

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Złamania krtani. Napisał J. Borzymowski. — Nowy przyrząd do miesięnia gruczołu krokowego. Podał E. Sonnenberg (Łódź). — **Wykłady kliniczne.** Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny. Przez D-ra Teodora Heimana. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 26. O stosowaniu t. zw. „dieta parca” w tętniaku aorty. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 9, 10, 11 i 17 marca r. b. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — **Odcinek.** Ze spraw szpitalnych. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc luty r. b. — **Wiadomości bieżące.** — Zmarli. — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Borzymowski. — Sur les fractures du larynx. 2) D-r E. Sonnenberg. — Un nouvel appareil pour le massage de la prostate.

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

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Borzymowski — Ueber Kehlkopfbrüche. 2) D-r E. Sonnenberg — Eine neue Vorrichtung zur Prostata-massage.

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

Złamania krtani.

Napisał

J. BORZYMOWSKI.

Krtan ludzka, oparta na elastycznej tchawicy i dosyć luźno przyczepiona do ruchomej kości grdykowej, gardzieli i kręgosłupa, z łatwością uchyla się od wymierzonych w nią ciosów, oprócz tego na straży jej stoi mocna żuchwa, która w potrzebie może osłaniać ją od urazu. Dzięki tym szczęśliwym warunkom oraz elastycznej budowie krtani, złamania teje należą do przypadków bardzo rzadkich. W piśmiennictwie polskiem znalazłem tylko dwa opisy: d-ra SOKOŁOWSKIEGO i d-ra BAUROWICZA. Z tych względów podaję do wiadomości przypadek, który spostrzegałem przed dwoma laty w czasie pobytu mojego w Głównie (Piotrk. gubern.).

A. S. fernal z folwarku Kamień, około 40 lat wieku liczący, 12-go listopada 1896 roku został kopnięty przez konia w przednią część szyi i żuchwę. W chwili uderzenia stał on przy ścianie, do której został kopytem przyciśnięty. Badając go we 2—3 godziny po wypadku, dowiedziałem się, że natychmiast po uderzeniu stracił przytomność i upadł, wkrótce jednak podniósł się i z trudnością przyszedł do chałupy, czując wielką trudność w oddychaniu. Chory olbrzymiego wzrostu, o budowie atletycznej i znakomitem odżywianiu, siedział, mocno opierając się rękami o poręcz

łożka. Silnie zaczerwieniona twarz, sinawe wargi, oczy pełne przerażenia i świszczący oddech przedewszystkiem zwracały uwagę. Zwykle szybkość wdechu wzrasta stopniowo i stopniowo się kończy, u naszego chorego każdy wdech kończył się raptownie szmerem podobnym do czkawki, jakby po nagłym zamknięciu szpary głosowej. Chory niechętnie odpowiadał, częste napady kaszlu jeszcze bardziej utrudniały mu bezdźwięczną i bolesną mowę; wykrztuszał krwistą plwocinę. Szyja w okolicy krtani obrzękła, na dotyk bardzo bolesna; skóra na niej, również jak na całym ciele, pokryta zimnym potem i obficie nastrzyknięta powietrzem, oprócz szyi odma powietrzna skóry na całym tułowi i barkach. Na brodzie rana tłuczona około pół ctm., takąż sama znajduje się na potylicy, pierwsza od kopyta, druga od ściany, do której chory był przyciśnięty. Nicnaruszona kość grdykowa wyczuwa się dokładnie, na miejscu zaś chrząstek tarczowej i pierścieniowej wyczuwają się chrząstki trudnej do określenia postaci, bardziej ruchome, niż zwykle, i bolesne. Chrobotania nie mogłem wyczuć, być może przez to, że wskutek bardzo lekkiego nawet ściskania krtani w kierunku poprzecznym chory przestawał oddychać, nie mogąc wciągnąć powietrza. Przy próbie przełknięcia płynu na twarzy chorego malował się wysiłek i cierpienie, przytem porywał go silny kaszel i płyn wylewał się z ust. Wysłuchiwanie płuc nie dało żadnego pewniejszego wyniku z powodu silnego trzeszczenia od odmy skórnej i świszczących szmerów w krtani. Można jednak było odróżnić czyste i wzmożone tony serca, tętno 80 twarde, mocno napięte i pełne. Ciężota 30°. Przejść się po izbie chory mógł bez cudzej pomocy. Propozycję operacji chory na razie stanowczo odrzucił. Zaleciłem lód na szyję. Po 5 godzinach stan chorego nie uległ żadnej zmianie; na operację jednak już decydował się, prosząc o zwłokę do następnego dnia. Na żądanie chorego felczer postawił mu na mostku 5 ciętych baniek. Ponieważ pęcherz z lodem przyniósł mu tylko chwilową ulgę, przeto chory z własnego pomysłu zaczął stosować gorące kataplasmy z otrębów. Na drugi dzień rano, po bezsennej nocy, w trakcie połykania opłatka chory dostał napadu silnej duszności. Przyjechawszy w parę godzin potem, znalazłem oddech bardziej utrudnionym, sinicę większą i trochę mniejsze napięcie tętna. Tegoż dnia wieczorem, a więc w 40 godzin po wypadku, przystąpiłem do tracheotomii przy łaskawej pomocy kol. Tadeusza ZABOROWSKIEGO. Badanie krtani wziernikiem, którego dokonałem bezpośrednio przed operacją, nie dało żadnego wyniku, ponieważ gardziel, pomimo tamponowania, ciągle była wypełniona pianistym śluzem. Po odkażeniu skóry, wstrzyknąłem pół gr. kokainy i przecięłem skórę od wierzchołka chrząstki tarczowej w dół, nie dochodząc na 2—3 ctm. do rękojęści mostka. Po przecięciu powięzi i rozdzieleniu mięśni na tępo, natrafiłem na lewy zraz gruczołu tarczowego; odsunąłem go po odseparowaniu na lewo; podczas tej czynności pokazał się z prawej strony krtani otwór ziejący, z którego sączyła się krew, nie zdając sobie sprawy z natury tego otworu, zamknąłem go kleszczykami i podwiązałem; przewiązka atoli natychmiast spelzła, zaś otwór pozostawał ziejącym, jak poprzednio, krew jednak więcej zeń nie wydzielala się. Zgłębnik, włożony do wzmiankowanego otworu, skierował się ku lewej stronie, przyczem wyczułem obnażoną powierzchnię chrząstki tarczowej, i niemal jednocześnie z typowym szmerem zaczęło wydostawać się obok zgłębnika powietrze. Jasne było, że otwór ten prowadzi do krtani i wytworzony został przez powietrze, tłoczące się z tejże. Powietrze odłuszczyło powięź głęboką z lewej strony i utworzyło kanał, idący bezpośrednio po przedniej powierzchni krtani

w poprzek z lewej na prawą stronę. Wyjąwszy zgłębnik, w dalszym ciągu przeciąłem w linii pośrodkowej powięź głęboką, i chory zaczął swobodnie oddychać przez otwór, znajdujący się w złamanej lewej chrząstce tarczowej, obficie wykrztuszając krwawą plwocinę. Kierunek złamania był od tyłu i góry na dół i ku przodowi; długość około $1\frac{1}{2}$ ctm. Na całej jego długości śluzówka również była rozerwana, a przez górną część były widoczne struny głosowe. Rozszerzywszy otwór w krtani po linii pośrodkowej, wstawiłem dziecinną rurkę tracheotomijną, pół ctm. średnicy mającą (innej na razie nie miałem), i zaszyłem dolną część rany. W pięć godzin po operacji chory oddychał dosyć swobodnie; podczas każdego wydechu wypływała z rurki ciecz czysta pienista. Powziąwszy przekonanie o pomyślnym stanie chorego, wlałem mu do żołądka za pomocą zgłębnika żołądkowego pół kwarty czarnej kawy, pół kwarty śmietanki, pięć całkowitych jaj surowych i spory kieliszek wódki. Chory poprzednio przez dwa dni nic nie jadł. Przez następne trzy dni chory dostawał 2—3 razy dziennie pożywienie przez zgłębnik żołądkowy, składające się z $1\frac{1}{2}$ kwarty mleka z rosółem po połowie, 6—10 jaj i paru kieliszków wódki z bulionem. Tak przesadną ilość pożywienia dawałem choremu, licząc na znane mi jego zdolności trawienia i żarłoczność, oraz jako środek pobudzający do zwalczania ostrego obrzęku płuc, którego dowodził nieustający wypływ z rurki pienistej wydzieliny. Drugiego dnia po operacji wydzielili się kawałek chrząstki przez rurkę tracheotomijną; w późniejszym przebiegu wydzielanie się małych kawałków chrząstek powtórzyło się parę razy. Wydzielina z rurki znacznie zmniejszyła się i zgęstniała; badanie wziernikiem krtani wykazało silne przekrwienie i obrzęk tejże, szare zmętnienie strun, zresztą zupełnie ruchomych, przekrwienie i obrzęk chrząstek nalewkowych i szarą powierzchnię górnej części rany.

Nazajutrz zmieniona została rurka dziecinna na zwykłą (1 ctm.). Chory może łykać płyny, kaszę i kartofle. Próba wytamponowania krtani przez ranę tracheotomijną w celu unieruchomienia odłamków nie udała się z powodu wrażliwości krtani.

Czwartego dnia odma skóry mniejsza; pędzlowanie krtani od góry i dołu 10% roztworem jodiny z gliceryną, które powtórzyłem jeszcze parę razy.

Od 5-go dnia chory sam przyjmuje pokarmy. W dalszym przebiegu pooperacyjnym ciepłota ani razu nie podniosła się wyżej $37,8^{\circ}$, chory z każdym dniem czuł się lepiej i już po dwóch tygodniach mógł codziennie przychodzić do mnie (około 3 wiorst) dla oczyszczenia rurki. Jednak po upływie całego miesiąca nie mógł jeszcze oddychać po zatkaniu palcem otworu tracheotomijnego; dlatego zacząłem codziennie rozszerzać mu krtani rozszerzaczami SCHRÖTTER'a Nr. 3 i 4. Rozszerzanie trwało trzy miesiące, codziennie, z przerwami parodniowymi, które kilka razy musiałem zrobić ze względu na wzmożoną wrażliwość krtani; po upływie tego czasu wyjąłem rurkę, otwór tracheotomijny zagoił się w kilka dni, i chory powrócił do zwykłych zajęć fornała; oddech miał swobodny, głos jednak bezdźwięczny.

W przypadku powyższym, sądząc z ogromnej sinicy twarzy, można było spodziewać się podczas operacji znacznego krwawienia żylnego, uderzający przeto był zupełny brak tegoż wobec dobrego tętna; były użyte tylko jedne kleszczyki PÉAN'a, zresztą zbytecznie, bo na kanał, wytworzony powietrzem. Zawdzięczać to można w pewnym stopniu odmie podskórnej: powietrze, wydostając się pod silnem ciśnieniem z krtani, wyciskało z żył krew. Dzięki temu ściśnięciu żył, mała dawka kokainy mogłaby być tym razem znacznie po-

większona bez obawy przed zwykle szybkim wchłanianiem się lekarstw, na szty zastrzykniętych. Uśpienie nie było stosowane z powodu podejrzenia obrzęku płuc, które sprawdziło się, jako też wskutek spodziewanego ogólnego znieczulenia nadmiarem kwasu węglanego; przypuszczalny nadmiar tegoż obok wpływów psychicznych mógł także powodować silne napięcie tętna przed operacją i po niej.

Jak wyżej zaznaczyłem, nie mogłem trafić na przestrzeń międzyzrazową gruczołu tarczowego; powodem tego było zboczenie całej krtani na prawą stronę. Zboczenie to wytłomaczyć możemy rozstąpieniem się odłamków lewej chrząstki tarczowej oraz działaniem powietrza, wydostającego się przez sztuczny otwór w lewej chrząstce tarczowej i odpychającego krtani w przeciwną stronę. Rozumując w ten sposób, moglibyśmy z kierunku odchylenia krtani a priori domyslać się, na której stronie jest złamanie, o ileby zresztą dalsze spostrzeżenia potwierdziły moje tłomaczenie. Z opisu operacji widocznem jest jeszcze, że trafienie na linię pomiędzy mięśniową jeszcze nie może być rękojmią trafienia na linię środkową krtani, to znaczy, że krtani z przyczepionym do niej gruczołem tarczowym może przesuwać się pod pokrywającą ją warstwą mięśniową w jedną lub drugą stronę.

W piśmiennictwie lekarskiem znalazłem 101 przypadków złamania krtani włącznie ze złamaniem kości grdykowej i tchawicy; przeważną część, bo 66 zawdzięczam pracy GURLT'a (18); w 11 przyczyna uszkodzenia jest niewiadoma, dlatego w następującym rysie ogólnym złamań krtani wzięto pod uwagę tylko 90 przypadków.

(D. n.).

NOWY PRZYRZĄD

do mięsienia gruczołu krokowego.

Podał

E. SONNENBERG (Łódź).

Kto ma do czynienia z mięsieniem gruczołu krokowego, wie, z jaką nieprzyjemnością jest połączone wykonywanie tego rękoczynu, i ile czasu traci się następnie na usunięcie z zanieczyszczonego palca tłuszczu i cząsteczek kału, które doń przyłgnęły. Dalej, mięsienie omawianego narządu jest nieraz dla masującego połączone z niebezpieczeństwem zarażenia się. Może to mieć miejsce w przypadku, gdy u chorego, którego się masuje, znajdują się w otworze stolcowym lub w pobliżu tegoż zmiany przymiotowe, w okresie choroby zaraźliwym, zaś masujący ma palec skałeczony. W niektórych znów przypadkach mięsienie tego rodzaju, t. j. przy pomocy palca, bywa bardzo utrudnione lub nawet wcale wykonać się nie daje, wskutek przeszkód, jakie zależeć mogą od miejscowych warunków anatomicznych. Mam na myśli przypadki, kiedy gruczoł krokowy jest wysoko położony, a więc dla palca niedostępny. W praktyce daje się to nierazko spostrzegać, zaś poszukiwania FELEKI'ego, dotyczące odległości gruczołu krokowego od otworu stolcowego, stwierdziły

wysokie położenie omawianego narządu w większości badanych przypadków¹⁾. Wyluszczone względy zniewoliły do szukania sposobu, któryby w pewnych, a wyżej wzmiankowanych okolicznościach mógł zastąpić, w zabiegach leczniczych około gruczołu krokowego, dotychczasowe zachody.

Pierwsze usiłowanie w tym kierunku zostało urzeczywistnione w odkryciu FELEKI'ego. W roku 1895 FELEKI zbudował przyrząd metalowy, który składa się z rękojeści i części, przeznaczonej do uciskania gruczołu. Ta ostatnia łączy się z trzonem, tworząc kąt 100°; ma ona kształt gruszkowaty: jej koniec jest gruby i tępy; największy obwód tępego końca wynosi 6 ctm.

Niedawno, bo przed kilkoma zaledwie miesiącami, FINGER przekształcił formę powyższego przyrządu. Uskutecznił to w ten sposób, że zmienił formę rękojeści oraz powiększył kąt, jaki tworzy rękojeść z gruszkowatym zgrubieniem; zasadniczy jednak układ przyrządu nie został zmieniony.

Jakkolwiek wymienione zarządzenia nie są pozbawione pewnej wartości, rozwiązują one jednak zadanie zaledwie w części.

Przedewszystkiem nigdy nie jesteśmy pewni, czy gruby koniec przyrządu, stanowiący najistotniejszą część tegoż, znajduje się, po wprowadzeniu go do odbytnicy, na wysokości gruczołu krokowego. Przyrząd może bowiem być już to nie dość głęboko wprowadzonym, a więc wcale nie dosięgać gruczołu, i wtedy wykonywanie nim odpowiednich ruchów będzie najzupełniej bezcelowe, już też koniec przyrządu może znaleźć się powyżej gruczołu krokowego t. j. dalej, niż zachodzi potrzeba. W ostatnim przypadku wartość zabiegu będzie również wątpliwa, a to z uwagi na kształt gruszkowaty narzędzia: największy ucisk przypadnie na ścianę odbytnicy, leżącą po za sferą gruczołu.

Inną ujemną stronę stosowania omawianych przyrządów stanowi ten взгляд, że masujący nie wie, jaką mianowicie siłę należy zastosować w celu wykonywania mięsienia. Miare bowiem przypierania gruczołu krokowego za pomocą jednego z powyższych narzędzi stanowi tu nie tyle odczuwanie oporu, jaki przeciwstawia przyrządowi mięsiona tkanka, ile odczyn chorego na ból, powstający dzięki uciskowi gruczołu, co znów przedstawia kryterium zbyt mało miarodajne, już choćby z tego względu, że wytrzymałość i cierpliwość pacjentów nie jest jednakowa. Jedni bowiem chorzy okazują już znecierpliwienie, kiedy lekko ugniatamy gruczoł, gdy tymczasem inni, wytrzymalsi, znoszą w milczeniu znaczny nawet ucisk.

Prócz powyższych braków, użycie przyrządów, o których mowa, przedstawia i inne jeszcze niedogodności.

Otóż podczas skuteczniania mięsienia metalowym przyrządem nieraz się zdarza, że ten ostatni, pomimo zachowanych ostrożności, dotyka odcinka кишки stolcowej, który odpowiada położeniu pęcherzyków nasiennych. Wynikiem tego bywa, iż zawartość pęcherzyków wytłacza się, co zresztą można i gołym okiem stwierdzić, oglądając mocz zaraz po masowaniu. Działanie więc omawianych przyrządów nie ześrodkowywa się w podobnym przypadku w miejscu cierpiącym, lecz szerzy się i na sąsiednie pęcherzyki, co znów jest rzeczą, co najmniej, niepotrzebną, zwłaszcza, gdy te ostatnie w sprawę chorobową nie są wciągnięte.

¹⁾ Dla przeciętnych odległości między otworem stolcowym a wierzchołkiem i podstawą gruczołu krokowego podawano dotychczas wymiary 7 ctm. i 7,5 ctm. Nowsze jednak poszukiwania w tym kierunku, dokonane przez FELEKI'ego na trupach, wykazały, iż przeciętne liczby wynoszą tu 6,3 ctm. i 9,2 ctm. W wykazie FELEKI'ego znajdujemy kilka przypadków, gdzie oddalenie wierzchołka gruczołu krokowego od otworu stolcowego wynosiło 12 a nawet 13 centymetrów. (Walter Collan: „Ueber Spermatocystitis gonorrhoeica“ 1898 S. 19 und 20).

Dalej na uwagę zasługuje okoliczność, że wykonywanie masażu przez stosowanie siły do długich rękojeści, w jakie omawiane przyrządy są zaopatrzone, jest z tego względu wadliwe, iż mięsione miejsce z łatwością może wymknąć się z pod przyrządu.

Nasuwa się teraz pytanie: czy jest wogóle możliwe zbudowanie przyrządu, któryby zastąpił w zupełności palec w celu mięsienia gruczołu krokowego? Na pytanie powyższe niepodobna odpowiedzieć inaczej, jak tylko przecząco. Można bowiem być aż nadto pewnym, że nigdy nie dadzą się pokonać wszystkie trudności, towarzyszące usiłowaniom zbudowania takiego przyrządu. Wszelkie zabiegi w tym kierunku rozbić się muszą już choćby o niepodobieństwo zadosyćczynienia takim wymaganiom, jak zastąpienie czemkolwiek zmysłu dotyku.

To też palec uosabia najidealniejszy przyrząd do masowania gruczołu krokowego.

Pomimo to jednak pozwolę sobie podać opis narzędzia, jakiego od 8 miesięcy używam do mięsienia gruczołu krokowego. Przyrząd mój cały jest wyrobiony z metalowej blachy i stanowi wydrążony walec. Walec ten z jednej strony jest otwarty i mocno rozszerzony, z drugiej zaś strony zakończony dnem półkulistym, wygładzonym i tępym. Otwarty koniec walca wydłuża się w dwa niejednakowej wielkości płaty. Te ostatnie mają kształt muszeli z wywiniętymi na zewnątrz brzegami i są umieszczone naprzeciwko siebie. Z jednej strony wymienione płaty schodzą się ze sobą, ze strony zaś przeciwległej są przedzielone od siebie zagłębieniem, mającym kształt półksiężycowy. Płaty, o których mowa, razem wzięte, tworzą rowkowane rozszerzenie, które prowadzi do wnętrza walca. Długość całego przyrządu, od ślepego końca walca do najdalej odstającej części muszli, wynosi 17 ctm., z czego na część walcową przypada 11 ctm. Obwód walca wynosi około 6,5 ctm.

Jak się domysleć łatwo, część walcowa instrumentu stanowi okrywę dla wskazującego palca, a wymienione płaty — osłonę dla części, pokrywających kość dłoniową tegoż palca (*os metacarp. II*). Przy wykonywaniu mięsienia muszla A przyrządu opiera się o drugą kość dłoniową, przez co oszczędza się nieco pracy mięśniom palca. Wyżej podane wymiary przyrządu odpowiadają cyfrom przeciętnym i dla większości przypadków najzupełniej wystarczają. Rzecz jednak naturalna, iż powinien tu być zachowany stosunek pomiędzy wymiarami palca i wielkością wydrążenia przyrządu; to też ściśle dopasowanie okrywy metalowej jest rzeczą bardzo ważną. Zwłaszcza baczyć należy, aby przyrząd nie był za ciasny.

Dodam tu jeszcze, że część pochwy metalowej CD wypełniona jest ołowiem, w celu nadania przyrządowi większego ciężaru²⁾.

Pozostaje teraz w słowach zwięzłych streścić własności podanego przeze mnie przyrządu.

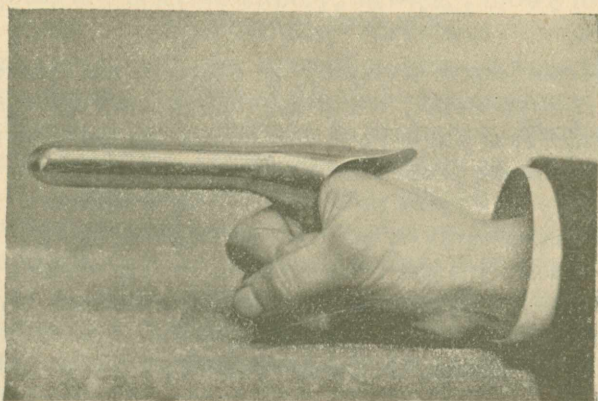
²⁾ Przyrząd powyższy został wykonany, według podanego przeze mnie wzoru, przez firmę tutejszą p. Z. KWAŚNIEWSKIEGO.

Otóż budowa przyrządu jest nadzwyczaj prosta, wprowadzenie go do odbytnicy nie napotyka żadnych trudności i choremu nie sprawia najmniejszego bólu.

Przyrząd, o którym mowa, zachowuje w odbytnicy dostateczną ruchomość.

Ucisk, wywierany na chore miejsce, pod osłoną omawianego przyrządu, jest prawie bezpośredni.

Masujący pod osłoną metalowej okrywy podanego przeze mnie przyrządu znajduje się w warunkach bardzo bliskich tym, w jakich zwykły wykonywać omawiany rękoczyn bez pomocy przyrządu. Na wymienioną okoliczność kładę szczególny nacisk ze względu na to, że w planie budowy powyż-



szego przyrządu został uwzględniony nader ważny warunek: mam tu na myśli kierownictwo palca. Nawykły bowiem do ugniatania gruczołu krokowego za pomocą palca potrafi, przy stosowaniu w mowie będącego przyrządu, zachować łatwość oryentowania się co do miejsca, na którym pragnie skupić działanie lecznicze. Powyższy wzgląd zapewnia również masującemu nie mniejszą łatwość miarkowania oporu ugniatanych części oraz uwzględnia wysiłek, potrzebny do celowego wykonania omawianego zachodu.

Rzec tedy można, że wykonywanie mięsienia gruczołu krokowego przy pomocy podanego przeze mnie przyrządu jaknajbardziej zbliża się do zabiegu, wykonywanego przy pomocy palca.

W końcu dodam jeszcze, że stosowanie powyższego przyrządu dało mi wyniki zadawalniające. W przypadkach więc, kiedy zwykły zabieg za pomocą palca nie może być skuteczniejszy, stosowanie omawianego przyrządu powinno najzupełniej wystarczać.

WYKŁADY KLINICZNE.

Pogląd ogólny na naukę o chorobach ucha i stosunek jej do innych działów medycyny.

Przez

D-ra TEODORA HEIMANA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 11).

Czasem i obecnie jeszcze słyszymy, że choroby narządu słuchu ani nie są zbyt częste, ani też zbyt ważne, i dlatego lekarz najczęściej może się obejść bez ich znajomości. Taki pogląd jest zasadniczo błędny i, na ile pozwalają mi ramy lekcji, postaram się przekonać Sz. Panów, że choroby narządu słuchowego należą do cierpień bardzo poważnych i nie rzadkich.

Chorobom ucha towarzyszy najczęściej stopień słuchu. O ile nieznaczny stopień upośledzenia słuchu jest bez znaczenia, o tyle wyższy stopień jego odbija się nieprzyjemnie i zgubnie na wszystkich stosunkach życiowych danego osobnika, ponieważ ogranicza te stosunki z ludźmi i może stać się przyczyną zupełnego odcięcia od świata. Im bardziej człowiek jest umysłowo rozwinięty, im bardziej czuje się uzdolnionym do działalności społecznej, tem przykrzejsza będzie dla niego utrata słuchu. Iluż to ludzi, zajmujących pewne stanowiska w społeczeństwie, jak np. lekarze, adwokaci, nauczyciele i t. p., straciwszy słuch, zmuszeni byli wyrzec się swego zawodu i zająć się pracą, nie odpowiadającą ich stanowisku, ani ich rozwojowi umysłowemu, lub też wpaść w nędzę! Iluż to młodych ludzi, pragnących poświęcić się karierze naukowej, musiało zaniechać tego z powodu słuchu upośledzonego. Wystawcie sobie, Panowie, że jako lekarze tracicie kiedyś słuch, i pomyślcie, w jakim stopniu Wasza działalność praktyczna zostałaby ograniczona, i jakby zeszczuplały Wasze stosunki z chorym! A gdyby Was to nieszczęście dotknęło jeszcze na ławie szkolnej, przed zdobyciem odpowiedniego stanowiska społecznego, byłibyście zmuszeni porzucić obrany przez siebie zawód i ograniczyć się do zajęć, przy których słuch nie bardzo jest potrzebny, lecz nie odpowiadających Waszemu powołaniu!

Ludzie, mający słuch upośledzony od dzieciństwa, są zwykle smutni, milczący i skryci; cała istota ich przedstawia widoczne oznaki niedorozwoju i niepoczytalności; ludzie tacy są często nieloiczni w myśleniu, w rozmowie i nie odznaczają się stanowczością w swoich postępках. I nie może też być inaczej! Wiadomo, że wrażenia świata zewnętrznego dochodzą do świadomości mózgu naszego za pomocą zmysłów i dają materiał do wytworzenia pojęć. Przy słuchu upośledzonym z wrażeń niedokładnych wytworzą się też i pojęcia niejasne. Dlatego też myślenie nie przyjmie kierunku należytego, i cały charakter osobnika pozostanie mało rozwiniętym. Upośledzenie słuchu dla dzieci jest jeszcze okropniejsze, niż dla dorosłych. Dziecię, nie słysząc mowy ludzkiej, pozostaje niemem, lub też zapomina to, co już mówiło. W wieku

szkolnym dzieci ze słuchem upośledzonym pozbawione są możności kształcenia się i uczenia na równi z towarzyszami, dobrze słyszącymi; przez to nie do-
sięgają należytego rozwoju umysłowego. Dzieci takie z trudnością potrafią skoncentrować uwagę na wykładanych im przedmiotach; przez to stają się roztargnionymi, nieuważnymi i podlegają niezasłużonym karom. Przy całkowitej głuchocie, są dzieci często obojętne na otaczające ich środowisko, są złe, uparte, idyotyczne, i zboczenia te nie giną po dojściu do wieku dojrzałego.

TRÖLTSCHE słusznie powiedział, że, tracąc słuch, tracimy część najbardziej ludzką, a mianowicie możność łączenia się z ludźmi. To, co stanowi oko dla poznania świata zewnętrznego materialnego, tem jest ucho dla świata umysłowego, intelektualnego. Słuch jest przede wszystkim zmysłem socyalnym (MANTEGAZZA). Jest to jeden z najdroższych zmysłów, utrata jego należy do największych nieszczęść, jest to rodzaj śmierci przedwczesnej (LECAT). Za pomocą słuchu pojmujemy nie tylko szmery, dźwięki i mowę ludzką, lecz i samą myśl (BILLON). Jest to zmysł, najbardziej sprzyjający rozwojowi idei; za pomocą niego dusza nasza styka się z przedmiotami zewnętrznymi, a lubo oko może do pewnego stopnia zastąpić słuch, lubo wychowanie może wyrównać pewne niedostatki charakteru, zamiana ta nie będzie wszelako zupełna, i nie wygładzą się wszystkie ślady organicznego kalectwa, które wycisnęło swe znamię na całą duchową i fizyczną istotę głuchego. Już w starożytności uczeni i prawodawcy zwrócili uwagę na znaczenie słuchu, nadając mu wielką wagę dla życia społecznego. Naturalista Pliniusz, twierdząc, że całe życie intelektualne mieści się w uchu, uważa każdego głuchoniemego za idyotę. Głuchoniemych uważano za małoletnich lub umysłowo chorych (Justinian—Instytucye). Aż do naszych czasów toczyły się spory, czy mogą głuchoniemi zawierać związki małżeńskie. Co się tyczy poczytalności i odpowiedzialności głuchoniemych przed prawem, to dotąd sprawa ta nie została wyczerpana. Jak wskazuje ostatni spis ludności, istnieje w Rosyi przeszło 200,000 głuchoniemych. W r. 1880 było ich w Niemczech 38489, w Stanach Zjednoczonych 33878, w Szwajcaryi 6544. Jednem słowem każde państwo ma całą armię tych nieszczęśliwych; a ponieważ, jak wykazuje statystyka, 80% głuchoniemych nabyło to kalectwo skutkiem rozmaitych chorób, to musimy przyjąć, że przynajmniej połowa tych chorych dałaby się uratować, gdyby w czasie właściwym i w sposób odpowiedni zwrócona była uwaga na ich narząd słuchowy.

Prócz utraty słuchu prowadzą choroby narządu słuchowego inne jeszcze, bardzo nieprzyjemne następstwa. Do tych należy szum. Towarzyszy on wielu chorobom ucha i często bywa uciążliwszy od głuchoty. Szum niepokoi chorych dniem i nocą, dniem przeszkadza w zajęciach, nocą odbiera sen; niekiedy doprowadza do stanu, graniczącego ze zboczeniem umysłowym, a nawet do samobójstwa. U osób ze skłonnością dziedziczną przyspiesza wybuch choroby umysłowej. Szum bywa rozmaity. Chorzy słyszą proste lub złożone tony muzyczne, całe melodye, daleko rzadziej głosy zwierząt albo mowę ludzką. Zboczenia ostatniej kategorii nie są objawami choroby ucha, lecz są następstwem podrażnienia substancji korowej mózgu.

Choroby ucha wywołują także zawroty głowy różnego natężenia. Zawroty w jednych przypadkach są ledwo dostrzegalne; w innych znowu są tak silne, że chorzy muszą leżeć prawie nieruchomo. Między temi dwiema ostatecznymi granicami napotykały rozmaite stopniowanie w zawrotach głowy.

Zawroty mogą trwać kilka sekund, minut, to znowu przeciągają się na całe godziny, dnie i tygodnie. Towarzyszą im często nudności i wymioty.

Wiele chorób narządu słuchowego przebiega wśród silnych bólów, które często nie ograniczają się do ucha, lecz rozprzestrzeniają się na głowę i części ciała sąsiednie.

Sprawy chorobowe ucha, którym towarzyszy wyciek ropny, nierzadko kończą się śmiercią skutkiem zakażenia krwi, występującego pod postacią ropnico posocznicy, ropnicy i posocznicy; skutkiem zapalenia opon mózgowych i samego mózgu, ropni przedoponowych i ropni w samej substancji mózgu, zapalenia zatok mózgowych i wreszcie krwotoków śmiertelnych z tętnicy szyjowej wewnętrznej. Podług danych statystycznych śmiertelność w chorobach ucha waha się między 0,5% do 4%. Moje spostrzeżenia, oparte na 10000 przeszło chorych szpitalnych, wykazują śmiertelność 1,38%; wszelako cyfra śmiertelności z chorób narządu słuchowego powiększa się z każdym rokiem, a to w miarę rozpowszechnienia wiadomości otyatrycznych wśród publiczności lekarskiej. Obecnie przekonujemy się, że wiele śmiertelnych przypadków, w których przyczyna śmierci była dawniej ciemna, lub rozmaicie tłumaczona, często są następstwem cierpienia ucha. Warunków dla przejścia spraw zapalnych i ropnych z narządu słuchowego do jamy czaszkowej lub bezpośrednio do krwi szukać należy w stosunkach anatomicznych narządu słuchowego i w zniszczeniu chorobliwym cienkich ścian kostnych, oddzielających go od jamy czaszkowej i od wielkich naczyń krwionośnych. Prawdopodobnie niema w ustroju ludzkim okolicy, gdzieby na tak małej przestrzeni, jaką przedstawia jama bębnekowa i w części przewód słuchowy zewnętrzny, znajdowało się tyle tkanek, za pośrednictwem których pierwiastki trujące dla ustroju mogłyby dostawać się do jamy czaszkowej i do krwi. Warunki anatomiczne dają narządowi słuchowemu niepożądane pierwszeństwo przed innymi zmysłami; stosunki te stanowią podstawę dla spraw chorobowych, które często przebiegają skrycie i nie rzadko szybko przecinają życie ludzkie. Jeżeli uprzytomnimy sobie w krótkości położenie jamy bębnekowej i stosunek jej do części otaczających, przekonamy się, że z sześciu ścian jej, pięć przedstawia bardzo pomysłne warunki dla bezpośredniego lub pośredniego przejścia spraw chorobowych z niej do jamy czaszkowej ¹⁾.

Wyciek ropny z ucha-prowadzi też czasem do znacznych zaburzeń odżywiania ogólnego, do charłactwa ogólnego, wycieńczającego siły chorego i wywołującego zgubne zwyrodnienia rozmaitych narządów wewnętrznych, zupełnie tak samo, jak to widzimy w długotrwałych ropieniach w innych okolicach ciała. Osoby, cierpiące od dzieciństwa na wyciek ropny z ucha, przecięciowo nie dochodzą do późnego wieku, zwykle giną albo od wspomnianych wyżej powikłań, albo skutkiem charłactwa. W ostatnim przypadku ma miejsce samozakażenie ustroju skutkiem połykania płynu ropno posokowatego, spływającego do ust przez trąbkę Eustachiusz'a. Jeśli taka wydzielina zawiera laseczники gruźlicze, to one, dostawszy się do narządów oddechowych lub do przewodu pokarmowego, prowadzą do ogólnego zakażenia ustroju. Nowsze badania w dziedzinie bakterjologii wykazują, że laseczники gruźlicze

¹⁾ W tem miejscu następuje opis stosunków anatomicznych i jej warunków dla powikłań spraw chorobowych w jamie czaszkowej. Opis ten pomijam, jako już dawniej drukowany w tem czasopiśmie w pracy mojej „O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha“.

mają, między innemi, skłonność rozwijania się pierwotnie w uchu, gdzie często znajdują dla siebie grunt odpowiedni.

Oprócz tych objawów i następstw bezpośrednich, zaburzenia w narządzie słuchowym wywierają działanie oddalone w innych narządach; działanie to jest w części natury odruchowej. Wskażę tu niektóre tego rodzaju objawy. Najwybitniejszy jest wpływ narządu słuchowego na narząd wzrokowy. Już w warunkach normalnych, fizyologicznych zauważyć się dają u niektórych osobników zjawiska, które mogą być objaśnione ośrodkową, czynnościową synergią obydwóch narządów. U takich osobników, szmer, ton lub jakibądź dźwięk wywołuje wrażenia świetlne i kolorów, t. j. osobniki, obdarzone taką własnością, widzą kolory w tonach, lub też słyszą tony w kolorach. Związek obydwóch tych narządów występuje jeszcze wybitniej w sprawach chorobowych. Zapalenia ucha, zwłaszcza ropne, często wywołują w oku ciężkie następstwa i w jego mięśniach; sprawy te mogą wywołać brodawkę zastoinową, podwójne widzenie, *nystagmus*, zez, skurcz lub bezwład mięśni oka, ścisk powiek, *midriasis*, *myosis*, czasem nawet rozmiękczenie ciała szklistego (Kipp). Przy wyjmowaniu polipów z ucha nierzadkie jest łzawienie i ból kłujący w oku. Po zgęszczeniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym przy istnieniu braków w błonach bębenkowych spostrzegać się daje zawrót głowy optyczyny, t. j. po zgęszczeniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym lewym przedmioty otaczające robią obrót ze strony prawej ku lewej i odwrotnie, przyczem gałka oczna strony podrażnionej zostaje w położeniu ksobnem, chory zaś widzi podwójne obrazy skrzyżowane.

Zatkanie ucha woszczkiem wywołuje czasem szereg objawów, mogących wzbudzić podejrzenie rozpoczynającego się cierpienia mózgu, choroby umysłowej lub też innego jakiegoś cierpienia ustroju. Taki woszczek, gdy napęcznieje, może się stać przyczyną bólów ciągnących w głowie i szyi, może wywołać zaburzenia równowagi, stępienie umysłowe, osłabienie pamięci, bicie serca, kaszel, poty nocne, wychudnięcie, małokrwistość, objawy blednicy. Spostrzegałem dwa przypadki, gdzie woszczek uszny wywołał zjawiska podobne do padaczki. Ciała obce w uchu mogą wywołać napady duszności, gorączkę, bóle w ramionach i kolanach, skurcze palców, nerwobóle, majaczenie, padaczkę odruchową, bezwład połowiczny, połowiczny ból głowy, spastyczne utrudnienie połykania, nadczułość i nieczułość rozmaitych okolic ciała oraz zaburzenia troficzne.

(D. n).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

26. S. LAACHE. O stosowaniu t. zw. „dieta parca“ w tętniaku aorty. Już VALSALVA, BELLINGHAM, a zwłaszcza TUFNELL przy zaburzeniach w krążeniu zaczęli zalecać możliwe ograniczenie pokarmów stałych i płynnych. OERTEL dał następnie naukową podstawę owej metodzie. W nowszych jednak czasach ta t. zw. „kuracja TUFNELL'a“ nie cieszy się zbytnią popularnością, głównie wskutek dążności terapii nowoczesnej do wzmacniania, tonizowania, a nie osłabiania ustroju.

Metoda ta posiada jednakże według autora w tętniaku aorty znaczenie niepoślednie i polega na tem, że za pomocą długotrwałej, konsekwentnie przeprowadzonej diety, ograniczającej ilość przyjmowanych pokarmów tak stałych, jako-

też i płynnych, staramy się osiągnąć zmniejszenie ogólnej ilości krwi, aby w ten sposób wpłynąć na ściągnięcie się i możliwe zbliżnienie rozszerzonego naczynia. Pożywienie dzienne składać się ma z następujących pokarmów: Na śniadanie: 200 gr. czekolady, 1 mała bułka, 10 gr. świeżego masła, 1 jajko na miękko. Na obiad: 2 kawałki siekanego mięsa (lub ryby) bez sosu, 1 kartofel, i 200 gr. świeżego mleka. Na kolację: 2 kawałki białego chleba bez masła i 200 gr. świeżego mleka.

Autor zastosował ową metodę w jednym przypadku tętniaka aorty, który szczegółowo opisuje. Chory, kupiec, lat 48, zgłosił się do autora dnia 5. XI. 1892, uskarżając się na brak tchu i uczucie niepokoju w okolicy serca; przypadłości te wystąpiły poprzedzającego lata po bardzo męczących zajęciach. Badanie fizyczne stwierdziło szmer skurczowy, słyszalny nad całą okolicą serca, lecz mocniejszy u podstawy, i w 2-iem lewym międzyżebżu przyjmujący charakter nieco ostrzejszy; w tem też miejscu wyczuwał się również koci mruk. Stłumienia na rekojeści mostka, ani nieprawidłowego tętna, ani różnicy pomiędzy tętnem na obydwóch tętnicach promieniowych, ani wreszcie innych objawów tętniaka nie zauważono. Wobec tego rozpoznanie autora początkowo było niepewne, przypuszczał wadę zastawki dwudzielnej. Stan chorego pomimo rozmaitych sposobów leczenia wciąż się pogarszał.

Wobec tedy bezskuteczności wszelkiej terapii i wzmocnienia się kociego mruku na wyżwspomnianem miejscu, autor przychylił się do rozpoznania tętniaka i przedsięwziął nowy sposób postępowania. Zalecił bezwzględny spokój w łóżku, pęcherz z lodem na okolicę serca, jodek sodu z 5: 250 (dochodząc do 12: 250), 3 łyżki stołowe dziennie, i zmianę dyety według spisu, przytoczonego wyżej.

Wkrótce po zastosowaniu powyższej terapii stan chorego się poprawił: bóle ustąpiły, uczucie niepokoju zmniejszyło się, wygląd chorego stał się weselszym. Chory ściśle przestrzegał powyższej dyety, jednakże głód uczuwał tylko w początku kuracji, pragnienie się nie wzmogło; dobową ilość moczu wynosiła 400—500 gr.; waga ciała spadła o 12 kilo. Po upływie $\frac{1}{2}$ roku częstość tętna przy spokojnem leżeniu w łóżku równała się 72 na minutę; gdy wszakże chory próbował wstać, podnosiła się do 80, 90, 100 — i chory czuł się gorzej: odtąd częstość tętna stała się dla niego wskazówką okresu czasu, jaki mógł przebywać po za łóżkiem. Po roku chory zajął się powoli interesami. W lecie 1895 czuł się tak dobrze, że przedsięwziął podróż po kraju, z której powrócił jednakże w stanie znacznie gorszym — kuracja została rozpoczęta na nowo.

W pierwszej połowie roku 1896 chory wstał z łóżka i znowu zajął się swoje, mi sprawami. Stan zadawalniający trwał do połowy roku 1897, kiedy chory znów przedsięwziął podróż i po powrocie zaniemógł tak silnie, że 6 Paźdz. roku 1897 życie zakończył. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność tętniaka aorty wstępującej.

Autor zwraca słusznie uwagę, że przebieg przypadku powyższego nie stwierdza stanowczo pożytku, osiągniętego z zastosowania tak zwanej „diaeta parca“ gdyż działały tu współcześnie inne czynniki (t. j. jod, bezwzględny spokój). Niewątpliwie jednak według przekonania autora dyeta odegrała tu wybitną rolę, i sam chory to uznawał, ściśle jej przestrzegając.

(„Die Ther. der Gegenwart“ Heft 2. 99).

W. Rubin,

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział biologiczny, chemiczno - fizyczny i statystyczno - meteorologiczny. Posiedzenie z dnia 9 marca r. b.

1) Kol. FABIAN zapoznał zebranych z pracą SKWOROW'a, który dla objaśnienia zjawisk fizycznych i fizyologicznych, zamiast przyjętej obecnie teorii termogenicznej, podaje nową teorię, elektrogeniczną. Wszystkie zjawiska, nie wyłączając życiowych, są według tej hipotezy wynikiem powstawania i znikania różnic potencjałów energii, czyli zjawiania się i znikania prądów elektrodynamicznych. Zamiast przemiany materii przyjmuje S. przemianę energii.

2) Kol. NUSSBAUM wypowiedział rzecz p. t.: „Wyjątkowe warunki, ograniczające możliwość karmienia niemowląt przez matki, i wynikające ztąd szczególne wskazania dla higieny“. Zaznaczywszy, że ze wzrostem kultury zwiększa się również liczba dzieci, karmionych sztucznie, i że higiena musi się z tym objawem liczyć, prelegent przytacza statystykę sposobów karmienia niemowląt, ułożoną dla Monachium i płaskowzgórza Szwabskiego, oraz statystykę śmiertelności dzieci, w różny sposób karmionych. W Monachium w ciągu lat 5 (1861—1865) tylko 16% dzieci ssao piersi, 84% zaś karmiono sztucznie; mniej więcej podobne stosunki zachodzą w Szwabii. Jako powód, dla którego matki nie karmiły swych dzieci, notowano w Monachium w 7% przypadków — względy niemoralne (dzieci nieślubne i t. p.), w 13% namowę akuszerki, w 20% zajęcie całodziennej matki — robotnicy, w 59% — fizyczną niemożność karmienia (niedostateczna ilość lub jakość pokarmu, choroby matki i t. p.). Z pośród 1000 niemowląt umiera w pierwszym roku karmionych przez matki 7,4, przez mamki 7,7, karmionych mlekiem zwierząt 42, surrogatami zaś mleka 125. Za przyczynę złych wyników karmienia niemowląt mlekiem krowim uważa kol. N. nietylko różnicę składu chemicznego, jak raczej zanieczyszczenie i zakażenie mleka krowiego. Choroby ustrojowe matki, jak gruźlica, przysiadki, dalej miesiączkowanie podczas okresu karmienia (kobiety takie nader łatwo i często podlegają chorobom nerwowym) — oto są główne, według N., względy, dla których matka sama karmić dziecka nie powinna. Oczywiście, najlepiej zastąpić ją może w takich razach mamka, tu jednak występuje bardzo trudna do rozstrzygnięcia kwestya społeczna: kobieta, idąca na mamkę, nie może karmić własnego dziecięcia. Skoro społeczeństwo instytucję mamek toleruje, to niech przynajmniej na matce, przyjmującej mamkę, ciąży obowiązek dbania o należyte żywienie dziecka tej ostatniej.

W dyskusyi kol. BĄCZKIEWICZ wyraża zdanie, że higiena we właściwym znaczeniu nie powinna uznawać w matkach niemożności karmienia ich dzieci: higienista zawsze i wszędzie głosić powinien, że obowiązkiem matki jest karmienie niemowlęcia własną piersią. Bywają wprawdzie wyjątkowe stany, w których matka karmić na seryo nie może, ale niemożność ta winna być zawsze oceniona przez lekarza-patologa, często bowiem niemożność taka bywa urojona; za dostateczny powód do odstawienia dziecka nie uważa B. miesiączkowania podczas karmienia: nie szkodzi to matkom, które często w takich razach bywają zupełnie zdrowe, i nie szkodzi dzieciom, chociażby te wskutek zwiększonej podczas peryodu matki ilości cukru w mleku cierpiały na przemijające biegunki. Warunki socyalne stwarzają u nas mniejszy procent niekarmiących, niż podaje przytoczona przez prelegenta statystyka: u nas nawet bardzo ciężko pracujące robotnice karmią same swe dzieci, dokarmiając je co najwyżej mlekiem. Niemożność fizyczna karmienia z powodu odzwyczajania się pewnych klas ludności od tej czynności ustroju w całym szeregu pokoleń zdarzać się będzie z czasem coraz częściej, a kto wie, czy nie doj-

dzie kiedyś nawet do zaniku gruczołów mlecznych. Karmienie sztuczne mlekiem krowim daje wyniki gorsze od karmienia piersią nie tylko ze względu na zanieczyszczenia mleka krowiego, lecz i na odmienny jego skład chemiczny, głównie zaś ze względu na to, że ferment podpuszczkowy, odgrywający najważniejszą rolę w żołądku niemowlęcia, nie wydzielającym kwasu solnego, zupełnie inaczej ścina sernik mleka krowiego i kobiecego. Surogaty mleka, wogóle nieodpowiednie dla niemowląt, szczególnie szkodliwe są dla dzieci do 3 miesięcy, a to z powodu domieszki mączki.

W dyskusji przemawiali nadto kol. KRAUSHAR, POLIKIER i prelegent.

3) Kol. NENCKI wypowiedział „Kilka słów o stosowaniu rozpoznawczem tuberkuliny u bydła ze względu na zdrowotność mleka”. Odczyt ten wywołał ożywioną dyskusję o sposobach walki z gruźlicą bydła; przemawiali: kol. BĄCZKIEWICZ, FABIAN, POLIKIER, oraz pp. JANASZ i BIAŁOBRZESKI. Postanowiono uprosić pp. BĄCZKIEWICZA, BIAŁOBRZESKIEGO, FABIANA, JANASZA i NENCKIEGO o obmyślenie sposobów uzdrowotnienia naszych obór i mleczarni, zarazem o przygotowanie odpowiedniego referatu na następne posiedzenie Wydziału.

Na posiedzeniu tem postanowiono nadto odbyć dalszy ciąg dyskusji nad odczytami kol. NUSSBAUMA i NENCKIEGO.

Wydział higieny miast i mieszkań. Posiedzenie z dnia 10 marca r. b.

Na posiedzeniu przyjęto przedstawiony przez prezydium, a opracowany przez d-ra TCHÓRZNICKIEGO program wydziału, który przedstawia się w następujący sposób:

Program wydziału higieny miast i mieszkań.

Higiena miast obejmuje właściwie całą higienę szczegółową. Zadaniem jednak sekcji naszej jest wyodrębnienie tych specjalnych działów, które dotyczą bezpośrednio higieny miast. Po debatach zatem na uprzednim posiedzeniu i obmyśleniu sprawy przysłaliśmy do wniosku, że zadaniem programu właściwie jest wskazać jasno sprawy, które powinny nas interesować jako do nas, że tak powiem, należące i naszej kompetencji powierzone.

Należą zaś tu:

1) Grunt. Własności gruntu pod względem higienicznym; wilgotność gruntu i woda gruntowa, temperatura i powietrze gruntowe, zanieczyszczenia, aseptyzacja gruntu, ustępy i doły ustępowe; beczkowy system, klozety, wywózka; kanalizacja, odprowadzenie ścieków, spożytkowanie zawartości kanałów.

2) Bruki i drogi miejskie, ich właściwości i stopień szkodliwości dla zdrowia, przedmioty, pokrywające powierzchnię ulic, pył; materiały, użyte na bruki; chodniki i podwórza; urządzenie ulic, rynki.

3) Powietrze. Czyste powietrze, zepsute powietrze, wentylacja.

4) Woda. Rodzaje wody, studnie i wodociągi; zaopatrywanie miast w wodę; woda gruntowa i rzeczna. Wszystko to, co się odnosi do wody wogóle.

5) Mieszkania. Mieszkania w starych domach; budowanie nowych domów, dostęp powietrza i jego ilość, dostęp światła do mieszkań; czystość gruntu pod mieszkaniem; usunięcie wilgoci i wyziewów; wylewy rzek w miastach.

6) Oświetlenie miast i mieszkań; instalacje oświetlenia (świece, nafta, gaz, magnez, elektryczność, acetylen i t. p.).

7) Ogrzewanie domów i zakładów publicznych, rodzaje paliwa, rodzaje pieców.

8) Gmachy publiczne. Teatry i sale koncertowe; biura, banki i t. p.

9) Jadłodajnie: kuchnie, cukiernie, sklepy spożywcze i t. p.

- 10) Hotele: dworce kolejowe, meblowane pokoje, domy zajezdne.
- 11) Więzienia, koszary.
- 12) Cementarze.
- 13) Bydłobójnie miejskie.
- 14) Walka z chorobami zaraźliwymi i denzynyfekcyą.
- 15) Kąpiele publiczne i prywatne.
- 16) Handeli warunki zdrowotne handlu.
- 17) Komunikacye miejskie: tramwaje, omnibussy, dorożki i t. p.
- 18) Świątynie.
- 19) Ogrody i plantacye miejskie.
- 20) Zakładanie i rozszerzanie miast oraz przepisy sanitarne w tym względzie.

Program jednogłośnie przyjęto, przyczem inżynier MILKOWSKI zaznaczył, że najpilniejszą sprawą jest opracowanie: typu mieszkania dla jednej rodziny. Naturalnie, typ taki musi być opracowany nader praktycznie i z uwzględnieniem najróżnorodniejszych wymagań. Są bowiem rodziny, złożone z dwóch osób dorosłych, z rodziny z dziećmi, z rodziny bardzo licznej. Różne stopnie zamożności rodzą najróżnorodniejsze wymagania, i dlatego trudności w wynalezieniu typu piętrzą się niepomierne. Że jednak nie sztuka jest pokonywać zadania łatwe, a właśnie złamanie trudności bywa zasługą i tryumfem, miejmy nadzieję że pragnienia inżyniera, przy dobrej energii członków wydziału, ziszczą się.

W sprawie bruków wywiązała się dyskusya, w której brali udział pp. MATECKI, POLAK, RUDNICKI, MILKOWSKI, TCHÓRZNICKI, WAJCHT, ĆWIKIEL i inni. Bruk drewniany może być doskonałym ulepszonym brukiem, jeżeli materyał i wykonanie staną na wysokości zadania; bruki granitowe są najekonomiczniejsze, ale jazda po nich daje dużo hałasu. W tak dużem mieście, jak Warszawa, ważne znaczenie ze względu na system nerwowy ma cisza, należałoby więc w naszym mieście starać się o bruki drewniane i asfaltowe. D-r POLAK potępił stanowczo bruki z kamienia polnego, którym $\frac{9}{10}$ Warszawy jest pokryte.

Wydział, uznając całą ważność sprawy układania bruków, wybrał do opracowania tej kwestyi komisję, do której weszli: D-rowie POLAK i DOBRZYCKI, inżynierowie: MILKOWSKI, ĆWIKIEL, WAJCHT, RUDNICKI i SZCZENIOWSKI.

Wydział higieny wychowawczej. Posiedzenie z dnia 11 marca r. b.

Kol. DOŁIŃSKI odczytał zapowiadziany regulamin higieny szkolnej, przeznaczony głównie dla szkół początkowych, wiejskich i miejskich, a obejmujący, obok wstępu o położeniu budynku szkolnego, wiadome 4 działy (ob. pos. z dnia 14 stycznia) t. j. porządek, powietrze, ogrzewanie i światło w szkole. Prócz tego kol. DOŁIŃSKI dołączy przepis prawidłowej budowy ławek, ponieważ jest to także sprawa pałaca. Przytem zgodzono się, aby się porozumieć ze stolarzami, jakby w prosty sposób można regulować wysokość siedzenia i stolika.

Regulamin ów będzie wydrukowany najprzód w jednym z pism ludowych, a następnie, jako odbitka, rozesłany w formie broszurki dla spopularyzowania jej, gdzie należy, zgodnie z poprzednimi postanowieniami wydziału.

Kol. POLAK podał wiadomości statystyczne o wielu szkołach ludowych za granicą. Praca ta wyjdzie drukiem w najbliższym numerze „Zdrowia”. Najbardziej wzorowe szkoły są w Danii i Skandynawii, gdzie niektóre gmachy szkolne czynią wrażenie pałaców. Rozchód Warszawy na oświatę jest stosunkowo dwa razy mniejszy, niż Petersburga lub Moskwy, a przeszło sześć razy mniejszy, niż Krakowa lub Berlina.

W koncu kol. P., zaznaczając, że władze miejskie uznają potrzebę reformy, proponuje, aby wydział przyczynił się do powodzenia tej sprawy, rozpisując np. konkurs na plan budowy szkoły normalnej. Wniosek powyższy przyjęto do przedstawienia Radzie Towarzystwa.

W końcu ks. GRALEWSKI (przewodniczący) zakomunikował obecnym ze swej strony dwa nowe wnioski do omówienia na następnym posiedzeniu, a mianowicie: 1) projekt zbiorowych wycieczek wakacyjnych młodzieży po kraju, oraz 2) w jaki sposób ułatwić uboższym uczniom spędzenie wakacji na świeżem powietrzu, odwołując się do chętnych obywateli wiejskich w kraju.

Zgromadzenie przyjęło zapowiedź obu tych projektów bardzo przychylnie, wyrażając podziękowanie inicjatorowi za podjęcie tak żywotnej sprawy.

J. P.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali z dnia 17 marca 1899 r.

Z. KRAMSZTYK odczytał referat w sprawie ambulatoryów dla chorych przychodzących:

Szpital ogólny niedawno jeszcze miał starczyć na wszystkie potrzeby leczenia publicznego; dziś ta instytucja coraz bardziej specjalizuje się i rozdziela: powstaje pogotowie ratunkowe, uzdrowiska, szpitale specjalne. I ambulatorium ma swe specjalne zadanie, specjalne potrzeby i powinno stanowić instytucję oddzielną. Do ambulatorium udają się chorzy z chorobami lekkimi, stąd pewne lekceważenie całej instytucji. Ale każda choroba powinna być poważnie leczona. Konieczność udawania się po poradę, zależy nie tylko od ciężkości choroby, ale też od narządu, chorobą dotkniętego. Chorzy, leczący się ambulatoryjnie, to ogromna większość chorych, i już z powodu swej liczby zasługują na opiekę należytą. Ambulatoria, należycie urządzone, mogą przejąć znaczną część dzisiejszej działalności szpitalnej. Ale powinny licznym wymaganiom czynić zadość. Przedewszystkiem chory powinien mieć blisko ambulatorium, a więc tych zakładów powinno być dużo rozproszonych po mieście. Ambulatorium powinno mieć liczne i obszerne pomieszczenia, urządzenia do różnych badań, salę operacyjną i kąpiele lecznicze. Wobec tych wymagań, dzisiejsze ambulatoria szpitalne bardzo nędznie się przedstawiają. Nowe szpitale są zbyt odległe, jako punkty ambulatoryjne, ambulatoria są szczupłe i nie zupełne, więc chorzy muszą korzystać z urządzeń szpitalnych i wnoszą do szpitala zgiełk i brud. Wobec potrzeb poważniejszej instytucji, jaką jest sam szpital, ambulatoria przy szpitalach będą traktowane zawsze, jako mniej ważne dodatki. Ordynator szpitala może mniejszą uwagę zwracać na chorych ambulatoryjnych, a lekarze ambulatoryjni mają jakieś podrzędne, niewłaściwe stanowisko wobec ordynatorów szpitalnych. Jedynym motywem połączenia ambulatorium ze szpitalem są względy finansowe: ambulatorium takie prawie nic nie kosztuje, ale też nie przynosi tych korzyści, jakie dawać może. Oszczędność ta połączona jest z uszczerbkiem obu instytucji: szpitali, a przedewszystkiem ambulatoryów.

W dyskusji kol. **MŁCZKOWSKI**, uznając konieczność przekształcenia i poprawy ambulatoryów szpitalnych, zakładania nowych oddzielnych ambulatoryów w mieście, pragnąłby jednak utrzymać i ambulatoria szpitalne, ponieważ: 1) bardzo wielu chorych szpitalnych można prędko wypisywać ze szpitali, pod warunkiem, aby mogli się dalej leczyć ambulatoryjnie, najodpowiedniej przez tychże lekarzy oddziałowych; 2) oddziały mogą czerpać z ambulatoryów materiał naukowy.

Kol. **CHEŁCHOWSKI** zwraca uwagę, że powstające w ostatnim czasie ambulatoria po wsiach przynoszą bez porównania mniej pożytku chorym, niż szpitalki¹

Badanie i leczenie chorych, schodzących się masowo zdaleka, musi odbywać się bardzo pobieżnie, niemal niesumienne; jednocześnie demoralizuje to i lekarzy, zwłaszcza młodych, przyzwyczajając ich do powierzchowności w badaniu i leczeniu. Takie ambulatoria po wsiach w pewnych warunkach mogą być wprost niebezpieczne i szkodliwe.

Kol. KIJEWSKI i KOZERSKI zaznaczają, że wogóle stan ambulatoryów szpitalnych jest zły i wymaga poprawy; gdzie to uczyniono (jak np. w szpitalu Wolskim), tam leczenie ambulatoryjne odbywa się o wiele lepiej, co znakomicie wpływa na zwiększenie liczby chorych.

Kol. SOKOŁOWSKI wyraża potrzebę tworzenia oddzielnych ambulatoryów; ko Jul. KRAMSZTYK sądzi, że przynajmniej w szpitalach specjalnych ambulatoria należy utrzymać przy szpitalach.

W końcu dyskusyi, w której nadto zabierali głos: kol. DUNIN,¹ PERKOWSKI, KRYŻE, TCHÓRZNICKI, przewodniczący T. DUNIN zaproponował wniosek, przyjęty przez zgromadzonych: należy dążyć do przekształcenia i poprawy urządzeń i obsługi lekarskiej w ambulatoriach szpitalnych, nadto zaś, o ile można, zakładać nowe ambulatoria niezależnie od szpitali.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu (18. X. 98.) KUEMMEL na licznych i pouczających preparatach okazywał siłę i działanie pocisków nowego magazynowego pistoletu Mauser'a. Pistolet ten stanowi doskonałość pod względem technicznym i ballistycznym. Do prób w strzelaniu używano pocisków o powłoce niklowej i pocisków eksplodujących, zwanych „Dum-Dum”. Wiadomo było, że pociski pierwszego rodzaju nie czyniły żołnierzy niezdolnymi do boju, nawet trafionych 2—3-ma (czasem i więcej) kulami; tymczasem pustoszące działanie pocisków „Dum-Dum” było ogromne. W celu przekonania się o sile pocisków z nowej broni, KUEMMEL używał bali drewnianych, płyt stalowych i żelaznych, zwierząt, a w końcu trupów ludzkich. Strzelano z odległości 10—50 metr. Pociski o powłoce niklowej przebiły dwie, stojące jedna za drugą, 4-milimetr. płyty żelazne, pocisk zaś „Dum-Dum” tylko jedną; natomiast płyty stalowej tej samej grubości obydwie pociski nie przebiły, lecz mocno ją wgięły. Na ciałach ludzkich pociski „Dum-Dum” sprawiały ogromne spustoszenia. Tak np. na okazanej czaszce w okolicy kości potylicowej pocisk ten utworzył otwór ząbiony wielkości dłoni, otwór zaś, przez który pocisk wyszedł na przeciwległej powierzchni czaszki, przedstawiał się pod postacią dwa razy tak wielkiego braku tkanki, kość zaś przylegająca została literalnie zmiażdżona. Pocisk, powleczone płaszczem niklowym, zrobił w czaszce psa dwa równe, prawie gładkie otwory. Na kościach długich obydwie rodzaje pocisków poczyniły prawie jednakowe uszkodzenia, mianowicie zupełnie zdruzgotały kość. Otwór jednak wejściowy i wyjściowy pocisku, pokrytego niklem, był gładki, natomiast pociski „Dum-Dum” zawsze pozostawiały, na kończynach otwory ząbione i nierówne. Z odległości 50 metr. pocisk „Dum-Dum” najzupełniej zgruchotał kość udową i utkwiał pod skórą na przeciwległej powierzchni kończyny, gdy pocisk drugiego rodzaju przebił ramię i klatkę piersiową. Dalszy szereg doświadczeń został zapowiedziany.

W Towarzystwie Lekarskiem w Greifswaldzie (3. XII. 98) TILMANN przedstawił chorego na częściowe porażenie mięśnia kapturowego (*cucullaris*). 40-letni de-

karz opowiada, że od pewnego czasu zauważył utrudnienie w używaniu ręki lewej, wskutek czego używa wyłącznie ręki prawej. Podczas badania rzuca się w oczy niskie ustawienie barku lewego, który nadto wysunięty jest bardziej ku przodowi i jest bardziej odalony od klatki piersiowej, niż prawy. Obojczyk lewy bardziej wystaje, niż prawy, a doły nad — i podobojczykowy po stronie lewej są głębsze, niż po prawej. Łopatka lewa, zwłaszcza w okolicy jej grzebienia jest bardziej oddalona od linii środkowej ciała, niż prawa (różnica wynosi 4 ctm). Odległość między kątem łopatki lewej i wyrostkami ciernistymi po stronie lewej 8 ctm., po prawej 10 ctm. Położenie łopatki tedy jest odwrotne w porównaniu z jej położeniem prawidłowem, mianowicie jej brzeg wewnętrzny posiada kierunek ukośny od góry i zzewnątrz ku dołowi i na wewnątrz, a prócz tego sam kąt łopatki leży po stronie lewej o 3 ctm. niżej, niż po prawej. Ruchy ramienia ku przodowi, w bok i ku przodowi i na zewnątrz zachowane są w zupełności. Zasluguje na uwagę, że niskie ustawienie łopatki lewej przy wszystkich wspomnianych wyżej ruchach staje się jeszcze bardziej wybitnem. Całokształt objawów odpowiada porażeniu mięśnia kapturowego (*musc. cucullaris*), niezwykle jest tylko to, że bez względu na porażenie chory może podnieść rękę po nad linię poziomą.

Mówca nakreślił krótki zarys topograficzny czynności trzech części (*portio*) m. kapturowego: oddechowej, podnoszącej i przyciągającej ramię. Badanie za pomocą elektryczności w danym przypadku wykazało, że część oddechowa i poruszająca ramię są sparaliżowane, pozostała wolną tylko część przyciągająca ramię. Mówca zwraca uwagę na niezmierną rzadkość porażenia przyczepu obojczkowego, o którym DUCHENNE mówi, że stanowi on *ultimum movens* mięśnia, a wielką odporność tego odcinka kładzie na karb obfitego unerwienia. W danym przypadku ruchy są do pewnego stopnia zachowane, dzięki współdziałaniu mięśni sąsiednich (*trapezius, deltoideus, serratus ant*). Mówca sądzi, że u tego chorego cierpienie zależy od porażenia *n. accessori*. Nie jest to jednak zupełne porażenie tego nerwu, ponieważ mięś. sutko-mostko-obojczykowy (*sterno-cleido-mastoideus*) działa dobrze, brak zaburzeń w łykaniu i objawów ze strony krtani. Za to spostrzegano zaburzenia czynności serca — napady duszności, przyspieszenie tętna do 140 uderzeń.

Oдноśny obraz chorobowy i skargi chorego, zdaje się, nie upoważniają do podejrzenia przejściowego, lecz powtarzającego się porażenia gałązek nerwu błędnego (WINTERNITZ), udających się do serca. Ponieważ jednak nie udało się stwierdzić ani istnienia wad zastawkowych, ani cierpienia mięśnia sercowego, to wyżej wspomniane objawy zasługują na zaznaczenie. Przyczyny porażenia nie wykryto. Ani wywiady, ani rodzaj zajęcia chorego, ani bardzo staranne badanie narządów chorego nie dały żadnych wskazówek.

W paryskim Société médicale des hôpitaux toczyła się bardzo ożywiona dyskusja (Grudzień 1898) nad istotą choroby BARLOW'a. AUSSET z Lille na podstawie jednego spostrzeganego przypadku twierdzi, że tak zwana choroba BARLOW'a stanowi tylko pewną nieprawidłową postać krzywicy, mianowicie jej postać krwotoczną. Ponieważ zaś choroba BARLOW'a posiada zaledwie odległe podobieństwo do skorbutu, przeto nie należy utożsamiać tych dwóch cierpień, z których pierwsze wcale nie zależy od żywienia dzieci mlekiem wyjałowionem, jak to wielu przypuszczało. Z ostrą krytyką takiego pojmowania sprawy wystąpił NETTER. Przedewszystkiem zaznaczył on, że nazwa „choroba BARLOW'a“ jest nieodpowiednia, ponieważ już przed BARLOW'em opisywało ją kilku innych lekarzy angielskich, zaliczanie zaś tego cierpienia do skorbutu krwotocznego uważa za niesłuszne, a to

z tego względu, że posiada ona inne nieco cechy, i w najlepszym razie możnaby jej nadać miano *scorbutus infantilis* dla odróżnienia od ogólnie znanej sprawy chorobowej — skorbutu. Co się tyczy czynników etiologicznych, to za najważniejszy NETTER uważa brak świeżego mleka, i dlatego w leczeniu tej choroby należy na tę okoliczność zwrócić więcej uwagi, niż na leki rozmaite. Czy rzeczywiście mleko wyjałowione wpływa na rozwój tego cierpienia, mówca nie chce orzec nic stanowczego, uważa jednak za właściwe dodać, że w trzech przypadkach skorbutu, spostrzeganych przez niego, istotnie odżywiano dzieci za pomocą mleka wyjałowionego.

Na posiedzeniu Académie de médecine LUCAS CHAMPIONNIÈRE chwalił znakomite własności odkażające wody utlenionej, której bardzo często używa już od roku, i która, według jego zdania, stanowi jedyny antyseptyk, powstrzymujący rozwój ropienia pochodzenia zakaźnego. Za pomocą tego środka udaje się zdezynfekować ogniska ropne, leżące głęboko i niedostępne dla innych płynów odkażających. Najbardziej jednak zaleca mówca ten płyn do odkażenia pochwy przed operacją wycięcia macicy, jak również do przestrzykiwań wewnątrzmacicznych w przypadkach spraw zakaźnych we wnętrzu macicy. Przestrzykiwania takie dają jakoby lepsze wyniki, niż wyskrobywanie. CHAMPIONNIÈRE stosuje roztwór 10%. Używanie takiego roztworu nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorego, nie drażni tkanek, w działaniu przewyższa sublimat, a nawet posiada pewne własności hemostatyczne.

Dyskusya nad tym odczytem wykazała, że zarzuty, czynione niegdyś używaniu wody utlenionej przez TARNIER'a i jego uczniów, miały swe źródło w tem, iż przygotowanie tego środka było niedbałe. Tego samego zdania był i PÉAN, który używał tego środka w ciągu lat dwóch. Obecnie wodę utlenioną wyrabiają w wielkiej ilości w fabrykach, wskutek czego posiada ona zawsze skład ściśle określony, a więc i działanie jej jest zawsze pewne.

K. Z.

ODCINEK.

ZE SPRAW SZPITALNYCH.

II.

Dziś, kiedy opinia publiczna tak silnie się zainteresowała sprawą szpitalnictwa warszawskiego, i kiedy tak wiele się mówi i pisze o niedostateczności obecnych szpitali i ich wadliwej organizacyi, na czasie, zdaje się, będzie poruszenie sprawy szpitali dla chorych umysłowych.

Sprawa, której mam zamiar dotknąć, dotyczy nie tylko samej Warszawy. Ponieważ większość szpitali dla obłąkanych jest ześrodkowana w Warszawie lub koło Warszawy, i ponieważ do szpitali naszych napływają obłąkani ze wszystkich zakątków kraju, z konieczności więc trzeba wyjść po za ograniczone szranki potrzeb lokalnych i rozejrzeć się szeroko po całym kraju.

W chwili obecnej położenie rzeczy jest wprost opłakane. Kraj nasz posiada olbrzymią ilość chorych umysłowych, a tymczasem szpitali mamy zaledwie garstkę, tak że znaczna większość obłąkanych pozostaje na wolnej stopie, częstokroć nawet tacy, którzy ze względu na rodzaj swej choroby winni być, koniecznie w zakładzie zamkniętym pomieszczeni.

Powstaje ztąd zło potrójne: po pierwsze, chorzy, którzy, będąc w porę oddani do zakładu, mogliby prawie odzyskać zdrowie, nie dostawszy się do szpitala, stają się na zawsze nieuleczalnymi; po wtóre, obłąkani, pozostając na swobodzie, stają się często wysoce niebezpiecznymi zarówno dla samych siebie, jak i dla otoczenia (samobójstwa, morderstwa, podpalanie i t. d.); po trzecie, chorzy umysłowi, będąc na wolnej stopie, bywają niejednokrotnie po barbarzyńsku przez otoczenie traktowani, każdy bowiem, jak może i jak umie, broni się przeciwko obłąkanemu.

Aby nie być posądzonym o gołosłowność i niepotrzebne alarmowanie opinii, przystępuję odrazu do faktów i cyfr.

Mówiliśmy przed chwilą, że kraj nasz posiada olbrzymią ilość obłąkanych. Zjawia się pytanie, jaka też jest dokładna ich liczba?

Ścisła odpowiedź na podobne pytanie jest niezmiernie trudna, albowiem badań statystycznych, dotyczących liczby obłąkanych, prawie że nie podejmowano u nas. Znana jest tylko praca KROŚNOWSKIEGO p. t. „Statystyka i topografia powiatu lipnowskiego“ (Pamięt. Tow. Lek. Warsz. 1866), w której autor podaje ilość obłąkanych powiatu lipnowskiego. KROŚNOWSKI wśród ogółu mieszkańców powiatu znalazł obłąkanych 67, czyli, że jeden chory przypadał w jego powiecie na 1492 mieszkańców.

Czy obliczenie to było dokładne, trudno orzec, faktem jest jednak, że cyfry, stwierdzonej przez K., a orzekającej o stosunku liczebnym obłąkanych do reszty mieszkańców, nie można na cały kraj uogólniać. Być może, że w powiecie lipnowskim, co, mówiąc nawiasem, wydaje się nam nieco wątpliwem, istniał stosunek 1 : 1492, w drugim jednak możeby się znalazł stosunek o wiele gorszy, tak że z obliczeń KROŚNOWSKIEGO żadnych pozytywnych wniosków wyciągać nie należy.

W braku naszej własnej statystyki, nie pozostaje nam nic innego, jak zwrócić się do statystyki zagranicznej, tylko bowiem tą drogą będziemy w stanie wytworzyć sobie przybliżone pojęcie o ilości obłąkanych naszego kraju.

Przed wielu laty psychiatrzy przyjmowali, że w krajach zachodnio-europejskich przypada jeden obłąkany na tysiąc mieszkańców. Już jednak w 70-tych latach stwierdzono w rozmaitych punktach Europy, iż stosunek procentowy chorych umysłowych do ogółu mieszkańców jest znacznie większy. Tak w Prusach w 1871 roku stwierdzono stosunek 1 : 448, w Bawarii w tymże roku stosunek 1 : 403, we Francji w 1872 r. 1 : 410, w Anglii w 1871 r. 1 : 329, a w Wirtembergu w 1875 roku 1 : 237 (p. przyczynek do psychiatrii d-ra ROTHE'go 1879 r.). We wszystkich krajach zachodnio-europejskich w latach 70-tych stwierdzono, że jeden obłąkany przypada na 300—500 mieszkańców.

Czy stosunek powyższy mamy prawo zastosować do naszego kraju? Do pewnego stopnia tak. Jeżeli bowiem zwrócimy uwagę na to, że ekonomiczne i społeczne warunki bytu u nas są nader zbliżone do warunków bytu społeczeństw zachodnio-europejskich, że u nas istnieje również, jak i tam, ciężka walka o byt, przeciążanie pracą fizyczną i umysłową, alkoholizm, przymiot i t. p. czynniki, na obłęd wpływające, to będziemy musieli przyznać, że względna ilość obłąkanych winnaby być u nas, jeżeli nie ta sama, to w każdym razie nader zbliżona do tej, jaką podają statystyki zagraniczne.

Mógłby kto nam zarzucić, że, bądź co bądź, kultura narodów zachodnio-europejskich jest o wiele wyższa od naszej, i że z tego powodu musi tam być obłęd bardziej rozpowszechniony. Można by również powiedzieć, że narody zachodnio-europejskie są starsze od polskiego, a zatem bardziej zwyrodniałe, i że z tego powodu wydają one więcej obłąkanych. Odpowiemy na to: różnica kultur i ras nie odgrywa w danym razie zbyt wielkiej roli, skoro w Cesarstwie Rosyjskiem, jak te-

go dowodzą najnowsze obliczenia psychiatrów, przypada obecnie na tysiąc mieszkańców 2—3 obłąkanych, a zatem tyleż, co i za granicą. Dodajmy jeszcze, że w Królestwie mieszka ogromna ilość żydów, a żydzi, jak wiadomo, wydają znacznie więcej obłąkanych, aniżeli rasa aryjska. Okoliczność ta nie może pozostać bez wpływu na częstość obłądów w naszym kraju.

Wobec faktów powyższych trudno nam być optymistami i łudzić się, że obłąd jest u nas mało rozpowszechniony. Sądząc przez analogię, musimy przyznać, że i my posiadamy znaczną ilość obłąkanych, od 2 do 3 *pro mille*. Ale przypuśćmy, że jest ich u nas tylko 2 na tysiąc (stosunek ten przyjmuje obecnie i d-r KOTHE, z którym miałem sposobność o tej kwestyi mówić), to i wtedy okaże się, że armia obłąkanych Królestwa Polskiego jest potężna. Ponieważ bowiem ludność Królestwa wynosi dziesięć milionów, należałoby więc przyjąć, że obłąkanych mamy do 20,000.

Zachodzi pytanie, co my robimy dla tej ogromnej rzeszy obłąkanych? Gdzie ich leczymy i jak pielęgnujemy?

Rzekliśmy, że zakładów psychiatrycznych posiadamy bardzo nie wiele. I rzeczywiście, kraj nasz posiada zaledwie cztery szpitale: 1) szpital w Tworzech, 2) szpital św. Jana Bożego w Warszawie, 3) oddział psychiatryczny przy szpitalu starozakonnych w Warszawie, 4) szpital św. Jana Bożego w Lublinie.

Pierwszy z tych szpitali posiada obecnie łóżek etatowych 550, drugi — 190, trzeci — 101, czwarty — 50. Razem we wszystkich szpitalach jest łóżek etatowych 891.

Ale prócz wymienionych szpitali posiadamy inne jeszcze instytucje, dające schronienie chorym umysłowym. Tak, mamy w kraju dwa prywatne zakłady psychiatryczne: d-ra CHOMĘTOWSKIEGO w Warszawie, posiadający 15 łóżek i d-ra OLECHNOWICZA w Lublinie, posiadający 17 łóżek. Nadto posiadamy 4 przytułki: jeden w Górze Kalwaryi, gdzie mieści się do dwustu obłąkanych, jeden w Warszawie przy domu schronienia starozakonnych na ul. Wolskiej, gdzie się znajduje chorych około 25, wreszcie dwa przytułki w Łodzi: jeden o 45 łózkach dla Niemców wyznania chrześcijańskiego, a drugi o 16 łózkach dla obłąkanych żydów. A zatem z ogólnej ilości 20000 obłąkanych tylko 1209, t. j. nieco więcej niż 6%, znajduje pomieszczenie w naszych specjalnych zakładach.

Rzecz prosta, że zakładów mamy zbyt mało, a do jakiego stopnia mało, najlepiej się okaże, jeżeli porównamy nasze stosunki z zagranicznymi. We Francyi z ogólnej ilości obłąkanych w zakładach znajduje przytułek 40% chorych, w Szwajcaryi 58%, w Ameryce 66%, a w Szkocyi aż 83%. Jakżeż zabawnie wobec tego wygląda nasze 6% obłąkanych, internowanych w zakładach!

Naturalnie, nie dla wszystkich obłąkanych zakład jest potrzebny. Do zakładów kwalifikują się przede wszystkim chorzy, dotknięci ostrą psychozą, a zatem potrzebujący specjalnego zakładowego leczenia, powtórę, chorzy niespokojni i gwałtowni, którzy, przebywając na wolnej stopie, są niebezpieczni dla otoczenia, dalej chorzy, którzy się odznaczają skłonnością do samobójstwa, wreszcie ci wszyscy, którymi rodzina nie jest w stanie z powodu ubóstwa lub innych względów zaopiekować się.

Wziąwszy na uwagę wszystkie powyższe względy, będziemy musieli przyznać, że ilość procentowa obłąkanych, kwalifikujących się do zakładów, jest znaczna. Co najmniej połowa, jeżeli nie 75% ogólnej ilości obłąkanych, winna być w zakładach internowana. Okazuje się tedy, że z całej ilości chorych umysłowych, którzy powinni dla rozmaitych powodów znaleźć w zakładach schronienie, u nas zale-

dwie nieznaczna część do zakładów się dostaje, zamiast bowiem dziesięciu czy piętnastu tysięcy chorych mamy w naszych zakładach ogółem 1209.

Kłeska, ztąd wynikająca, jest wielka, bo pomyślmy choćby o tem, jak dużo osobników marnuje się i traci zdrowie na zawsze jedynie dlatego, że nie może się dostać w'porę do zakładu. (D. n.).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Luty r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 73 (m. 41, k. 32); przybyło w lutym 88 (m. 50, k. 38); wypisało się 81 (m. 49, k. 32); zmarło 12 (m. 6, k. 6); pozostało na miesiąc następny chorych 68 (m. 36, k. 32).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, a to dzięki zmniejszeniu się ospy, odry i róży. Byłoby to bardzo pocieszające, gdyby nie tyfus wysypkowy, który odrazu prawie wybuchnął w kilku naraz punktach miasta i dostarczył szpitalowi pokaźną liczbę chorych. Do złośliwszych ognisk zaliczyć należy: Przytułek noclegowy na Rybakach, oraz ulice: Wronią (Nr. 4), Nowo-Wołyńską (Nr. 7) i Przechodną (Nr. 4), które po kilku naraz chorych dostarczyły.

Najlichnieszą rubrykę, 4 razy większą, niż w styczniu, stanowił tyfus wysypkowy, którego mieliśmy przypadków 22 (m. 17, k. 5), z przebiegiem, jak dotychczas, niezbyt ciężkim. Przypadków, śmiercią zakończonych, nie było. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowo-Wołyńska 7 (3 przypadki), Przechodnia 4 (2 przypadki z jednego mieszkania), Żytnia 14, Rybaki 18 (2 przypadki w przytulku noclegowym), Siedlecka 12, Petersburska 9 (2 przypadki w przytulku); Piękna 45, Elektoralna 11, Krochmalna 12, Wronia 4 (7 przypadków — cała rodzina) oraz miasto Jampol.

Następną rubrykę, znacznie mniejszą, niż w miesiącu ubiegłym, stanowiła o d r a, której mieliśmy przypadków 14 (m. 4, k. 10), przeważnie u starszych dzieci, z których 10 przybyło z domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Szpital Dz. Jezus (przypadków 10), Ogrodowa 21, Żelazna 60, Marszałkowska 53, i wieś Wacunina.

Znacznie również mniej zanotowaliśmy r ó ż y: przypadków 11 (m. 4, k. 7), głównie przyraanej z przebiegiem ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie z powodu powikłań ropnych i chorób pierwotnych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Marszałkowska 73, Ogrodowa 16, Wolska 39, Prosta 17, Stare Miasto 18. Tamka 32, Żórawia 7, Próżna 3 i wieś: Wola i Jaruzel.

Nader pocieszającym objawem, dawno już nie notowanym, jest ciągle i stałe zmniejszanie się o s p y, której mieliśmy tylko przypadków 8 (m. 5, k. 3), przeważnie u dorosłych, nieszczepionych. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowo-Zielna 36, Aleksandrya 16, Krochmalna 5, Belwederska, Elektoralna 30, Dzika 5, Żelazna 16 i Mokotów.

W jednej mierze trzymała się p ł o n i c a, której zanotowaliśmy przypadków 7 (m. 6, k. 1), przeważnie u dorosłych z przebiegiem ciężkim. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki. Chorzy pochodzili z ulic: Sadowa 8, Brzozowa 43, Warecka 14, Nowy Świat 36, Żelazna 87, wieś Koło i Modzelin.

Z 5 przypadków tyfusu brzusz nego trzy pochodziły z okolic, i prowincyi (Powązki, Drewnica, Tomaszów); dwa zaś z ulicy Hożej 23 i Wolskiej 28.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 7 przypadków zapalenia gardła po 2 przypadki: grypy i biegunki krwawej, oraz po jednym: błonicy gardła, reumatyzmu wielostawowego, zapalenia płuc krupowe-

go, ostrego, wrzodziejącego zapalenia wsierdza i ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Z innych chorób, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy: po jednym przypadku nieżytu kiszek, płuc, zadumy i poranienia stopy.

Biletów odmownych chorym z powodu niezaraźliwości choroby wydano 22 (m. 11, k. 11). Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 47 (m. 29, k. 18).

J. Szwajcer.

Wiadomości bieżące.

— Z nadesłanego nam Sprawozdania z działalności Towarzystwa Kolonii letnich w Warszawie za rok 1898, widzimy, że w roku sprawozdawczym Towarzystwo liczyło członków rzeczywistych 236, zwyczajnych 291. Sprawami Towarzystwa zarządzał komitet, wybrany na zebraniu ogólnem w dniu 12 marca r. z. Komitet wybrał na prezesa d-ra MARKIEWICZA St., na wiceprezesa d-ra A. NATANSONA, na kontrolera p. A. ZAKRZEWSKIEGO i na sekretarza p. H. KONICA. Zapis dzieci, pragnących wyjechać na kolonie, rozpoczął się 3 marca 1898 roku i trwał dni 4; badanie lekarskie prowadzili dwaj stali lekarze Towarzystwa: Michał DEHNEL i Tadeusz JASIEŃSKI. Do zapisu zgłosiło się dzieci 4120, superrewizyi lekarskiej podlegało z tej liczby 2908, z których zakwalifikowano do wyjazdu ze stopniem 1-ym dzieci 1368, z 2-im 1432, z 3-im 108. Wyjechało zaś dzieci 2222, w tem chłopców 1146, dziewcząt 1076; chrześcian 1620, żydów 601. W roku sprawozdawczym dzieci przebywały na 13 koloniach: 12 miejskich i 1 leczniczej w Ciechocinku. Dzieci przebyły na koloniach, utrzymywanych kosztem Towarzystwa, dni 59691, na koloniach prywatnych dzieci przebyły dni 4473. Wypadków chorób było podczas pobytu dzieci na koloniach 36. Wypadków śmierci nie było. Wyniki pobytu dzieci na koloniach wogóle były bardzo dodatnie. Średni przyrost wagi u dziecka przez 4 tygodnie wyniósł 3,42 funta. Obrót kasowy Towarzystwa był następujący: remanent z roku 1897 — 6808 rb., wpłynęło w r. 1898 — 24,078 rb. o-

gół wpływów 30,887 rb., wydatki 23,933 remanent na rok 1899 — 6954 rb. (kopiejki opuszczamy). Przeciętny wydatek na jedno dziecko, wysłane na koszt Towarzystwa, wynosił 11 rb. 65 kop. Majątek Towarzystwa wynosi 43,504 rb. 96½ kop.

— W sprawozdaniu z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za rok 1897 i 1898 znajdujemy, że Towarzystwo liczyło członków zarządu 12 i 2 zastępców, 7 członków protektorów, 695 członków rzeczywistych i 5 członków czynnych. W chwili obecnej oprócz zarządzającego stacyą, starszych lekarzy dyżurnych Towarzystwo liczy 8, młodszych 4, zastępców 8. W roku 1898 liczba wezwań wynosiła 4223. Przeciętna liczba wezwań dziennie 11,8 (w roku 1897 — 7,8). Najwięcej wezwań było od osób prywatnych, natomiast zmniejszyła się odsetka wezwań przez fabryki. Między osobami, którym pomocy udzielono, było 65,2% mężczyzn, 22,1% kobiet i 12,1% dzieci. Z cierpieniami chirurgicznymi udzielono porad 2717 osobom, z wewnętrznymi 1083. Przeciętna szybkość od czasu alarmu była następująca: a) wyjazdu 2 m., b) udzielenia pomocy 10 m. 5 s., c) powrotu na stacyę 47 m. 8 s. Rozchód Towarzystwa w roku 1898 wynosił 26,275 rb. 49 kop., przychód zaś 30,132 rb. 16½ kop.

— **Zmarli.** W Warszawie d. 12 marca zmarł d-r Michał SZWYKOWSKI, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, w wieku lat 41.

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. 12j do 1-ej p. p.

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.

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 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 CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

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

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Znana w całym świecie miejscowość kuracyjna
i kąpielowa

Sezon przez
cały rok

Słynne kąpiele
solankowe
55° R.

Wiesbaden

w pobliżu
Renu

Niezrównane wyniki lecznicze

Pry podagrze, reumatyzmie, ischias, przy chorobach stawów, nerwów, żołądka i kiszki jak również i przy chorobach dróg oddechowych.

PROSPEKTY GRATIS.

MIJSCOWY ZARZĄD KURACYJNY.

Wydawnictwo dzieł lekarskich Polskich w Krakowie.

pragnie nabyć w drodze antykwarskiej parę egzemplarzy dzieł własnego wydania, których nakład został wyczerpanym, a mianowicie:

1. Gultmana. Dr. P. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Warszawa 1877.
2. Steinera. Dr. I. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Kraków 1877.
3. Jordana. Prof. Dr. H. Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy. Kraków 1881.
4. Smoleńskiego. Dr. St. Hydroterapia. Kraków 1884 (Wyd. I).
5. Brauna. Doc. Dr. St. O operacjach położniczych. Kraków 1891.
6. Bylickiego. Dr. Wł. Nauka o chorobach kobiecych. Kraków 1894.

Łaskawe zgłoszenia przyjmuje Dr. Stanisław Kwiatkowski w Krakowie. Klinika lekarska.