekarskich nocnych konieczny jest akuszer.

D-r KORYBUT-DASZKIEWICZ żąda, żeby wszelkimi środkami zapoznać jak najszerszy ogół z niezbędnością czystości w akuszerki i z tem, czego można i trzeba wymagać od niższego personelu, podającego pomoc położniczą. Prócz przytułków położniczych towarzystwa dobroczynności prowincjonalne powinny tworzyć oddziały położnicze przy szpitalach. I w oddziałach takich i w przytułkach powinny się kształcić babki wiejskie. Ścisłe określenie ich praw, wzbronienie im wszelkich operacji oraz praktyki w większych miastach, często powtarzane egzaminy, zobowiązanie do donoszenia o każdym przypadku gorączki u położnic, bezpłatne udzielanie im przez gminy najprostszych środków do antyseptyki i aseptyki, oto środki zaradzenia złemu. Konieczne są nadto posady płatne babek wiejskich gminnych. Każda położnica, wymagająca pomocy operacyjnej, winna być przyjmowana bezpłatnie do najbliższych szpitali z pominięciem formalności pasportowych.

D-r POPIEL proponuje założenie przy jednym z przytułków położniczych nowej prywatnej szkoły babek wiejskich, któraby utrzymywała się z opłat uczennic, a co do programu i przepisów była wierną kopią szkoły babek przy instytucie. Przytułek położniczy mógłby wypuszczać corocznie 30 babek, a każda z nich mogłaby być przez czas nauki przy 10 porodach. Projekt ten postanowiono po dokładniejszym opracowaniu przesłać radzie towarzystwa dla przedstawienia władzom.

Z rozpraw okazało się, że i dziś już przytułki położnicze kształcą babki wiejskie, choć bardzo nieliczne. D-r TOMASZEWICZ-DOBRSKA np. wypuściła ich 9 w ciągu lat 15. D-r TYRCHOWSKI z zakładu dla ubogich matek — 5. Wszystkie one przez długie przebywanie w zakładzie przygotowały się doskonale do praktyki położniczej, ale na wsi pozostaje z nich tylko kilka. Główny szkopuł do kształcenia większej liczby babek w przytułkach stanowi szczupłość dzisiejszych lokalów i niechęć właścicieli domów do wynajmowania mieszkań pod przytułki położnicze.

Wydział uznał konieczność jak najliczniejszych przytułków położniczych w całym kraju i potrzebę dla nich oddzielnych domków. Dalszy ciąg rozpraw nad pomocą dla rodzących odbędzie się dnia 6 maja.

Odczyt ludowy o szczepieniu ospy uzyskał zatwierdzenie p. kuratora.

D-r PUŁAWSKI przygotował odczyt ludowy o alkoholizmie.

Najbliższe posiedzenie wydziału dnia 22 kwietnia, prócz ochronek i szczepienia ospy zajmie się sprawą domów przedpogrzebowych i izolacyjnych.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

ZYGMUNT KRAMSZTYK.

Szkice krytyczne z zakresu medycyny.

Warszawa, str. 362, 1899 r.

Szkice krytyczne Z. KRAMSZTYKA przedstawiają całokształt działalności pisarskiej tego autora; jest to zbiór prac, ogłoszonych w czasopiśmie w ciągu ostatnich 16 lat, zbiór prac, powiązanych ściśle jedną przewodnią ideą i mających jasno wy-

tknięty cel przed sobą. Dla czytelnika, nieobeznanego z tętnem naszego życia naukowego, zbiór ten przedstawia się, jako szereg luźnych artykułów krytycznych, poruszających najrozmaitsze zagadnienia praktyczne i naukowe; jeżeli jednak szkice te rozpatrzmy w związku z ruchem naszej społecznej literatury lekarskiej, wtedy wystąpi dopiero na jaw cała ich oryginalność i niepospolite znaczenie pedagogiczne.

Nasza medycyna była i jest dotychczas odgłosem kierunków i przewrotów, jakie zachodzą w nauce lekarskiej narodów zachodnich. Nowych metod, nowych kierunków naukowych nie tworzymy i nie tworzyliśmy nigdy, co najwyżej przerebaliśmy tylko tematy, ztamtąd zaczerpnięte. Przyczynki, jakie nasi autorowie wnieśli do nauki o chorobach żołądka, o hematologii klinicznej i o pewnych postaciach chorób nerwowych nie powstały samorzutnie, lecz pod wpływem metod i tematów, wytworzonych i poruszanych w medycynie niemieckiej. Słowem, nauka nasza jest właściwie naśladownictwem nauki zachodniej, ztamtąd czerpie ona tematy dla prac, metody badania i cały ogólny kierunek naukowy. Jak w każdym naśladownictwie, tak i tu wszystkie błędy i wady występują jaskrawiej i górują ponad zaletami.

Spółczesny kierunek nauki lekarskiej na zachodzie nie jest bez pewnych zasadniczych wad, wynikających bezpośrednio ze ściśle empirycznego kierunku badania. Literatura lekarska rozrosła się nadmiernie, lecz równocześnie wartość prac naukowych zmniejszyła się. Upředzenie we wnioskowaniu i w ocenianiu faktów spostrzeganych stało się tak zwykłym błędem w piśmiennictwie lekarskim, że różnica pomiędzy faktem a hipotezą, pomiędzy rzeczywistym zjawiskiem a subiektywnym poglądem autora prawie zupełnie zatarła się, i czytający wśród tego chaosu najrozmaitszych zdań często nie wie, czemu ma wierzyć.

Do tych zasadniczych błędów, tkwiących w samej metodzie empirycznej, bezkrytycznie stosowanej w naszym piśmiennictwie, przyłączyły się jeszcze wady, wynikające z naśladownictwa. Nieufność we własne siły, lekceważenie prac swoich, brak twórczości i bezkrytyczny kult powag zagranicznych — oto wady, które u nas coraz to więcej uczuwać się dawały. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy upadek stanowiska, zajmowanego niegdyś przez lekarzy w społeczeństwie, to zrozumimy, że stan medycyny u nas przedstawiał dużo błędów i wad zasadniczych i wymagał koniecznie poprawy. Trzeba było błędy te ujawnić i wskazać środki do poprawy. Zadanie to obrał dla swej działalności pisarskiej Z. KRAMSZYK i w całym szeregu szkiców krytycznych poruszył wszystkie zagadnienia podstawowe naszej nauki, wskazał, gdzie tkwi błąd, i jak go ominąć można. Nie mogę treści tych szkiców obszernie tu podawać, muszę poprzestać tylko na ogólnym zarysie zagadnień, tam poruszonych.

Przedewszystkiem autor wyróżnia ściśle w medycynie naukową jej stronę od praktycznej. Autor jest zdania, że medycyna właściwie jest sztuką leczenia, opartą na podstawach naukowych. Nieprawdą jest, mówi autor, że medycyna, że leczenie to bezpośredni wynik wiadomości naukowych, proste ich zestawienie. Tak nie jest, owszem w leczeniu ogromną rolę odgrywa wprawa nabyta, i z tego względu medycyna jest rzemiosłem. Niema w tem nic ubliżającego, gdyż medycyna jako rzemiosło, jest niewątpliwie najważniejszym i najtrudniejszym ze wszystkich rzemiosł i, ze względu na szczytny cel, jaki ma przed sobą, zasługuje na wielki szacunek. „Kogo los na stanowisku lekarza postawił, mówi autor, powinien wzbudzić w sobie zamiłowanie do swych zajęć, polubić je, bo zawód lekarski sam w sobie, niezależnie od badań naukowych, może życie człowieka wypełnić“.

Medycyna, jako sztuka, ma swoje zasady, które bardzo często błędnie są pojmowane. Aby okazać te błędy, autor rozbiera w całym szeregu szkiców owe zasady medycyny praktycznej, mówiąc kolejno: o rokowaniu, o pewności w leczeniu, o racjonalnem leczeniu, o doświadczeniu lekarskiem. Nie podobna mi tu streszczać tych szkiców, nadmienię tylko, że w pracy o rokowaniu autor wybornie skreślił różnicę, zachodzącą pomiędzy przepowiadaniem zjawisk i skutków w naukach takich, jak astronomia, fizyka, chemia, a rokowaniem lekarskiem. W końcu rozbiera autor podstawy rokowania lekarskiego, te podstawy upatruje w porównaniu zjawisk spostrzeganych i w dokładnej znajomości przebiegu zmian patologicznych. Piękny jest końcowy rozdział tego szkicu, gdzie autor ostrzega lekarzy, że w rokowaniu, tak jak w każdej swej czynności, lekarz powinien mieć na celu dobro chorego a nie własną sławę i tym podobne egoistyczne pobudki. „Nie po to jedynie, nie po to głównie, mówi autor, zostaje człowiek lekarzem, aby zyskać sławę i to wszystko, co ona za sobą przynosi, ale przede wszystkim po to, aby zdrowie i szczęście ludziom przynosić“.

W szkicu „o pewności w leczeniu“ autor zwraca przede wszystkim uwagę, że leczenie jest wynikiem potrzeby, wrodzonej każdemu człowiekowi. „Nawet tam, mówi autor, gdzie lekarz jest przekonany, że żadnej choremu nie przyniesie korzyści, obecność jego nie jest wcale zbyteczną“. W dalszym ciągu rozbiera autor złudzenia, jakim ulegają chorzy przy leczeniu, i jakim bardzo często ulega sam lekarz. Słusznie autor na te ostatnie złudzenia kładzie wielki nacisk i poucza, jak należy unikać tych błędnych wniosków, i w jakich warunkach mieć możemy tylko pewność o skuteczności leczenia. W następnym szkicu spotykamy rozbiór t. zw. racjonalnego leczenia. Prawdziwie racjonalne leczenie tylko wtedy osiągnięte być może, kiedy istotnie leczenie na rachunku będzie się opierać. To zaś, co dziś nazywamy racjonalnem leczeniem, t. j. leczeniem, wypływającym z pojmowania sprawy chorobowej, bardzo często jest błędem „bo można, mówi autor, bardzo błędnie postępować, a jednak racjonalnie“. Zdanie to popiera całym szeregiem przykładów i ostatecznie przychodzi do wniosku, że nie teoria powinna kierować naszym postępowaniem lekarskiem, lecz doświadczenie.

Bardzo dobry jest również szkic „o doświadczeniu lekarskiem“, gdzie autor demaskuje śmiałość i stanowczość wprawnych lekarzy praktyków, wskazując, że ta stanowczość nie polega bynajmniej na doświadczeniu, a tylko na rutynie.

W szkicu „granice okulistyki“ autor wkracza w dziedzinę bardzo ważnej kwestyi, mianowicie: specjalności w medycynie i na licznych przykładach wskazuje błędy, jakie tkwią w zasadzie samych specjalności. Nie narząd, zdaniem autora, stanowić powinien o granicach specjalności, lecz technika i wprawa ręczna. „Gdyby operacje, jako sposoby leczenia, nie istniały, nie rozwinęłyby się z pewnością żadne specjalności lekarskie; jeżeli uda się kiedyś nauce zastąpić te sposoby innymi sposobami, specjalności istnieć przestaną“.

Druga część szkiców ma na celu rozbiór podstawowych zagadnień naukowej medycyny. Naukę autor określa następującym sposobem: „Nauka to gmach, zbudowany w umyśle ludzkim z cegiełek, dostarczonych przez spostrzeganie, a spojonych i w całość złożonych przez myśl, po części nawet przez wyobraźnię“. Spostrzeganie więc i myśl — oto główna podstawa nauki i wiedzy. Dlatego też autor zaraz na początku ostro krytykuje erudycję, która u nas rolę wiedzy częstokroć odgrywa. W dwóch pierwszych swych szkicach: „o referatach“ i „o cytatach“ autor surowo gani nadmiar referatów w naszych pismach lekarskich. „Referaty, mówi autor, rozszerzają wprawdzie wiedzę czytelnika, ale jej nie pogłębiają, a więc przy nadmiernem użyciu powodują szkodliwą jednostronność umysłową“. W in-

nem miejscu spotykamy następujące gorąco odczute zdanie: „Nie o to starać się mamy przedewszystkiem, aby wszystko wiedzieć, lecz o to, by pragnąć wiedzy, by badać i myśleć; na myśleniu samodzielnem polega najważniejszy, uszlachetniający wpływ nauki. Nie pozwolić żyć wyłącznie myślami cudzemi, nie pozwolić zasnąć myśli własnej, ale ją pobudzać, utrzymywać przy życiu, a przy sprzyjających warunkach tę wciąż tlejącą iskierkę rozdmuchać w ognisko: to ważne, ważniejsze od innych zadanie pisma naukowego“.

W cytatach, tej najprzedniejszej ozdobie naszych prac naukowych, autor słusznie widzi naśladownictwo, brak samodzielności i zależność umysłową. Doskonale kreśli przyczyny tej zależności umysłowej: nadmiar czytania, brak siły twórczej umysłu i brak zmysłu spostrzegawczego. Z książek można posiadać tylko erudycję, ale prawdziwa nauka zaczerpnięta być może tylko z jednej wielkiej księgi — a tą jest przyroda. Spostrzeżenie i fakt kliniczny są nie tylko źródłem, ale i sprawdzianem wszystkich naszych teorii i tłumaczeń. Aby jednak fakt kliniczny miał znaczenie rzeczywistego faktu, musi być samodzielnie i bezstronnie spostrzegany. Rzecz to nie łatwa; „aby dojrzeć coś, dotąd niedostrzeżonego, i aby innym to wskazać, należy patrzeć na świat własnymi oczyma, potrzeba mieć samodzielność, przymiot niezmiernie rzadki.... bo człowiek nie patrzy na fakt nowy nieuprzedzonymi, nowonarodzonymi oczyma, ale patrzy i postrzega umysłem, który ma liczne wiadomości, teorie i uprzedzenia, i świat widzi w barwie tych swoich uprzedzeń i teorii“. To też w ocenie faktów, spostrzeżeń potrzebna jest jaknajściślej-sza krytyka; wszystkie te myśli, których tutaj dla braku miejsca nie możemy szczegółowo streszczać, autor wyłożył w szkicach: „o kazuistyce lekarskiej“ i „o fakcie klinicznym“.

Spostrzeżenie nie jest zjawiskiem biernym, nie dość jest widzieć, aby spostrzedz, trzeba umieć patrzeć, trzeba wiedzieć, co chcemy zobaczyć. To też w czynności spostrzegania, a głównie w doświadczeniu ogromną rolę odgrywa myśl, nawet wyobraźnia. Autor tej „myśli“ w nauce nadaje wielkie znaczenie; „myśli samodzielnej, śmiałej a ściślej, myśli swojskiej służyć pragnie „Krytyka lekarska“, mówi autor w prospekcie do tego pisma. Autor gotów jest nawet rozgrzeszyć myśl z błędów (szkic: „w obronie błędów“). „Z uczonym tak, jak z myśliwym: nie chybi ani razu ten tylko, kto strzelby nie miał w ręku“. „Jest trudniej, zaszczytniej i pożyteczniej tworzyć błędy, niż je powtarzać, i stokroć więcej przyniosły nauce błędne teorie, niż zbyt trwożliwe błędów unikanie“.

Wogóle ze szkiców KRAMSZTYKA, a szczególnie z tych, które autor pisał w ostatnim czasie (fanatyzm eksperymentu, cel jako wskazówka badania, w obronie błędów), odbiera się wrażenie, jakoby autor za wielki nacisk kładł na myśl, na tworzenie z pewnym uszczerbkiem dla badania i spostrzegania. Może autor miał tu na myśli ogólny kierunek nauki za granicą, gdzie rzeczywiście daje się zauważyć szkodliwa przewaga empiryi. W naszych jednak stosunkach przedewszystkiem należy się obawiać za daleko sięgających uogólnień i marzycielskich teorii. W psychologii naszego narodu uderza fakt, że z dwóch zasadniczych czynności umysłu: zdolności upatrywania różnic i zdolności upatrywania podobieństw, ta ostatnia jest u nas więcej rozwinięta. Daru spostrzegawczego, wogóle rzecz biorąc, nie posiadamy i nie posiadaliśmy nigdy, za to wyobraźnię mamy bardzo rozwiniętą. Nadmierny rozwój syntetycznej zdolności umysłu, nie trzymanej w szrankach przez dar spostrzegawczy, spowodował przewagę wyobraźni w całym naszym duchowym jestestwie. Byliśmy i jesteśmy jeszcze dzisiaj narodem marzycieli, i tem się zapewne tłumaczy przewaga poezyi i sztuk pięknych w naszym życiu umysłowym.

Teorii rozległych, kunsztownych, nieraz z wielkim talentem budowanych, w naszej literaturze nie brak, że tu wspomnę tylko: teorię jestestw organicznych ŚNIADECKIEGO, teorię jestestw idyodynamicznych NATANSONA, filozofię natury LEVITOUX i t. p., nie uczyniliśmy tylko żadnego prawdziwie wielkiego odkrycia naukowego, i w tem właśnie tkwi jałowość naszej nauki. Nie trzeba więc zachęcać naszych lekarzy do śmiałych hipotez i teorii, lecz przeciwnie, należy hamować wysoce rozwiniętą wyobraźnię i pobudzać ich do systematycznego spostrzegania i doświadczeń. W tym jednym względzie widzę pewien brak w szkicach KRAMSZTYKA. Osobiście nie zgodziłbym się również na poglądy, wypowiedziane w szkicach „o statystyce lekarskiej“, „cel jako metoda badania“, ale jest to rzecz osobistych poglądów, nadająca się do dyskusyi, a nie do zarzutów.

Na tem kończymy streszczenie zasadniczych poglądów d-ra KRAMSZTYKA, wypowiedzianych w szkicach. Dodać jeszcze winniśmy, że książka, oprócz krytyki zasadniczych zagadnień praktycznych i naukowych, zawiera jeszcze kilka życiorysów, a właściwie ocen działalności wybitnych jednostek (HELMHOLTZ, SZOKALSKI, NATANSON, MATLAKOWSKI), oraz kilka ocen dzieł i prac naszych autorów. Oceniając, czy to całą działalność ludzi, czy też pojedyncze prace, d-r K. pozostaje zawsze jednakim: szczerym wielbicielem każdej pracy, mającej na celu dobro społeczeństwa lub nauki, doskonałym tłumaczem myśli autorów i niezmiennie życzliwym dla ich usiłowań. Nawet tam, gdzie się nie zgadza z wypowiedzianymi przez autorów poglądami, nie widać ani mentorstwa, ani złośliwości, lecz tylko szczerze i jasno wypowiedziane przekonanie. Recenzjom d-ra KRAMSZTYKA zawsze przyświeca wypowiedziana przez niego zasada, że „samodzielna nauka i piśmiennictwo rozwijać się mogą tylko na gruncie uznania i życzliwości“....

Dla mnie osobiście szkice KRAMSZTYKA mają jeszcze inny urok, są one nawskroś swojskie, są wynikiem swojskiej tradycji w naszej nauce. Przypomnijmy tylko, że podobne poglądy na medycynę, na erudycję, na konieczność krytyki w rozumowaniu i wnioskowaniu lekarza wypowiedział już CHAŁUBIŃSKI. To jednak, co u CHAŁUBIŃSKIEGO było wzmianką tylko, luźną uwagą, urosło w umyśle KRAMSZTYKA do rozmiarów świadomej zasady, ściśle obmyślanej. Zaslugą KRAMSZTYKA jest i pozostanie na zawsze, że z luźnych uwag swego nauczyciela stworzył cały systemat krytyki lekarskiej, a swoją wytrwałą pracą przyczynił się do wywalczenia mu odpowiedniego stanowiska w naszej nauce. Jedyną, może oryginalną stroną całej naszej nauki lekarskiej jest wytworzenie nieznaney dotychczas nigdzie gałęzi naukowej, t. zw. krytyki lekarskiej, która pierwsze swe podwaliny zawdzięcza CHAŁUBIŃSKIEMU, a cały swój dalszy rozwój KRAMSZTYKOWI.

Władysław Biegański.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= VEIEL stosował z wybornym skutkiem pyrogalol w wilku. W ciągu 3—5 dni nakładał 10% pyrogalol z wazeliną celem zniszczenia chorych tkanek, następnie stosował na chore miejsca 2% takąż maść, pod wpływem której tworzy-

ła się zdrowa ziarnina. To samo leczenie przedsięwziął autor w innych cierpieniach gruźliczych skóry i kości, jakoteż w ropieniu powierzchownych gruczołów chłonnych. Natomiast w głębszych cierpieniach kości, martwakach, jakoteż

w stwardnieniu gruczołów chłonnych należało uciekać się do zabiegów chirurgicznych. Podczas leczenia pyrogalolem trzeba ustawicznie kontrolować mocz, ponieważ spostrzegano białkomocz i krwiomocz. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 44).

= ADDINSELL zwraca uwagę na występowanie zapalenia ślinianki przyusznej po owarjotomiach. W kilka dni po operacji rozwija się zapalenie to obok gorączki i obrzmienia gruczołów podszczękowych odpowiedniej strony. Zazwyczaj przebieg bywa pomyślny i bez ropienia. Cierpienie powyższe, zdaniem wielu autorów, jest pochodzenia nerwowego i zależy ma jakoby od pewnego stosunku jajnika do ślinianki przyusznej drogą nerwu współ-

czulnego. Autor jednakże utrzymuje, iż sprawa szerzy się tu przez układ chłonny, że zatem owo zapalenie ślinianki przyusznej jest przejawem lekkiej posocznicy. (D. M. Zg. 3--99).

= M. HODAVA przeciwko *impetigo vulgaris*, jak również *eczema madidans et crustosum* głowy, twarzy, uszu zaleca maść następującą: *Axung. benz.* 12,0, *Ol. oliv.* 9,0, *Hg. praecip. rubri* 15,0, *Sacchar. albi sublt. pulv.* 6,0, *Ac. carbol.* 0,05—0,5, zależnie od stanu i swędzenia. Cukier przed sproszkowaniem powinien być przede wszystkim dokładnie wysuszony. Znakomite wyniki otrzymywał autor od powyższej maści zwłaszcza w przewlekłych, moknących pryszczycach głowy i uszu u dzieci. (Monatsh. für Prakt. Derm. XXVII. 10). P.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 11 b. m. po nabożeństwie żałobnem, została poświęcona w kościele Św. Krzyża odnowiona tablica pamiątkowa dla ś.p. prof. Polikarpa GIRSZTOFTA. Odnowienie tablicy dokonane zostało staraniem Warszawskiego Tow. Lekarskiego.

— Wyszedł z druku zeszyt I (ogólnego zbioru tom XCVI) „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) K. BRUDZEWSKI. Przyczynek do histologii ran rogówkowych, powikłanych opadnięciem ciała szklстого; 2) H. LANDAU. Badania porównawcze nad metodami oznaczania tłuszczu, wody oraz ciężaru gatunkowego mleka. 3) Wł. KOHLBERGER. Sprawozdanie z oddziału mężczyzn krajowego galicyjskiego zakładu dla obłąkanych w Kulparko-

wie obok Lwowa za rok 1897. 4) R. BARĄCZ. Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli; zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita. 5) A. ŻURAKOWSKI. Bakteryje wody wodociągowej w Warszawie. 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. War. 7) Ogłoszenia.

— W Anglii powstało prawo, na zasadzie którego, sędzia ma prawo skazać na zamknięcie w zakładach dla alkoholków na przeciąg czasu do trzech lat każdego, kto w ciągu roku będzie oddany pod sąd trzykrotnie za publiczne upicie się.

— X międzynarodowy zjazd higienistów ma się odbyć w Paryżu w r. 1900.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog dzieł lekarskich księgarni G. Sennewalda w Warszawie.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie; za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamężni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1ej p.p.

Zakład Leczniczy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulatoryum** codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

DOM HANDLOWY

Emila Skomorowskiego

Warszawa Nowy-Świat Nr. 36.

TELEFONU Nr. 794.

Dostawca Szpitali, Aptek i Składów Aptecznych.

Opatrunki, przybory chirurgiczne, dostawa akurтна,
po cenach umiarkowanych.

Cieplice TRENCZYŃSKIE.

Kąpiele siarczane od 27°—32° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut od stacyi Tepla Trenczin Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski ciepłoty naturalnej. Zakład urządzeniem swem odpowiada wszelkim wymagom. — Najbliżej kąpiele położone domy mieszkalne są: Hotel Teplitz, Drei Herzen, Castell, Sinahaus, Quellenhof. Stosując się do życzenia ogółu, urządzono w b. r. zakład hydropatyczny.

Sezon od 1 maja do końca września.

W maju i wrześniu mieszkanie i stół („pension“) wraz z kąpielą za 3 złr. dziennie.

Dyrekcya rozsyła prospekty bezpłatnie.

Dr. Filipkiewicz, lek. zakładu (zimą Kraków), udziela wszelkich objaśnień. Broszura jego do nabycia w cenniejszych księgarniach.

SKŁAD WIN

i towarów kolonialnych

„pod BACHUSEM“

róg Widok i Marszałkowskiej

Telefonu Nr. 102,

wina lecznicze z renomowanej firmy

MAURCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE

nagrodzonej złotym medalem na wystawie higienicznej

w r. 1896.

Własnego wyrobu nagrodzone złotym medalem na Warszawskiej
Wystawie Hygienicznej w 1896 roku.

KAKAO KURACYJNE,

miałko proszkowane i pozbawione tłustych części po Rb. 1 kop. 30 za 1 funt
oraz

ŁUPINKI KAKAOWE,

jako napój zdrowy, a nie narkotyczny, w cenie 15 kop. za funt
poleca firma

„RIESE & PIOTROWSKI“

w Warszawie.

Sprzedaż hurtowa i detaliczna w kantorze firmy przy ulicy

Elektoralnej Nr. 23 w podwórzu,

detaliczna w filjach

1) Senatorska Nr. 8

2) Marszałkowska N. 109 (róg Chmielnej)

3) Ujazdowska Nr. 20

4) nowo otworzona Elektoralna Nr. 23 od frontu

oraz we wszystkich handlach kolonialnych

w Warszawie i na Prowincyi.

Nowe katalogi ilustrowane franko

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nieźrównane, nader praktyczne Pasy brzuszne

(także pępkowe i nerkowe), zostały nowowynalezione i opatentowane. Są one lekkie i elastyczne, leżą znakomicie i mogą być przez każdego za pomocą umieszczonych na nich śrubek rozszerzone, zwężone, podłużone i skrócone, przez co też są one najdoskonalszymi pasami brzuszными. Otrzymać je można (także pocztą po listownem podaniu miary objętości brzucha w najgrubszym jego miejscu), jedynie w Zakładzie Optycznym - Chirurgicznym J. DREHERA, Szpitalna 6. — Tamże Bandaże rupturowe elastyczne (bez sprężyn) oraz sprężynowe z pelotami gnowemami (nowość!) ściśle przylegające i nie ugniatające, Geradehalter, Pończochy elastyczne, Przepaski ochronne damskie, Narzędzia lekarskie, Wyprawy pługowe, irygatory, Termometry lekarskie minutowe, oraz inne. Okulary i Binokle etc. etc. — Wybór wielki. — Ceny najniższe. — Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

Dla kaszlących i osłabionych:

Słodowy ekstrakt i karmelki „Leliwa”

opatrzone marką fabryczną, zatwierdzone przez Departament Handlu i Przemysłu.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.