

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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do mięsienia gruczołu krokowego. Podał L. Batawia.—Drgawki porodowe (Eklampsya) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. —**WYKŁADY KLINICZNE.** Leczenie raka szyi i części pochwowej macicy w ciąży i porodzie. Podał F. Stepkowski. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 90. Znaczenie oraz technika mięsienia brzucha przy leczeniu przewlekłego zaparcia stołca, w szczególności zaś zaparcia przewlekłego nawykowego. 91. Przyczynek do leczenia napadu astmy. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z d. 18, 20 i 21 października r. b. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Posiedzenie z d. 12 października r. b. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ”

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Batawia—Contribution au traitement des maladies de la prostate par le massage. 2) D-r W. Popiel — Nouvelles contributions concernant la nosologie de l'éclampsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — R 10 Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ”

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Batawia — Beitrag zur Massage der Prostata. 2) D-r W. Popiel — Die eklamptischen Convulsionen im Lichte der neueren Forschungen.

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

PRZYSZYNEK DO MIĘSIENIA GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Podał

L. Batawia (Częstochowa).

W numerze 12-ym „Medycyny” kol. SONNENBERG, podając przyrząd własnego pomysłu do mięsienia gruczołu krokowego, wspomniał o przyrządach FELEKI'ego i FINGER'a, służących do tegoż celu. Ponieważ atoli sprawa mięsienia gruczołu krokowego nie jest wyczerpana, pragnąłbym zabrać w tejże głos i opisać przyrząd, jakim od dłuższego czasu posługuję się do mięsienia omawianego gruczołu.

Dwa są rodzaje przyrządów, używanych do mięsienia gruczołu krokowego: w jednych siła przykłada się wprost do przyrządu, wprowadzanego do odbytnicy, w drugich siła przenoszona bywa z pewnej odległości. W przyrządach pierwszej kategorii siłą tą jest ręka lekarza, przyrządy zaś drugiego rodzaju wprowadzane są w ruch przez odpowiednie motory, które nadają wprowadzonemu przyrządowi ruchy vibracyjne.

Przyrządy pierwszego rodzaju były bliżej omówione i ocenione przez kol. SONNENBERG'a. Do nich zaliczyć można przyrząd FELEKI'ego i niewiele różniący się od niego przyrząd FINGER'a, jak również i podany przez kol. SONNENBERG'a — przyrząd, stanowiący poniekąd przedłużenie palca, mianowicie wskaziciela.

Wszystkie te przyrządy mają tę zaletę, że są proste, i obchodzenie się z nimi nie przedstawia żadnej trudności. Co do przyrządu FINGER'a, który przez czas pewien stosowałem, to, zdaniem mojem, łatwo nim wyczuć gruczoł i można nawet masować nim oddzielne części gruczołu, co z łatwością udawało mi się skutecznie. Nic w tem też dziwnego, przyrząd ten bowiem porównać można z grubym zgłębnikiem. Skoro zgłębnikiem wyczuwamy drobne ciała i nieznaczne nierówności, dlaczegoż nie mielibyśmy wyczuć owym przyrządem dosyć znacznej objętości ciała, jakim jest gruczoł krokowy? Pod tym właśnie względem nie zgadzam się z kol. SONNENBERG'iem, który twierdzi, że, posługując się przyrządem FELEKI'ego lub FINGER'a, nigdy nie możemy być pewni, czy koniec przyrządu znajduje się na wysokości gruczołu.

Sądząc z opisu, mniemam, że przyrząd kol. SONNENBERG'a zdaje się być dogodnym do mięsienia oddzielnych części gruczołu.

Przechodzę do przyrządów drugiej kategorii — przyrządów, służących do mięsienia vibracyjnego.

Tu pozwolę sobie opisać sposób, w jaki ja skutecznie mięsień gruczołu krokowego. Zastosowałem do tego celu taki sam przyrząd, jakiego używa się do mięsienia vibracyjnego serca i krtani. Posługuję się tedy elektromotorem (4), którego ruchy za pośrednictwem rury giętkiej (B) udzielają się specjalnemu przyrządowi, służącemu do mięsienia (C rys. I). Elektromotor wprowadza się w ruch przez akumulator lub też przez baterię elektryczną. Napięcie 12-tu wolt wystarcza, by motor w ruch wprowadzić.

Sam przyrząd masujący składa się z dwóch części: z cienkiego stalowego cylindra, mającego 10 ctm. długości i 13 milim. w obwodzie i zakończonego kulką, która dopasowana jest do zagłębienia, znajdującego się na końcu drugiej części przyrządu, mającej formę walca 13-tu ctm. długości 5 ctm. w obwodzie. Taka była forma przyrządu, jakiego pierwotnie używałem. W praktyce jednakże walcowata forma przyrządu nie okazała się zbyt dogodną, zwieracz bowiem zewnętrzny (*sphincter ani ext.*) bywał drażniony przy szybkich ruchach wprowadzonego przyrządu, co sprawiało pacjentowi ból. Wobec tego zmieniłem walcowatą formę przyrządu na gruszkowatą w ten sposób, by najcieńsza część przyrządu odpowiadała otworowi stolcowemu.

Przyrząd więc, wprowadzany do odbytnicy, ma formę, jaka jest podana na rysunku pierwszym (C), i ma 5 ctm. w obwodzie w tęym końcu i 3 ctm. w cienkim końcu, odległość zaś od końca przyrządu do najcieńszego jego miejsca wynosi $7\frac{1}{2}$ ctm., co stanowi przeciętną wysokość położenia gruczołu krokowego.

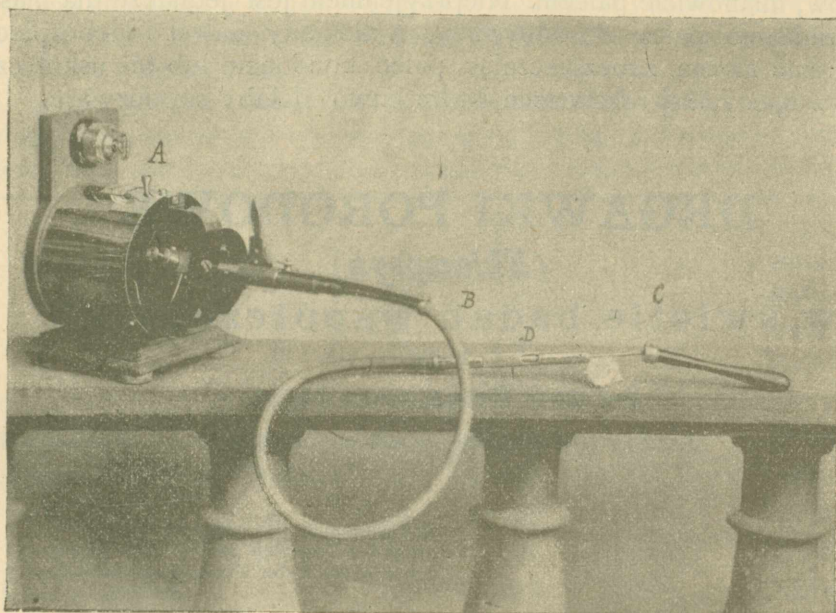
Taraz słów kilka o samem mięsieniu vibracyjnem. Na czem ono właściwie polega? Otóż przyrząd, służący do mięsienia, jest za pomocą rury giętkiej, jak już wyżej zaznaczyłem, połączony z motorem, wprowadzanym w ruch przez siłę elektryczną. Przyrząd masujący (C) przy wprowadzeniu w ruch motoru wykonywa ruchy przedewszystkiem około swej osi podłużnej, a następnie opisuje stożek i to z nadzwyczajną szybkością; mamy więc, skuteczniając mięsienie w ten sposób, kombinację gładzenia, peryodyczne-

go ucisku i uderzania. Przytem, wywierając silniejszy ucisk na rękojeść, która znajduje się na końcu rury giętkiej (rys. 1-szy lit. D), wstrząsamy całym narządem, na który działamy.

Wprowadzając większą lub mniejszą siłę elektryczną, można stosować silniejsze lub słabsze mięsienie, przytem momentalnie możemy wstrzymywać, w razie potrzeby, ruchy przyrządu, nie wyjmując go nawet z odbytnicy,

Rola lekarza polega tylko na kierowaniu przyrządem, wprowadzonym do prostnicy.

Przyrząd, powyżej opisany i służący do mięsienia wibracyjnego, ma tę wadę, że zbyt jest skomplikowany, lecz obecnie, gdy akumulatory u lekarzy nie należą do rzadkości, mięsienie wibracyjne ma przyszłość przed sobą.



Rys. 1.



Rys. 2.

Elektromotoru można też używać i do celów chirurgicznych, nasadzając na rurę giętką piły, trefiny i t. d. Bywają też motory, wprowadzane w ruch nie elektrycznością, lecz za pomocą korby, którą obraca pomocnik. Takim właśnie ręcznym wibratorem, jak słyszałem, posługuje się przy mięsieniu prof. WINTERNITZ w Kaltenleutgeben.

Drugi zarzut, jaki można zrobić omawianemu sposobowi mięsienia, jest ten, że przyrząd nasz nie nadaje się do mięsienia oddzielnych części gruczołu. Lecz i ten zarzut nie jest zupełnie słuszny: przy częstem stosowaniu omawianego przyrządu można dojść do pewnej wprawy i bez trudu wyczuwać pod przyrządem oddzielne płyty gruczołu. Tak np. mam chorego, któremu

masując tylko płat prawy. Początkujący może w ten sposób sobie radzić, że doprowadza przyrząd do tej części gruczołu, na którą chce działać, a następnie dopiero wprowadza w ruch motor.

Przyrząd do mięsienia, połączony z elektromotorem, wykonywa 3,600 obrotów na minutę, co przy stosowaniu przyrządu FINGER'a i podobnych nigdy skutecznie się nie da.

W końcu dodam, że w roku 1881-ym po raz pierwszy został opisany elektromotor w Ameryce przez GOODWILLIE'a, lecz niezależnie od tego w Niemczech został zbudowany podobny motor i opisany przez G. SPIESS'a w „Archiv für Laryngologie“. Obecnie elektromotor został udoskonalony przez prof. BERGMAN'a.

Mięsienie gruczołu krokowego daje się skutecznie i bez specjalnych przyrządów, mianowicie palcem. Nieprzyjemnem jest jednakże dla masującego wprowadzanie palca do odbytnicy, a niekiedy nawet i niebezpiecznem. Zaradzić temu można, zabezpieczając palec kondonem lub też skuteczniając mięsienie w specjalnej rękawiczce, która łatwo dałaby się oczyścić.

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsya*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

Die Eelampsie ist leider zum Taumelplatz der Theorien, ja man kann sagen, die Krankheit der Theorien geworden.
(*Zweifel*).

W całym szeregu zmian i spraw patologicznych, jakim podlega ustrój kobiety w okresie płciowego jej życia, najmniej może wyjaśniony, ale przez to samo najciekawszy może punkt stanowią t. zw. drgawki porodowe. Jak gorąco interesowano się tą sprawą — dowodzi nadzwyczaj obfita literatura, dotycząca eklampsyi — każdy rok przynosił i przynosi nowe szeregi prac, spostrzeżeń, teorii i t. d. Pomimo to wszystko jednak istota samego cierpienia zawsze pozostawała nieznaną, a i dotąd nawet nie można jeszcze uważać jej za zupełnie wyjaśnioną. O ile jednak poprzednio teorie były oparte przeważnie na spostrzeżeniach klinicznych lub mniej więcej trafnych domysłach, o tyle w ostatnich czasach badania zwrócone zostały na drogę więcej uciążliwą może, lecz do pewniejszych prowadzącą wyników. Mowa tu o anatomo-patologicznych badaniach, szczególnie drobnowidzowych, oraz o nowych a olbrzymich postępach chemii organicznej i fizjologicznej, co wszystko, razem wzięwszy, może pozwoli nam choć w części wyświecić ciemne strony tego cierpienia.

Ostatnio udawano się także do bakterjologii i patologii doświadczalnej, zaczęto przerabiać, odświeżać, komentować stare — budować nowe torye.

Pojawiła się znaczna ilość rozmaitej treści i wartości prac, wyniki których często wzajemnie się zbijają, wyniki doświadczeń czasami zupełnie są wprost przeciwne oczekiwaniom, a wnioski stoją w sprzeczności z założeniem.

Jak dotąd, zgodnie tylko możemy określić zewnętrzne objawy drgawek, aczkolwiek zaraz musimy się zastrzedz, że nie wszystkie wogóle od porodu zależne drgawki dadzą się pod pojęcie eklampsyi podciągnąć.

Nierównie rzadziej zdarzają się przy porodzie drgawki pochodzenia epileptycznego, histerycznego lub apoplektycznego. Trzeba pamiętać, że kobiety epileptyczki poród wcale nie usposabia do częstszych napadów, chociażby nawet te ostatnie zdarzały się podczas ciąży (SCHROEDER). Napady histeryczne zdarzają się jeszcze rzadziej.

Jak obecnie, pod nazwą drgawek porodowych rozumiemy zbiór objawów pewnego rodzaju cierpienia, którego charakterystyczną stroną są silne zaburzenia w sferze ruchowej i nerwowej. Zaburzenia te przedstawiają rodzaj toniczno-klonicznych drgawek, połączonych z mniejszą lub większą utratą przytomności i z pewnemi zmianami w budowie i funkcji wewnętrznych narządów ustroju chorej. Wiemy także, że cierpienie to zdarza się stosunkowo dość często, a jeszcze częściej kończy się śmiercią.

Częstość jednak pojawiania się drgawek jest dość rozmaita, i autorowie ogromnie nieraz pod tym względem się różnią. Z dostępnej nam literatury podajemy niżej dane statystyczne z rozmaitych czasów i miejscowości.

A U T O R	Liczba porodów	Liczba Eklampsyi	Jedna eklampsya na porodów	%	Miejscowość, skąd zbierano statystykę.
Agafonow	—	—	1 : 96	1,04	Petersburg
Braun C.	24000	52	1 : 438	0,22	Austria
Charles	—	—	1 : 151	0,66	Francya
Eskelin	18130	150	1 : 121	0,83	Helsingfors
Goldberg	—	—	1 : 133	0,75	Drezno
Hausmann	15000	4	1 : 3750	0,02	Niemcy
Herzfeld	64151	173	1 : 380	0,26	—
Lantos	14815	53	1 : 278	0,36	Budapeszt
Lindfors	34293	153	1 : 216	0,45	Szwecya
Löhlein	—	—	1 : 330	0,30	Wszystkie niemiec- kie kliniki
Makiejew	—	—	1 : 337	0,30	Moskwa
Morawčik	2460	28	1 : 88	1,1	Wrocław
Muratow	—	—	1 : 325	0,30	Moskwa
Onufriew	—	—	1 : 108	0,92	Ekaterynburg
Paryszew	—	—	1 : 75	1,3	Petersburg
Paupertow	46539	288	1 : 162	0,62	Moskwa
Schauta	134000	335	1 : 400	0,25	Niemcy
Späth	134345	342	1 : 400	0,25	Niemcy
Szmidt	—	—	1 : 193	0,50	Maryjski dom(?)
Trimble	7829	65	1 : 120	0,83	Ameryka
Veit	139156	902	1 : 154	0,65	Austria i Niemcy
Woff	—	—	1 : 109	0,91	Petersburg

Dane te, jak widzimy, różnią się bardzo między sobą nawet dla jednej i tej samej miejscowości, tak np. dla Moskwy MAKIEJEV i MURATOW podaje $\%$ 0,30, a PAUPERTOW 0,62 t. j. dwa razy większy.

LOEHLEIN z materiału wszystkich klinik całych Niemiec podaje 0,30 $\%$, HAUSMANN 0,02 $\%$, Morawčik we Wrocławiu 1,1 $\%$, a VEIT 0,65 $\%$, GOLDBERG 0,75% w Dreźnie. Istnieje także pewna różnica co do oddzielnych krajów, a raczej stref klimatycznych: najczęściej, jak widzimy, daje się spotykać eklampsya w Petersburgu (0,91%, 1,04% i 1,30%), potem w Ekaterynburgu (0,92%) i w Helsingforsie (0,83%). Dane powyższe przemawiają za dawno już (DÉLORE, DUBOIS, DUGÉS, LACHAPELLE, SMELLIE) wypowiedzianem zdaniem, że istnieje pewien związek między klimatycznymi i atmosferycznymi właściwościami danej miejscowości a pojawianiem się eklampsyi.

SEIFERT, M. ERLICH i inni twierdzą, że drgawki częściej dają się spotykać w zimnej i wilgotnej porze roku. Spostrzeżenia OLSHAUSEN'a stwierdziły, że na półrocze zimowe przypada cokolwiek większa liczba przypadków.

PAUPERTOW spostrzegał na wiosnę 69 przypadków, w lecie 78, w jesieni 54, a w zimie 87, z ogólnej liczby 288.

LANTOS widział na wiosnę 15, w lecie 11, w jesieni 12, a w zimie 17 przypadków drgawek porodowych.

Cyfry powyższe wykazują pewne nagromadzenie się przypadków w zimnej i wilgotnej porze roku, jednakże nie wolno nam przynajmniej dotychczas przyjmować tych spostrzeżeń za podstawę do jakichkolwiek wniosków. Spostrzeżenia innych autorów są wprost przeciwne, i sprawa ta do czasu pozostaje nierozstrzygniętą.

Wracając do częstości eklampsyi wogóle, widzimy, że sama różnorodność danych statystycznych nie pozwala nam na wyprowadzanie jakichkolwiek wniosków.

Przedewszystkiem cyfry powyższe są zbierane na zasadzie materiału klinik i zakładów specjalnych, a wiadomo powszechnie, że pociąg, odbywane w klinikach i t. p. zakładach, stanowią zaledwie niewielką część ogólnej liczby. Dalej, kliniki obfitują wogóle w materiał patologiczny, który bywa tam właśnie *eo ipso* dostawiany, a zatem jasnem jest, że dane cyfrowe, na tej podstawie obliczane, dadzą błędne wyniki, bo tego rodzaju zakłady przypadków normalnych mają mniej a patologicznych znacznie więcej, niż bywa w warunkach zwykłych. Oprócz tego wiadomo, że większą część klientek klinik stanowią osoby z wielu powodów nie mogące w domu odbywać porożeń i najczęściej pierwiastki, co znowu nie przyczynia się do zwiększenia wiarygodności odnośnej statystyki. Nic nakoniec nie wiemy o przypadkach drgawek porożowych w praktyce prywatnej. Najwięcej może zbliżone do prawdy (podług LOEHLEIN'a) byłoby obliczenie przypadków powstałych (a nie przywiezionych już jako takie) w klinikach w stosunku do ogólnej liczby porożeń, w tychże zakładach odbywanych. Co biorąc pod uwagę, niektóre odsetki stanowczo musimy uznać za wygórowane, nawet choćby na ogromnej liczbie porożeń oparte (VEIT 0.65 $\%$). Najwięcej zdaje się zbliżonym do prawdy będzie stosunek 1 : 500 (TYRCHOWSKI), a nawet 1 : 675, jak podają HEGAR i EHLERS.

Jednoznaczne za to mamy spostrzeżenie faktu, że pierwiastki daleko łatwiej podlegają napadom drgawek, niż wieloródki. $\%$ stosunek tu wypada bardzo wysoki na niekorzyść pierwiastek.

BIDDER	podaje, że na 100 eklamptyczek jest	74,3 ⁰ / ₀	pierwiastek
BRAUN C.	" " "	86,3 ⁰ / ₀	"
BRUMMERSTOEDT	" " "	80,5 ⁰ / ₀	"
ESKELIN	" " "	77,33 ⁰ / ₀	"
FRANK	" " "	84,0 ⁰ / ₀	"
GOLDBERG	" " "	87,5 ⁰ / ₀	"
LANTOS	" " "	78,57 ⁰ / ₀	"
LINDFORS	" " "	74,0 ⁰ / ₀	"
LOEHLEIN	" " "	85,40 ⁰ / ₀	"
OLSHAUSEN	" " "	72,5 ⁰ / ₀	"
PAUPERTOW	" " "	75,4 ⁰ / ₀	"
SCANZONI	" " "	79,4 ⁰ / ₀	"
SCHAUTA	" " "	82,6 ⁰ / ₀	"
SEEGER	" " "	81,74 ⁰ / ₀	"

Biorąc zatem przecięciowo, pierwiastki stanowią $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków drgawek, przyczynę tego zjawiska wyjaśnić postaramy się niżej.

Wiek położnic, jak się zdaje, nie gra wybitnej roli (S. FLATAU), jednakowoż między pierwiastkami starszemi nad lat 28 nie spotykamy więcej, niż 25—30⁰/₀ przypadków drgawek (OLSHAUSEN, LOEHLEIN). Według LANTOS'a na ogólną liczbę 53 spostrzeżeń 41 przypada na wiek 20—30 lat, a 11 na 30—35 lat. Wiek zatem młodszy, przeciętnie 20—25 lat, stanowi jakby najulubieńszy okres dla eklampsyi.

W ogóle jednak nie ulega kwestyi, że pierwszy poród usposabia do wybuchu drgawek, wielką rolę zdaje się odgrywać nierozciągliwość miękkich dróg porodowych, szczególnie zaś części pochwowej szyi oraz pochwy, co razem wzięte powoduje silną bolesność skurczów, ponieważ ogromną większość położzeń płodu u eklamptyczek stanowią położenia czaszkowe (308 na 311 spostrzeżeń drgawek, VINAY), mamy zatem prawo wnioskować, że zbyt bolesny ucisk przodującej główki może między innemi być uważany jako *causa efficiens* napadów drgawek. Aczkolwiek STYPIŃSKI twierdzi, że liczba i położenie płodu nie wywiera wpływu na przebieg cierpienia, jednakże poszukiwania WINCKEL'a stwierdziły, że, gdy w warunkach zwyczajnych mamy bliźnięta w stosunku 1⁰/₀, to przy drgawkach spotykamy 11⁰/₀. Mamy również pewne wskazówki, że zwężenia miednicy (STANDE) i zbytńia ilość wód płodowych mogą się zaliczać do przyczyn, usposabiających do wybuchu cierpienia.

Jak wiadomo, eklampsyę spotykamy wyłącznie u kobiet podczas ciąży, w czasie porodu, lub wkrótce potem.

AUTOR	% stosunek spostrzeżeń podczas		
	cięży	porodu	po porodzie
Braun	24,0	52,0	24,0
Eskelin	16,3	62,0	21,48
Knapp	9,1	68,18	22,72
Lantos	9,44	73,58	16,98
Loehlein	4,7	72,3	23%
Morawčik	30,0	50,0	20,0
Schauta	14,0	60,0	26,40
Schroeder	20,0	60,0	20,0
Winckel	23%	60,0	17,0
Olshausen	30,0	56,0	14,0

Widzimy ztąd, że najczęściej, bo przeszło w połowie przypadków, dają się spostrzegać drgawki podczas samego porodu. Wyrażając się zaś ściślej, częściej zdarzają się drgawki podczas (przy końcu) ciąży, niż po jej ukończeniu, t. j. po porodzie. Słuszności tego zdania trudno zaprzeczyć, jeśli weźmiemy pod uwagę wielkość i wagę płodów, urodzonych przez położnice, dotknięte eklampsyą. Waga dzieci, urodzonych w tych warunkach, nigdy nie dochodzi do normy, a czasem jest nawet znacznie niższa.

OLSHAUSEN twierdzi, że u eklamptyczek najczęściej ciąża nie dochodzi do ostatniego miesiąca. Zależy to zaś poprostu od tego, że z chwilą wybuchu choroby zaczyna się jednocześnie działalność porodowa macicy, a przybywający lekarz (błędnie przytem przez obecnych objaśniony), zastaje już obraz *eclampsiae sub partu*. Tego rodzaju przypadków jest prawdopodobnie więcej, niż sądzimy, a co zatem idzie, i statystyka błędnie nam wykazuje największą ilość przypadków drgawek podczas samego aktu porodu, gdyż drgawki najwidoczniej stanowią powikłanie nie porodu, ale właśnie ciąży (STUMPF). Z tegoż samego źródła zdają się pochodzić bardzo częste spostrzeżenia o małej stosunkowo, jak już wspomnieliśmy, wadze i niewielkich wymiarach płodu, urodzonego podczas napadów drgawek.

W ostatnich czasach zauważono, że wzrasta się ilość przypadków drgawek po porodzie. MARJAŃCZYK podaje tu stosunek 66,6, a PAUPERTOW 77. W ciągu ubiegłych dwóch lat na 11 spostrzeganych przypadków mieliśmy sposobność obserwować 6 — po porodzie, zatem więcej, niż 50%.

Zjawianie się eklampsyi w pierwszej połowie ciąży jest wogóle dość rzadkie, aczkolwiek i tu nie brakuje odnośnych spostrzeżeń.

DANYAN widział napady drgawek w 6 tygodniu ciąży, AUVARD i DANIEL oraz DOSENHEIMER opisali przypadki w drugim miesiącu, GUGENHEIM, LEBEDIEW, PAETSCH i SPIEGELBERG w 3 miesiącu ciąży, OLSHAUSEN w 4-ym, SCARLATO, TURAZZA spostrzegali drgawki w 6-ym, a LÉONARD w 7 miesiącu ciąży (w tym ostatnim przypadku ciąża doszła do końca, i poród odbył się całkiem prawidłowo).

OLSHAUSEN cytuje podobnych pięć spostrzeżeń i twierdzi, że, jeśli drgawki rozpoczęte podczas ciąży ustaną, a poród następuje znacznie później, to już podczas porodu się nie powtarzają.

Większość przypadków drgawek poporodowych należy uważać, jako dalszy ciąg napadów, mających miejsce *sub partu* (FEHLING). Niekiedy zdarza się po mniej lub więcej długiej przerwie powtórzenie drgawek, rozpoczętych przed porodem lub podczas porodu, tak np. OLSHAUSEN opisuje podobny przypadek w 36 godzin, a drugi w tydzień po porodzie, LEUDET opisuje przypadek, gdzie powtórzenie napadów nastąpiło w 2 miesiące po porodzie.

Bardzo rzadko wogóle zdarza się wybuch drgawek później, niż 4—5 dnia po porodzie, tak że próbowano nawet oznaczyć granicę dla *eclampsiae post partum* do 14, 24 dni po porodzie (LEGROUX, LUMPE). Z odnośnej kazuistyki mamy pod ręką przypadek NIKOLSKIEGO 8 dnia po porodzie, DAVIS w 12 dni, LOGROUX 14-go, MÉYE 15-go, TISSIER 17-go, a KOFFER i KUNDRAT 18-go, WEST w 21 dni. BREUS opisał przypadek drgawek 23 dnia, LUMPE i OSTHOFF widzieli 24 dnia, a THEILHABER w cztery tygodnie po porodzie. VÖLKEL u 42-letniej położnicy w 5 tygodni po porodzie obserwował wybuch drgawek po spożyciu dużej ilości kawy i jednocześnie ciężkiej pracy. Przypadek SIMPSON'a drgawek w 8 tygodni po porodzie zdaje się być nieprawdopodobnym. Kilka bardzo późnych przypadków opisał VAN der VELDE, który jednocześnie proponuje podział drgawek co do cza-

su wybuchu na: 1) *eclampsia durante graviditate*, 2) *ecl. dur. partu*, 3) *ecl. puerperalis* a) *tarda* i b) *tardissima*.

Wogóle na przypadki zbyt późnej eklampsyi należy zapatrywać się ostrożnie. Wszak możliwe jest często mylne rozpoznanie.

Nadzwyczaj rzadki jest powrót drgawek przy następnych porodach. LUMPE miał sposobność spostrzegać drgawki przy pierwszym porodzie, a później przy drugim i piątym u jednej i tej samej położnicy; OLSHAUSEN opisuje trzy podobne przypadki.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

Leczenie raka szyi i części pochwowej macicy w ciąży i porodzie.

Podał

FRANCISZEK STĘPKOWSKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 44).

Obecnie już wielu akuszerów w leczeniu raka szyi oddaje pierwszeństwo cięciu cesarskiemu pochwowemu w porównaniu z cięciem klasycznym, a to z kilku powodów. Przedewszystkiem po otwarciu otrzewny kiszki nam nie wypadają do rany, ponieważ duża macica, jak dobry tampon, utrzymuje je w karmach i nie pozwala im wysunąć się do pochwy. W razie rozkładającej się zawartości macicy możemy uniknąć septycznego zapalenia otrzewny, jeśli jamę macicy będziemy trzymali otwartą i drenowali. Krwotok po wyjęciu płodu i łożyska łatwiej daje się opanować, niż przy cięciu cesarskim klasycznym. Niema tu takiej obawy atonicznego krwotoku, ponieważ mięśnie trzonu macicy są mniej uszkodzone, niż przy cięciu klasycznym; gdyby nawet pojawiło się krwawienie, to w tamponadzie macicy posiadamy znakomity środek do jego opanowania.

Sztucznego przedwczesnego porodu z następczem wyluszczeniem macicy zalecić nie można, ponieważ przy powolnym przebiegu tego zabiegu rak ma możliwość podczas pracy porodowej przeniknąć po za macicę przez szczeliny w tkankach. Szczególniej niebezpieczną jest rzeczą wyczekiwać dwa tygodnie po porodzie z wyjęciem macicy, jak to jeszcze dziś się praktykuje.

Jeżeli przypadek raka szyi nie nadaje się już do operacji, to wyczekujemy chwili, w której płód będzie zdolny do życia, i wydobywamy go przez cięcie cesarskie pochwe, usuwając przedtem spory kawałek tkanki rakowatej. W celu dogodniejszego leczenia rany będzie tu również właściwe wyluszczenie macicy, mające znaczenie, rozumie się, tylko czasowe.

Przypadków wyluszczenia rakowatej macicy przez pochwę zaraz po porodzie czasowym jest opisanych dotychczas pięć. Pierwszy przypadek CHROBAK'a. Operacja dokonana 24 lutego 1897 r. Dziewięć miesięcy ciąży; rak części po-

chwowej. Ujście otwarte. Obrót. Wyjęto żywe dziecko. Następnie wyluszczone macicę bez jej zmniejszenia. Przebieg po operacji szczęśliwy.

Drugi przypadek FRITSCH'a. Operacja 26 maja 1897 r. Cięża na czasie; rak części pochwowej; ujście maciczne nieco rozwarłe. Nacięcia szyi. Kleszcze. Wydobyto żywy płód. Wyluszczenie macicy łatwe, bez zmniejszania jej rozmiarów. Przebieg po operacji pomyślny.

Trzeci przypadek WINTER'a. Operacja 17 października 1897 r. Otwór zewnętrzny wielkości pięciomarkówki; płód obumarły; *tympania uteri*. Na główkę nałożono kranioklast AUVARD'a. Po wydobyciu płodu wypłynęła z macicy pewna ilość cuchnącego brunatnego płynu. Przemyto macicę dwoma litrami 1% roztworu lizolu. Z powodu cuchnącego wypływu z macicy nie decydował się autor na otwarcie jamy otrzewny. Następnego dnia jednakże ciepłota i tętno były zupełnie prawidłowe; stan ogólny położnicy był dobry. Dopiero w 40 godzin po rozwiązaniu przystąpił WINTER do wyluszczenia macicy. Po uwolnieniu pęcherza od przedniej ściany macicy i po otwarciu jamy DOUGLAS'a, podwiązano podstawy więzadeł szerokich, i w taki sposób udało się uwolnić całą szyję. Następnie otwarto przednie zagłębienie otrzewny. Z powodu jednakże znacznych rozmiarów macicy nie można było podwiązać górnej połowy tkanki okołomacicznej. Dla zmniejszenia rozmiarów macicy, wyciął autor z przedniej jej ściany pewną ilość klinowatych kawałków, i, po założeniu kleszczyków na górną część macicy, udało się ściągnąć dno i nałożyć podwiązki od góry. Operacja trwała 1³/₄ godziny. Chora wyzdrowiała.

Czwarty przypadek SEIFFART'a. Operacja 2 grudnia 1897 r. Cięża na czasie; rak szyi i części pochwowej. Kanał szyi przepuszcza palec. Przecięcie przedniej ściany szyi macicy. Kleszcze; płód żywy. Wyluszczenie całej macicy przez pochwę bardzo utrudnione z powodu dużych jej rozmiarów, rozcięto więc macicę na dwie połowy i w taki sposób ją wydobyto. Następnego dnia śmierć wskutek niedomogi serca. Autor, naturalnie, nie jest zupełnie zadowolony z operacji i przestrzega się, że na drugi raz rozwiązałby chorą w taki sam sposób, jednakże do brzeby wprzód policzył się z siłami chorej, zanimby przedsięwziął wyluszczenie macicy. Z tym poglądem autora trudno się zgodzić. Przedewszystkiem zdaje mi się, że chora zmarła na zakażenie otrzewny z szybkim przebiegiem. Pierwszego dnia po operacji chora czuła się dobrze, następnego jednakże dnia wystąpiły wymioty, wzdęcie brzucha, tętno stało się bardzo szybkim, a następnie nieregularnym, i przy takich objawach nastąpiła śmierć. O badaniu pośmiertnym nic nie wzmiankowano. Następnie, gdy już mamy szyję po większej części swobodną, to wyjęcie macicy po rozwiązaniu wymaga tylko podwiązania więzadeł i przecięcia ich, co stanowić może zwałokę zaledwie kilkunastu minut. Takie zatem przypadki, gdzieby siły chorej nie pozwalały na dokończenie operacji, należeć będą do bardzo rzadkich.

Piąty przypadek JORDAN'a z Krakowa. Dziesiąty miesiąc ciąży; rak części pochwowej. Operacja 13 grudnia 1898 r. Naprzód wyskrobano ostrą łyżeczką wybujałości kalaflorowate, o ile to było możliwe, krwotoku przytem znacznie-szego nie było, następnie wytamponowano gazą jodoformową. W cztery godziny później przystąpiono do operacji. Po uchwyceniu kulociągami resztek obu warg macicznych i ściągnięciu macicy ku dołowi, nacięto całe przednie sklepienie, oddzielono pęcherz od przedniej ściany macicy, następnie nacięto tylne sklepienie i otworzono zatokę DOUGLAS'a. Teraz przeciął operujący przednią i tylną ścianę szyi w kierunku strzałkowym aż do ujścia wewnętrznego. Przy próbach wejścia ręką do macicy pękł pęcherz płodowy, lecz ujście wewnętrzne ręki nie

przepuściło. Nacięto więc przednią ścianę macicy jeszcze na kilka centymetrów ku górze, poczem już łatwo rękę można było wprowadzić do macicy i obrócić płód na nóżkę. Łożysko zaraz odeszło. JORDAN zwraca uwagę, że, dopóki macica była ściągnięta szczypczykami ku dołowi, krwawienie z rany było bardzo nieznaczne. W dalszym ciągu przystąpiono do wyłuszczenia macicy sposobem DOYEN'a. W tym celu przecięto całą przednią ścianę macicy nożyczkami aż do dna, gdy równocześnie asystenci ściągali mocnymi szczypczykami coraz wyższe części brzegów rany, w ten sposób przez otwarte przednie sklepienie wyłoniła się cała macica, którą, po podwiązaniu więzadeł szerokich z obu stron, usunięto. W końcu zeszyto otrzewną zatoki pęcherzowo macicznej z otrzewną zatoki DOUGLAS'a, chwytając w szew po bokach kikuty więzadeł szerokich. Operacja trwała prawie godzinę. Dziecko zmarło w 6 godzin po rozwiązaniu z powodu rozległej niedodmy płuc. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Dla łatwiejszego oryentowania się w leczeniu ciąży, powikłanej rakiem szyi i części pochwowej macicy, jeszcze możliwym do operacji, idąc za radą HERMANDEZ'a, rozdzielię przypadki na 3 grupy.

Do pierwszej grupy należeć będą przypadki do 4 miesiąca ciąży; do drugiej do końca 7 miesiąca i wreszcie do trzeciej grupy przypadki do końca ciąży.

Otóż w przypadkach pierwszej grupy należy macicę wyjąć przez pochwę bez uprzedniego jej opróżnienia. Sposób ten znalazł ogólne uznanie, i chyba wszyscy go stosują.

Co się tyczy przypadków drugiej grupy, to niektórym operatorom, jak OLSHAUSEN'owi, ZINKE'mu i VAN der MAY'owi udało się wyłuszczyć macicę bez uprzedniego jej opróżnienia, zwykle jednak jest to rzeczą bardzo trudną. VAN der MAY proponuje wypuścić wodę płodową w celu zmniejszenia macicy. Można zatem w jednych przypadkach próbować wyłuszczenia macicy wraz z płodem, w innych zaś wyłuszczyć ją po rozwiązaniu chorej.

W trzeciej grupie przypadków należy bezzwłocznie rozwiązać chorą i macicę wydobyć przez pochwę. Jeżeli nacieczenie rakowate rozszerzyło się daleko poza granice macicy na sąsiednie tkanki tak, że macicy wyjąć już nie możemy, a płód jest zdolny do życia, to należy dziecko wydobyć albo przez cięcie cesarskie pochwowe lub cięcie klasyczne, według SAENGER'a, po uprzednim oczyszczeniu wybujałości rakowatych.

Jeżeli zaś płód jest niezdolny do życia, to wyczekać należy jego dojrzałości i w taki sam sposób, jak poprzednio, rozwiązać chorą.

LITERATURA.

E. ALTERTHUM. Vaginale Extirpation eines carcinomatösen Uterus aus dem 6 Schwangerschaftsmonat. Centr. f. Gyn. N. 27. 1897. DUEHRSEN. Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin. 1896. CUROBAK. Vaginale Uterusextirpation bei Carcinom und Schwangerschaft. Centr. f. Gyn. N. 37. 1897. DUEHRSEN. Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft. Centr. f. Gyn. N. 30, 1897. E. HERNANDEZ. Traitement du cancer de l'uterus gravide. Ann. de gynécel. T. XLII. THEILHABER. Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geburt. Archiv. f. Gyn. Bd. 47. OLSHAUSEN. Ueber Carcinom und Schwangerschaft. Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, referirt Centr. f. Gyn. 1897. N. 17. D. O. OTT. O leczeniu raka matki w czasie beremennosti, rodow i w poslerodowom periodie. Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleznij. 1894. Str. 981. E. SCHROEDER. Zur Vaginalen Extirpation des Uterus unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt bei Carcinom und bei Uterusruptur. Zeitschr. f. Geb. Bd. 38.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

90. DOLEGA. **Znaczenie oraz technika mięsienia brzucha przy leczeniu przewlekłego zaparcia stolca, w szczególności zaś zaparcia przewlekłego nawykowego.** Zaparcie stolca bywa chorobą pierwotną, przewlekłe nawykowe zaparcie stolca w ścisłym tego słowa znaczeniu, lub też chorobą wtórną, powodowaną przez cały szereg spraw patologicznych. Nieregularność stolca jest pojęciem bardzo względnym. Są ludzie, którzy wychodzą na stolec dwa razy dziennie, inni raz na 2—3 dni, ale, jeżeli przy tem ilość wypróżnień odpowiada ilości przyjętych przez danego osobnika pokarmów, oraz kał niczem się nie różni od normalnego, natenczas o zaparciu stolca nie ma mowy. Przykre, raptowne zmiany pożywienia podróżu, jazdy koleją i t. p. powodują dosyć często zaparcie stolca, łatwo wprowadzić przemijające po usunięciu przyczyny. Jeżeli zaś przyczyny zaparcia stolca są ustawiczne, natenczas rozwinąć się może przewlekłe zaparcie stolca, następuje bowiem nadmierne rozciągnięcie się grubych jelit, wzdęcie brzucha, osłabienie muskulatury kiszek oraz do pewnego stopnia niedowład kiszkiowego układu nerwowego. Przyczyny wyżej wspomnianego niedowładu kiszek, a co zatem idzie i zaparcia stolca, są bardzo rozmaite: przewlekły nieżyt żołądka i dwunastnicy, jak również inne cierpienia, połączone z nieznacznym odpływem żółci do kiszek, przewlekły nieżyt kiszek, szczególnie grubych, przewlekłe choroby płuc, serca, wątroby, alkoholizm, tyfus, zapalenie otrzewny, blednica, histerya, hipochondrya i t. d. wszystko to może powodować zaparcie stolca wtórne. Głównymi zaś czynnikami pierwotnego zaparcia stolca, zaparcia nawykowego, są: nieprzyzwyczajanie dzieci do regularnego stolca, lekceważenie tego ostatniego w wieku późniejszym, spożywanie pokarmów rozdymających, życie siedzące oraz brak ruchu.

Przy zaparciu stolca pochodzenia wtórnego mamy do czynienia z objawami wszelkiego rodzaju, zależnie od cierpienia głównego; przy zaparciu stolca pierwotnem objawy zwykle bywają następujące: nudności, uczucie pełności w brzuchu, zmniejszenie łaknienia, wiatry, rozstrój ogólny oraz hipochondrya. Leczenie w każdym poszczególnym przypadku winno się stosować do indywidualności chorego: w przypadkach zaparcia stolca pochodzenia wtórnego trzeba zwracać baczną uwagę na cierpienie główne, przy zaparciu pierwotnem na objawy poboczne. Następujące zabiegi lecznicze stosuje się przy zaparciu stolca: środki dyetetyczne, farmaceutyczne, elektroterapię, hidroterapię, leczenie mechaniczne (mięsienie oraz gimnastykę).

I. Środki dyetetyczne: należy zalecać tylko takiego rodzaju pożywienie, które daje obfite wypróżnienie, unikać natomiast pokarmów, spowodujących zatwardzenie. Osoby szczupłe i wynędzniałe powinny jeść częściej, a mniej, osoby zaś cięższej kompleksji mogą jeść najwyżej 3—4 razy dziennie. Zaleca się również picie naczeczko szklanki zimnej wody lub też filiżanki ocukrzonkawej kawy czarnej; najlepiej uczynić to zrana jeszcze w łóżku, poczem w przeciągu 10—15 minut należy spoczywać w skurczonej półleżącej pozycji. Po kolacji, którą spożywać należy niezbyt późno, autor zachwala spożywanie świeżych owoców (jabłek, śliwek, gruszek, winogron) lub kompotów. Mo na spróbować również na przeciąg paru tygodni kuchni wegetariańskiej.

II. Środki farmaceutyczne: w zasadzie należy przy leczeniu zaparcia stolca unikać środków przeczyszczających, gdyż te ostatnie, stosowane zwykle

w nadmiarze, kto wie, czy nie są główną przyczyną atonii kiszek. Tylko w razach wyjątkowych, gdy tego wymaga cierpienie pierwotne, stosujemy wyżej wspomniane środki. W przypadkach uporczywych wielką pomoc przynoszą wody mineralne, gdyż znakomicie poprawiają trawienie. Do wód takich zaliczyć można: Homburg, Kissingen, Rakoczy, Karlsbad i Marienbad. W każdym bądź razie wody te należy stosować ostrożnie i w niezbyt wielkich ilościach, np. osobnikom otyłym i krwistym dajemy jedną szklankę gorzkiej wody zrana.

III. *Elektroterapia*. Posługujemy się zarówno prądem faradycznym, jak i galwanicznym. Przy faradyzacji jeden elektrod pomieszczamy na brzuchu, drugi zaś wprowadzamy do odbytnicy i, robiąc odpowiednie pauzy, wywołujemy krótkotrwałe podrażnienie kiszek. Przy galwanizacji, według HUENERFAUT'a, anodę wprowadzamy do kiszki i przepuszczamy prąd stały 2—5 MA; posiedzenie trwa od 2—5 minut. Aczkolwiek pod wpływem elektryzacji następuje prawie bezzwłoczne wypróżnienie, jednak zabieg ten, według autora, nie może się zaliczać do świetnych, gdyż po pierwsze wpływ elektryzacji na błonę śluzową nie jest nieszkodliwy, a powtórę, ważną rolę odgrywa tutaj oprócz elektryzacji i wpływ psychiczny, wywierany na chorego.

IV. *Hidroterapia*. Ten zabieg leczniczy stosuje się pod postacią zimnych kąpeli nasiadowych, mokrego okładu na brzuch, t. zw. paska NEPTUN'a, prysznica brzucha i zlewania dolnej części brzucha. Nasiadówki stosuje się zimne 10—12° R na przeciąg od 1—5 minut w godzinach poobiednich lub też przed samą kolacją. WINTERNITZ zaleca przy nasiadówkach nakładać na głowę zimny kompres oraz pocierać dla prędszej reakcji ręką skórę brzucha. Pasek NEPTUN'a stosować można na noc lub też na przeciąg 1—2 godz. po obiedzie. Składa się pasek ów z zimnego kompresu, pokrywającego brzuch, na kompres nakłada się ceratkę lub papier gutaperkowy, a na wierzch na to wszystko idzie jeszcze suchy pas wełniany. Do prysznicy brzucha używa się wody 10—15 R; nieco cieplejsza stosowana bywa przy polewaniu dolnej części brzucha. Bardzo pożyteczne jest również wycieranie się zrana zimną wodą. Wspomnieć należy i o irygacjach, często przez ogół publiczności przy zaparciu stolca stosowanych. Enema działa dodatnio tylko na dolny odcinek kiszek, inne środki wywierają wpływ na cały układ kiszkowy.

V. Najważniejszym oraz najlepszym zabiegiem leczniczym w leczeniu zaparcia stolca jest *mechanoterapia* wogólności; na pierwszym zaś planie postawić trzeba mięsienie brzucha. Mięsienie brzucha niejednokrotnie stosowano już dawniej, posługiwano się przy tem kulą SAHLI'ego, przyrządami ZANDER'a, ale leczenie takie do celu nie prowadziło. Mięsienie brzucha, według autora, tylko wtedy choremu przyniesie korzyść, gdy jest wykonywane nie przez laików, a przez lekarza, długość bowiem posiedzenia, siła, z jaką mięsienie robić należy, wszystko to zależy od stanu zdrowia w danej chwili chorego osobnika. Dodatni wpływ mięsienia brzucha zasadza się na tem, iż za pomocą drażnienia mięśni kiszek i odpowiednich splotów nerwowych pobudzamy perystaltykę kiszek, cyrkulację krwi oraz soków w kiskach, zwiększamy działalność gruczołów podbrzusza. Co się tyczy samego wykonywania tego rękoczynu, to należy przedewszystkiem zauważyć, co następuje: Chory powinien spoczywać na sofie, otomanie lub łóżku w półleżącej skurczonej pozycji, t. j. górna część tułowia wzniesiona do góry, a nogi przyciągnięte do brzucha. Dostęp do łóżka powinien być ze wszystkich stron; brzuch chorego winien być odkryty; ręce masującego oraz brzuch chorego smaruje się białą waseliną lub też olejkim parafinowym. Samo mięsienie rozpoczyna się od 1) gładzenia brzucha. Masujący staje

w nieco nachylonej pozycji po prawej stronie chorego i prawą ręką rozpoczyna lekko gładzić dolną część kiszki odchodowej w kierunku od *flexura sigmoidea* do małej miednicy. Podczas gdy prawa ręka wykonywa tę manipulację, lewą rękę umieszczamy na *colon descendens* w miejscu, nieco wyżej położonem od tego miejsca, gdzie przed chwilą spoczywała ręka prawa, i również rozpoczynamy gładzenie z góry nadół. W tym czasie prawa ręka jest już wolna, więc ją znów umieszczamy wyżej, nad lewą. W ten sposób pracując obiema rękoma naprzemiennie, dojdziemy do *colon transversum*; tutaj wykonywamy mięsienie li tylko przy pomocy powierzchni palców, ściśle jeden do drugiego przylegających. Później zwracamy się plecami do twarzy chorego (Nb. jeżeli chory jest bardzo tęgi, autor radzi stawać po lewej stronie) i w dalszym ciągu przeprowadzamy gładzenie po *colon ascendens* aż do *coecum*.

Cała wyżej wspomniana manipulacja powinna trwać wszystkiego od 2—5 minut. Po tej manipulacji następuje 2) wałkowanie całego brzucha. Aby wykonać tę manipulację, należy prawą rękę, jak to zwykle czynimy przy palpacji podbrzusza, położyć pośrodku brzucha na płask, nie rozstawiając palców, lewą rękę umieszczamy na płask na prawej i, poczynając od *regio ileo-coecalis*, lekko naciskając, wykonywamy rękoma ruchy wirujące oraz jednocześnie posuwane. Później opuszczamy napięstek prawej ręki masującej, uciskamy *regio ileo-coecalis*, posuwamy się wzdłuż okrężnicy wstępującej, poprzecznej oraz zstępującej (tu pracujemy samymi palcami) na dół do zgięcia esowatego. Później, nie wywierając ucisku na okolicę pęcherza moczowego, znowu przesuwamy ręce do *regio ileo-coecalis* i rozpoczynamy od początku. Takie krążenia należy wykonywać od 20—25 razy. Później następują ruchy tak zwane „Cirkelreibungen“, 3) które wykonywa się obydwoma rękoma. Masujący siedzi lub też stoi w pozycji nieco na przód pochylonej po prawej stronie chorego, lewą rękę, podobnie jak do palpacji, umieszcza po prawej stronie brzucha, prawą po lewej. Rozpoczynamy zabieg ten zwykle od kiszki odchodowej w kierunku do zgięcia esowatego. Ruchów takich wykonywamy od 20 — 25. Skończywszy ten manewr, rękę umieszczamy nieco wyżej i masujemy w ten sam sposób. Na zakończenie 5—8 razy lekko wałkujemy cały brzuch (patrz Nr. 2). 4) Ruchy drżące, połączone z uciskiem („zitternde Drückungen“). Rękoczyn ten jest bodaj czy nie najtrudniejszy pod względem technicznym. Ruchy te wykonywać można przy pomocy pewnych przyrządów, jak na przykład, przy pomocy wstrząsacza (*concussor*) EWER'a. Co się tyczy ręcznego wykonywania tego zabiegu, to ręce należy na brzuchu ustawić tak, jak to czynimy, wykonywając ruchy Nr. 3, później palcami wykonywamy ruchy lekko drżące, oraz do pewnego stopnia wstrząsające. W ten sam sposób, jak przy Nr. 3, masujemy cały brzuch od 2 do 3 razy.

5) Następuje parokrotne gładzenie brzucha z szczególnem uwzględnieniem okrężnicy poprzecznej.

6) Można następnie spróbować wstrząsania całego brzucha. Obie ręce umieszcza się na odpowiedniej części brzucha i z prawej strony na lewą wykonywamy ruchy wstrząsające. Parokrotne gładzenie brzucha zakończy posiedzenie.

Zaleca się również pewien zabieg, za pomocą którego działamy wprost na *plexus mesentericus*. Rękę umieszczamy pośrodku pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem i wykonywamy ruchy Nr. 3 oraz 4.

Dobrze wykonywane mięsienie brzucha powinno trwać od 7—15—20 minut; z początku posiedzenia powinny być krótsze; stopniowo dopiero można je przedłużać. Najlepszym czasem do wykonywania mięsienia są godziny przedobiednie, jakieś 2—3 godziny po śniadaniu. Pęcherz powinien być opróżniony, ró-

wniez przed mięsieniem pożądanę jest wypróżnienie. W przypadkach uporczywych, aby otrzymać ostatnie, można uciec się do wyżej wspomnianych wód mineralnych lub też do irygatora.

Należy uprzedzić chorego, aby codziennie o pewnej i tej samej porze, nawet nie czując ku temu potrzeby, wychodził na stolec. Przy wypełnionej odbytnicy, szczególnie pierwsze kilka razy, mięsienie należy wykonywać bardzo ostrożnie. Mięsienie wykonywać należy od 4—6 tygodni; później nawet jeszcze przez kilka tygodni po 2—3 razy tygodniowo.

Wogóle rokowanie zależy od tego, czy mamy do czynienia z przypadkami świeżymi, czy też zastarzającymi. W wyżej wspomnianych postaciach wtórnych wynik leczenia zależy od cierpienia głównego. Przysiąc jednak należy, iż, w przypadkach uporczywych, nawet po dodatnim wyniku leczenia, może od czasu do czasu występować zaparcie, wtenczas należy leczenie powtórzyć. Tylko w paru przypadkach i to szczególnie uporczywych, mięsienie zawiodło autora.

Co się tyczy ćwiczeń gimnastycznych, używanych w celach leczniczych w zaparciu stolca, to wspomnieć należy o wszelkiego rodzaju ruchach tułowia oraz dolnych kończyn, opisanych przez SCHREBER'a. Również pożyteczna jest gimnastyka na niektórych przyrządach ZANDER'a.

Z ćwiczeń sportowych zalecać można jazdę na koniu oraz welocypedzie, aczkolwiek jedno i drugie czasami wywiera działanie wprost przeciwne, mianowicie sprowadza zaparcie stolca.

(*Zeit. für diätetische und physik. Ther. Bd. II. Heft 5*). M. Dobrzyński.

91. Fr. RIEGEL. **Przyczynek do leczenia napadu astmy.** Pod nazwą astmy czyli astmy oskrzelowej pojmujemy zbiór objawów, składający się z napadu duszności o charakterze przeważnie wydechowym, z szybko powstającej i ku końcowi napadu znikającej ostrej odmy płucnej, do czego przyłączają się najczęściej objawy oskrzelowe, głośnie rżenie i poświstywanie oraz szczególna plwocina, zawierająca *spirale* CURSCHMANN'a i kryształki LEYDEN'a.

Natura tego cierpienia, nawet w przypadkach, ściśle odpowiadających powyższemu opisowi, prawdopodobnie jednak nie zawsze jest jednakowa. To też i rozróżnianie szeregu postaci tej choroby — na przykład — czysto nerwowej od właściwie oskrzelowej nie ma dość pewnych podstaw. Toż każda astma jest nerwową, bo cierpienie nosa, oskrzeli i t. d. nie stanowi istoty choroby, lecz musi się tu jeszcze przyłączyć pewien moment nerwowy, pewna szczególna pobudliwość dróg nerwowych, gdy się ma napad zjawić. Jest to słowem nerwica, zbiór objawów, wskazujący skurczowe zjawiska w drogach oddechowych i powstające na drodze nerwowej. W praktyce jednak wyraz „astma“ często bywa stosowany fałszywie do przypadków napadowo występującej duszności, bynajmniej nie identycznych z astmą. A właśnie ściśle rozpoznanie tej ostatniej ważne jest ze względu na wskazówki lecznicze wogóle, a w szczególe na postępowanie, zalecone przez autora.

W sprawie istoty astmy wygłaszano najsprzeczniesze zdania. BIERMER uważał skurcz mięśni oskrzelowych, jako źródło choroby, inni — nerwicę naczynio-ruchową, jeszcze inni — skurcz przepony. Przeciw poglądom BIERMER'a przemawiały przez dłuższy czas ujemne wyniki doświadczeń. Dopiero jednak EINTHOVEN'owi udało się przez drażnienie nerwu błędnego (*n. vagus*) wywołać oprócz skurczu mięśni oskrzelowych jeszcze i to, czego nie spostrzegali inni badacze, mianowicie — odmę płucną — objaw nieodzowny astmy. Podobne wyniki otrzymywał też i autor, drażniąc błony śluzowe oskrzeli (wdechowanie amoniaku), przy przecięciu jednak nerwów błędnych doświadczenie nie udawało się.

A więc w pewnym szeregu przypadków mamy zupełnie pewną zasadę uważać astmę, jako sprawę, powstającą na drodze podrażnienia nerwu błędnego, i ztąd zaczerpnąć wskazówki lecznicze. Tyczy się to w pierwszym rzędzie leczenia samego napadu. Zapatrując się nań, jako na skurcz oskrzelowy, stosowano środki uspakajające i nasenne (morfinę, chloralhydrat i t. p.). Od wielu lat stosuje autor w pewnym szeregu przypadków z doskonałym wynikiem atropinę. Autor wychodzi z tego założenia, że należy podzielać na nerw błędny; a że atropina działa w tym kierunku, przekonał się autor, wywołując za pomocą tego środka zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego — czynności, zależnej od nerwu błędnego. W rzeczy samej, stosując w celu szybszego działania zastrzykiwania podskórne w dawce $\frac{1}{2}$ —1 mg. autor często szybko i skutecznie przerywał napad astmatyczny w przeciągu 15—30 minut, i to tem pewniej, im wcześniej stosowano środek. Szczególnie szybko ustępowały objawy odny płucnej. Dodać należy, że skutek jest tem pewniejszy, im ściślej rozpoznany jest przypadek, dalej, że atropina w tych przypadkach wogóle już dawniej zalecona była, jednak nie w celu leczenia oddzielnego napadu, lecz przez czas dłuższy dla uprzedzenia nawrotów. Ale w tym ostatnim kierunku działanie jej jest mniej pewne, a i teoria ani klinika nie zdołały dotychczas stwierdzić dostatecznych podstaw tej metody.

(*Deut. Med. Wchschr.* 41. 1899).

Luxemburg.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny wychowawczej z dnia 18 października r. b.

Po zakomunikowaniu zebrany odezwo do rady (o otwarciu czytelnicy Towarzystwa i o posiedzeniach komitetów), posiedzenie zajęły dwa referaty, poświęcone jednej sprawie, mianowicie sprawie wychowywania idiotów małoletnich.

Kol. HEWELKE, dzieląc dzieci upośledzone na umyśle na dwie kategorie: a) lżejszą (ze zboczeniami funkcjonalnymi) i b) cięższą (ze zboczeniami organicznymi), przedstawił stan obecny kwestyi wychowywania dzieci obu tych grup na Zachodzie. Według danych statystycznych przyjmuje liczbę idiotów w stosunku 1 : 1000 ogólnej liczby ludności danego kraju.

Prelegent proponuje, aby zapoczątkować racjonalne wychowywanie idiotów u nas przez założenie instytucji płatnej dla dzieci osób zamożniejszych.

Drugi z kolei mówca, kol. OŁTUSZEWSKI, zastanawiał się przeważnie nad tem, co rozumieć przez niedorozwój psychiczny, jakie są jego objawy i przyczyny, jak stan ten rozpoznać, a więc odpowiednio leczyć. Wspomniawszy następnie o znamionach zwyrodnienia, główny nacisk położył na zboczenia mowy i ich stosunek do niedorozwoju, rozróżniając, jak i poprzedni mówca, zboczenia ze zmianami lub bez zmian w ośrodkach mowy. Niedorozwój, jako przyczyna niemoty, odgrywa rolę pierwszorzędną.

Na zasadzie swego doświadczenia, jako też wyników, otrzymywanych za granicą, O. mniema, że niedorozwój psychiczny jest uleczalny z wyjątkiem zupełnych idiotów. Według prelegenta nie brak odpowiednich zakładów stanowi przeszkodę do racjonalnego zaopiekowania się idiotami, lecz sami rodzice, niechętnie rozłączający się ze swymi dziećmi, a to z powodu niezdawania sobie sprawy z istoty niedorozwoju i szkodliwego wpływu nieumiejętnego otoczenia.

Wobec tego sądzi, że zadanie społeczeństwa polega głównie na zaopiekowaniu się dziećmi rodziców niezamożnych.

W końcu p. GROSGLIK opisuje genezę i urządzenie tutejszego zakładu żydowskiego dla idyotów na Woli.

Wydział uznał w zasadzie doniosłość i potrzebę zakładu wychowawczego dla idyotów małoletnich, opracowanie zaś projektu powierzył kol. OŁTU-SZEWSKIEMU.

J. P.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków z dnia 20 października r. b.

Po odczytaniu protokołu posiedzenia poprzedniego, sekretarz wydziału odczytał odezwę Rady Tow. Hig., komunikującą, że Towarzystwo Higieniczne uzyskało dla członków swych korzystanie z czytelni Tow. pop. przem. i handlu. Czytelnia otwarta od godziny 8 rano do 10 wieczorem. Do czytelni, oprócz miejscowych pism lekarskich, rada tow. hig. postanowiła zaprenumerować 13 pism, poświęconych higienie, w językach: francuskim, niemieckim, rosyjskim i angielskim.

Po wyczerpaniu spraw bieżących, d-r B. JAKIMIAK wygłosił dwa odczyty:

I. O przyjmowaniu chorych do szpitali.

Prelegent podał szereg rozporządzeń odnośnych władz, ażeby wyjaśnić, o ile lekarze miejscowi mają obowiązek ograniczać przyjmowanie chorych do szpitali. Ustawa z 1842 r. nakazywała o ile można ograniczać przyjmowanie chorych do szpitali nad określoną etatem liczbę. Wobec nowych warunków, zwiększenia się ludności, wielkiej niedostateczności łóżek szpitalnych, wielkiej liczby chorych, corocznie nie przyjmowanych do szpitali dla braku miejsca, wreszcie wprowadzenia podatku szpitalnego, rada miejska poleciła przyjmować chorych, wymagających leczenia szpitalnego, nie bacząc na przepełnienie szpitala. J. protestuje przeciwko formalistycznemu zaspokojeniu chorego, pragnącego się dostać do szpitala, za pomocą wydania mu t. zw. karty odmownej, których liczba jest znaczna, jakkolwiek cel i znaczenie owych kart odmownych nie jest wskazane w żadnym rozporządzeniu. Ze względu na smutne i fatalne warunki, w których muszą pozostawać ludzie biedni, zmuszeni do leczenia się w domu dla braku miejsca w szpitalach, B. J. wyraża życzenie, aby wszyscy lekarze szpitalni zjednoczyli swe usiłowania w celu dawania w istniejących szpitalach opieki jaknajwiększej liczbie chorych.

W dyskusyi, do której powołał przewodniczący A. SOKOŁOWSKI, mówcy (SOKOŁOWSKI, ODERFELD, Z. KRAMSZTYK) podzielili dezyderaty prelegenta; Bron. SAWICKI zaś uczynił tylko zastrzeżenie, aby jednak uwzględnić okoliczność, że nadmierna liczba chorych szpitalnych, pogarszając warunki higieniczne, może zgubnie się odbić na wynikach leczenia chorych szpitalnych.

H. ODERFELD ubocznie poruszył sprawę niesprawiedliwości, jaka dzieje się żydom skutkiem zamknięcia im wstępu do szpitali chrześcijańskich. Na wniosek Z. KRAMSZTYKA uproszono H. ODERFELDA o opracowanie tej sprawy.

II. Rola lekarza naczelnego w szpitalu.

Ustawa 1876 roku, znosząc Radę główną opiekuńczą i Rady szczegółowe w szpitalach, zniosła jednocześnie i te §§ ustawy 1842 r., które dotyczyły Rad szczegółowych i roli, jaką odgrywali w nich lekarze naczelnicy i intendentów. Zarząd w poszczególnych szpitalach ustawa z r. 1870 określa przez § 404 (13 t.) w następujący sposób: bezpośredni zarząd nad szpitalami i innymi instytucjami dobroczynnymi, znajdującymi się w zawiadywaniu Rad. M. Dobr. Publ., powierza się: część gospodarczo-administracyjną intendentowi, część lekarską i farmaceutyczną lekarzowi szpitalnemu, a jeżeli ich jest paru, to starszemu z nich. Lekarz szpitalny,

(§ 406) na którym ciąży zarząd i odpowiedzialność pod względem medycznym i farmaceutycznym, ma obowiązek roztoczyć opiekę nad chorymi i robić wszystko, ażeby ci chorzy jaknajprędzej do zdrowia powrócili. Z tego powodu chociaż lekarz nie wtrąca się do rozporządzeń gospodarskich w szpitalu, to jednak, gdyby zauważył jakieś braki, źle wpływające na zdrowie chorych, zwraca uwagę intendenta, a gdyby ten nie usłuchał komunikuje naczelnikowi Zakład. Dobroczyń. (w Warszawie). Więcej o roli lekarza naczelnego w szpitalu ustawa z 1870 roku nie mówi. Natomiast szczegółowo obowiązki lekarza naczelnego omawia obowiązująca do dziś ustawa z 1842 r.

Nie będę w tej chwili poruszał sprawy udziału lekarza naczelnego w zarządzie szpitalnym, gdyż co do tego, że lekarz naczelny powinien ze względu na dobro instytucji być jedynym gospodarzem w instytucji, niema zdaje się dwóch zdań. Ja chciałem tu poruszyć inną ważną w życiu szpitalnem sprawę, a mianowicie sprawę udziału lekarza naczelnego w leczeniu chorych szpitalnych. Ustawa z 1842 r. powiada (§ 106), że „udzielanie pomocy lekarskiej chorym w szpitalach, powierza się lekarzom, których liczba zastosowana będzie do liczby chorych i do rodzaju chorób. Przy każdym szpitalu mniejszym będzie tylko jeden lekarz z tytułem lekarza szpitalnego. W szpitalach większych jeden z lekarzy mieć będzie tytuł naczelnego, inni ordynujących. Lekarz naczelny jako zwierzchni urzędnik lekarski w szpitalu głównie kieruje służbą i policyą lekarską w zakładzie. Liczba lekarzy w takich szpitalach zastosowana będzie do liczby chorych, licząc w przecięciu na 100 chorych jednego lekarza“. „Każdy z lekarzy (§ 107), nie wyjmując nawet lekarza naczelnego, będzie miał własny oddział“. Obowiązki naczelnego lekarza (§ 574) w oddziale, w którym sam ordynuje, pod względem zajmowania się chorymi i dopilnowania porządku, są też same, co i lekarzy ordynujących w innych oddziałach. Widzimy więc, że prawodawca w lekarzu naczelnym chce mieć lekarza ordynatora, zarządzającego jednocześnie pod względem lekarskim całą instytucję.

Tymczasem w niektórych szpitalach warszawskich, czy to przypadkowo, czy umyślnie, lekarze naczelnicy oddziałów nie prowadzą i nie mają. Dają się słyszeć głosy, że lekarz naczelny tak jest zajęty w szpitalu, że oddziału prowadzić nie może. Twierdzenie takie wydaje mi się niesłusznem, a pozbywanie się, czy pozbawianie naczelnicy oddziałów może się odbić bardzo niekorzystnie na całej instytucji. Tylko taki lekarz będzie w stanie zrozumieć należycie wszystkie potrzeby życia szpitalnego, który bierze czynny udział w tem życiu. Ciągłe, codzienne wysłuchiwanie skarg chorego, naznaczanie mu diety i lekarstwa, oglądanie jego pościeli i bielizny zmusza naczelnego lekarza-ordynatora do pilniejszego zwracania uwagi na te rzeczy i ułatwia mu zrozumienie słusznych żądań innych ordynatorów. Będąc sam ordynatorem, lekarz naczelny rozumie, że nie zawsze można stosować pewne środki dla tego tylko, że są tańsze od innych, że nie zawsze można pozwalać usuwać dobrego posługacza dla czyjegoś kaprysu i t. p., że nie jest rzeczą obojętną, jak się chorym podaje jeść, lub jaką bieliznę kładą. Lekarz naczelny pozbawiony oddziału, odsunięty od chorych i załatwiający tylko rozmaite papiery, staje się suchym formalistą, urzędnikiem-biurokratą, nie odczuwającym w tym stopniu potrzeb szpitalnych, na jakie one zasługują. Sprawa udziału lekarza naczelnego w leczeniu chorych szpitalnych zajmuje dosyć żywo ostatnimi czasy umysły lekarskie w Niemczech. Większe lub mniejsze artykuły w tej sprawie spotkać można często w prasie lekarskiej niemieckiej, poświęconej opiece nad chorymi. W jednym z przeszłorocznych zeszytów „Zeitschrift für Krankenpflege“ (kwiecień 1898 r.) MERKEL, dyrektor szpitala miejskiego w No-

rymberdze, mówiąc o lekarzu naczelnym szpitala, wypowiada takie żądanie: „lekarz naczelny powinien być człowiekiem, stojącym na wysokości nauki, człowiekiem, który nie tylko umie stać na tej wysokości, ale i kroczyć naprzód potrafi, powinien mieć pewien zapas doświadczenia, powinien mieć serce, odczuwające niedolę powierzonych sobie chorych, i powinien rozumieć, co wnoszą do działalności lekarskiej lekarze, którzy z nim razem pracują w szpitalu. Jeżeli ma te zalety posiadać, musi się zajmować leczeniem stale; nie dosyć, że on kiedyś był dzielnym lekarzem, takim powinien pozostać i nadal. Dla tego też powinien leczyć chorych w szpitalu, powinien być lekarzem-ordynatorem“.

Widzimy z tego wszystkiego, że i obowiązująca nas ustawa z 1842 r. i głosy nowoczesnych znawców szpitalnictwa żądają od lekarza naczelnego, żeby był jednocześnie ordynatorem. Nie wiem, jaką rolę przeznacza naczelnemu lekarzowi nowa ustawa szpitalna. Jeżeli go usuwa od leczenia chorych szpitalnych, szpitalnictwo na tem dobrze nie wyjdzie.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 21 października r. b.

D-r TCHÓRZNICKI, uzupełniając swój odczyt o kąpielach ludowych, skreślił historję wydziału kąpeli ludowych przy towarzystwie dobroczynności Początek dał mu w roku 1892 d-r NATANSON, BARANOWSKI i MARKIEWICZ. Dzięki ofierze 10 tysięcy rb. p. Rotwanda, pozyskaniu funduszu po komitecie cholerycznym oraz ofiarom pp. L. Górskiego, Lenwała i Czabana, wydział, mimo braku środków i licznych trudności, pobrał kąpiele natryskowe i wanny „Janina“ na Stawkach przy przytułku noclegowym. Wydano tam w roku ubiegłym dwadzieścia kilka tysięcy kąpeli (wanny po 10, natryski po 3 kop.). Prof. BARANOWSKI pozyskał grono osób, gwarantujących 25 rublowymi udziałami przypuszczalne niedobory z powodu eksploatacyi tych kąpeli. Razem zagwarantowano sumę 2300 rb. Niedobór w r. z. wynosił 1170 rb.

Obecnie, mimo braku środków, wydział kąpeli ludowych rozpoczyna budowę piętrowych łazienek z natryskami, wannami i łaźnią — na Pradze i ma w planie budowę takichże łazienek na ulicy Czerniakowskiej.

D-r T. przedstawił plan budujących się łazienek na Pradze p. Twarowskiego, plany natrysków i łaźni parowej p. Sokala, wreszcie plan taniej łaźni p. Marczewskiego. Łaźnia, pobrałwana przez komitet higieny ludowej na drugiej wystawie higienicznej, kosztowała 1700 rb. Koszt łaźni według planu p. Sokala wyniesie około 800 rb. T. wnosi, żeby rozesłać kwestyonaryusz, wyjaśniający stan kąpeli ludowych na prowincyi.

Przewodniczący przypomina, że w r. 1862 Towarzystwo lekarskie warszawskie wyznaczyło komisję do zbadania kąpeli w Warszawie. Z bardzo sumiennego sprawozdania tej komisji widać, że w Warszawie było wtedy 175 wanień publicznych, z których korzystało 121 tysięcy osób, oraz 7 łaźni parowych, z których korzystało 175 tysięcy osób rocznie. A więc przeciętny mieszkaniec ówczesnej Warszawy kąpał się w łaźni raz na rok i w wannie raz na $1\frac{1}{2}$ roku. Komisya chwali na ogół wanny warszawskie i potępia łaźnie za brud, wilgoć, wyziewy, złe oświetlenie, ciasnotę, śliskość podłóg. Żąda zamknięcia większości ówczesnych łaźni. Zwraca uwagę na kopeć, porywany z parą i osiadający na ciele, na wielkie różnice temperatury, jeżeli łaźnia jest zbyt obszerna, zbyt wysoka, albo piec ma nie pośrodku, na wyższość pary wilgotnej, powstającej przez polewanie rozpalonych kamieni, nad parą suchą, idącą wprost z kotła parowego.

Obok tego poniekąd nieprzychylnego dla łaźni zdania wspomnianej komisji, można przytoczyć zarzuty, stawiane miejskim łaźniom rosyjskim przez prof.

higieny Skworcowa: częste zac zadzenia, zawilgacanie chaty, zanieczyszczanie otaczającego gruntu, kopeć, smolący ciało. Z zarzutami tymi, mówiąc o higienicznej wartości tanich łaźni, trzeba się liczyć.

W r. 1881 p. Konrad Prószyński ogłosił konkurs z 3 nagrodami za najlepszy plan taniej łaźni dla wsi, miasteczka i chaty. Nastawał na to, że z łaźnią możnaby łączyć pralnię, a może i piekarnię. Zdaje się, że odezwa ta pozostała bez skutku, równie jak i kwestyonaryusz p. Prószyńskiego z r. 1883 w sprawie czystości naszego ludu (pielęgnowanie skóry i włosów, czystość odzieży i bielizny, czystość w izbie, czystość w przyrządzaniu pokarmów).

W r. 1885 d-r POLAK nastawał na zużytkowanie przy stacji filtrów na Koszykach masy ciepłej wody kondensacyjnej na kąpiele ludowe i pralnię. Wyzyskanie wody kondensacyjnej na kąpiele przy każdej fabryce, posiadającej kocioł parowy, zalecał ŁUCZKIEWICZ. Kąpiele takie (wanny, natryski, łaźnia na 20 osób i basen z wodą przepływającą na 40 osób) w kopalni „Kazimierz“ opisał GÓRECKI.

Opisany kiedyś przez TCHÓRZNICKIEGO sposób mycia się ludu wiejskiego w dni powszednie (wodą nabrana do ust i puszczaną z ust na złożone dłonie) przy bliższym rozpytywaniu, niestety, zdaje się, jest powszechny w kraju.

W rozprawach zaznaczono, że pod względem czystości stoimy w tyle za naszymi sąsiadami, że nie tylko u ludu, ale i w klasie średniej za mało jest zamięlowania czystości. Łatwo byłoby zakładać kąpiele przy browarach, gorzelniach, większych piekarniach. Nie dość je założyć, trzeba i wyznaczyć czas na nie robotnikom. Tu i owdzie na wsi włościanie drogą składek kupują wanny, myślą o założeniu łaźni, jako przedsięwzięcia.

Wybrano komitet, który ma ułożyć kwestyonaryusz, dotyczący przestrzegania czystości w kraju, zebrać opisy naszych kąpiel ludowych wiejskich i fabrycznych, porównać dzisiejszy stan kąpiel warszawskich z r. 1862.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z d. 12 października r. b.

1) Kol. ZAHORSKI odczytał pracę kol. KARWACKIEGO z Sosnowicy o kreozalbinie, nadesłaną na jego ręce dla Towarzystwa. Nowy ten związek kreozotu, otrzymany w roku zeszłym przez kol. KARWACKIEGO na wspólnie z p. ZAWADZKIM, działa na gruźlicę płuc korzystniej od innych postaci kreozotu, bez ujemnych skutków tego ostatniego. Zwykła dawka dla dorosłych 0,5—2,0, 3 razy dziennie, lecz nawet i 6 grm. nie wywołuje nieprzyjemnych objawów. Stosowana była dotąd przez niektórych kolegów w Warszawie, Krakowie (w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO) i w Pradze. Kreozalbina przyswaja się stopniowo, wskutek czego działanie jej trwa przez czas dłuższy. Swobodny kreozot, nie wydzielając się w ustroju w wielkiej ilości, nie może szkodliwego wpływu wywierać. Polepszenie łaknienia występuje prędzej, niż przy stosowaniu innych związków kreozotu, nawet w przypadkach ze znaczną i stałą gorączką.

Kol. ZAHORSKI dodał od siebie, że miał możność zastosowania kreozalbiny w jednym przypadku suchot, daleko posuniętych. Łaknienie zjawilo się na 3-ci dzień, również znacznie polepszyły się objawy podmiotowe, lubo przedmiotowe zostały bez zmiany.

2) Kol. WASZKIEWICZ, sekretarz sekcji sanitarnej Towarzystwa, odczytał sprawozdanie sekcji o środkach, jakie należy przedsięwziąć dla uprzedzenia i przerwania epidemii, mogących się zjawić w Wilnie. Życzenia sekcji: Dokładne oczyszczenie domów, dziedzińców i t. p., ozdrowienie mieszkań w suterenach, na poddaszu i w nowo wybudowanych domach; zamknięcie studzien, w których badanie wykazało zanieczyszczenie wody; powiększenie i ulepszenie obozu asenizacyjnego, zostawiającego obecnie wiele do życzenia; zapewnienie pomocy lekarskiej biednej warstwie ludności; obmyślenie możliwości dostarczenia taniego, a dla biednych bezpłatnego opału, który obecnie znacznie podrożał; powiększenie liczby szpitali i urządzenie stałych baraków dla chorych zakaźnych (obecnie szpitale zawierają 305 łóżek, kiedy tymczasem Wilno potrzebuje co najmniej 800); ustanowienie w tym celu podatku szpitalnego; powiększenie liczby skwerów, bulwarów i t. p.; obowiązkowe odkażanie mieszkań, w których przebywali chorzy zakaźni, i urządzenie mieszkań dla odosobnienia rodzin, które miały styczność z tymi chorymi; ścisły dozór nad hotelami; utrwalanie w ludzie za pośrednictwem duchowieństwa pojęcia o konieczności zachowywania prawideł higienicznych i dyetetycznych; w razie zjawienia się epidemii powiększenie personelu lekarskiego i sanitarnego.

Towarzystwo zatwierdziło sprawozdanie sekcji, dodając życzenie, aby miasto doprowadziło do porządku kanały, mocno zanieczyszczone, i zniósło terminy zmiany mieszkań, obecnie obowiązujące i ograniczone do 2 dni w roku, co uniemożliwia wykonanie odkażenia lub oczyszczenia mieszkania. Postanowiono sprawozdanie przesłać zarządowi miasta.

Kol. STRZEMIŃSKI mówił o przypadku objawu nosacizny w oku. U weterynarza, mającego ciągłą styczność z końmi, zjawił się guziczek na łącznicy dolnej lewej powieki z zaczerwienieniem i obrzmieniem łącznicy tej powieki i gałkowej. Guziczek, wycięty i zbadany drobnowidzowo, wykazał charakterystyczne laseczniki nosacizny; preparat zaginął w laboratorium, uniemożliwiając dalsze badanie. Miejsce guziczka zostało wypalone żegadłem galwanicznym, poczem wszystkie objawy chorobowe znikły. Przeszło odtąd 3 miesiące, osobnik jest zupełnie zdrow. Prelegent przytoczył z literatury nieliczne przypadki cierpienia ocznego w nosaciznie i zaznaczył konieczność przy wystąpieniu pierwotnem tej choroby nie tylko wycięcia guziczka, lecz wypalenia żegadłem jego podstawy, gdyż w jednym przypadku (GOURFEIN'a), w którym ograniczono się wycięciem, nosacizna rozszerzyła się.

Kol. GRYNIEWICZ, LACHOWICZ, JOCZ zwrócili uwagę, że, przy braku hodowli i szczepień, rozpoznanie nosacizny musi być uważane za wątpliwe. Kol. ŚWIEŻYŃSKI nie myśli, aby przypalenie żegadłem mogło zniszczyć ognisko nosacizny.

Kol. STRZEMIŃSKI odpowiedział, że laseczniki tak były charakterystyczne, że rozpoznanie uważa za niewątpliwe; żegadło musi być uznane za najsilniejszy środek niszczący.

J. S.

Wiadomości bieżące.

— W myśl wezwania, które w formie urzędowej otrzymał prof. Edward KORCZYŃSKI od komitetu organizacyjnego XIII-go międzynarodowego kongresu lekarskiego, mającego się odbyć w Paryżu 1900 r., zawiązał się komitet polski tego kongresu, wybierając na prezesa prof. Ed. KORCZYŃSKIEGO, wiceprezesa prof. Bolesława WICHERKIEWICZA, sekretarza d-ra Augusta KWAŚNICKIEGO. Zawiadamiając lekarzy o tem ukonstytuowaniu się i rozpoczętem urzędowaniu komitetu polskiego, oświadczamy jednocześnie, że do przyjmowania zgłoszeń uproszony został d-r Alfred SOKOŁOWSKI. Sekretarz *D-r A. Kwaśnicki*. Wiceprezes *Prof. B. Wicherkiewicz*.

— Program kursów, odbyć się mających w Krakowie. (Czas trwania 4 tygodnie: od 26 listopada do 23 grudnia r. b.). Wykłady: 1) „Chirurgia“ — Docent KRYŃSKI: Kurs operacji chirurgicznych na trupach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). 8 godzin tygodniowo. Opłata 30 złr. 2) „Dentystyka“ — docent ŁEPKOWSKI: Kurs plombowania i wyjmowania zębów. Codziennie 1½ godz. Opłata 50 złr. 3) „Medycyna wewnętrzna“ — docent KORCZYŃSKI. Metody ściślejszego badania klinicznego (mikroskopia i chemia kliniczna) z demonstracją przypadków chorobowych. Codziennie 1½ godz. Opłata 20 złr. 4) „Okulistyka“ — docent SROCZYŃSKI: Kurs wziernikowy chorób oka. 4 godziny tygodniowo. Opłata 20 złr. 5) „Pediatria“ — docent RACZYŃSKI. Ćwiczenia w dyagnostyce chorób dzieci. Błonica i jej leczenie. Ćwiczenia w intubacji. 2 godziny codziennie. Opłata

20 złr. 6) „Bakteryologia“ — docent NOWAK: Kurs praktyczny bakteryologii. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr. 7) „Histologia patologiczna“ — docenci CIECHANOWSKI i NOWAK: Ćwiczenia praktyczne. 3 godziny na tydzień. Opłata 20 złr. 8) „Ćwiczenia w sekcjach patologicznych“ — docent CIECHANOWSKI. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr. Każdy z wymienionych kursów odbędzie się wówczas, gdy zapisanych będzie przynajmniej pięciu uczestników. Z zapisami, zarówno jak z opłatą za kursa, zgłaszać się należy do kwestora Uniwersytetu Jagiell. p. SOŁTYSKA (Kraków, Collegium novum).

— Nagrodę konkursową imienia ś. p. d-ra HELBICHA otrzymał w roku bieżącym w ilości rb. 500 kol. Bronisław BARTKIEWICZ za pracę p. t. „Historia akademii medyko-chirurgicznej i wydziału lekarskiego Szkoły Głównej“.

— Wyszedł z druku zeszyt 8, serya XI „Odczytów klinicznych“ i zawiera pracę kol. A. SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Alkohol w etiologii i terapii chorób dróg oddechowych“.

— Wyszedł z druku Kalendarz lekarski d-ra POŁAKA na rok 1900. Wydanie tegoroczne odznacza się wielką starannością; oprócz zwykłych działów, spotykamy w Kalendarzu na rok przyszły jeszcze „Wiadomości ogólne o okresie wylegania, usposobieniu, zakaźności i powtarzaniu chorób zakaźnych“ podług E. v. ESMARCH'a, dezynfekcję oraz synonimy środków lekarskich. Do kalendarza dołączone są 4 notatniki do wkładania, oddzielnie na każdy kwartał.