

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. J. SZMURŁO. Przypadek chłoniaka przegrody nosowej (*lymphangioma fibromades*). Str. 979. II. Dr Odo BUJWID. Znaczenie czynników socjalnych w powstawaniu gruźlicy (dok.). Str. 982. *Dział sprawozdawczy.* 146. BRUNEAU de LAHORIE. Stosowanie radioterapii w chłoniocy gruźliczej. Str. 989. 147. NEMENOV. O leczeniu białaczki zapomocą promieni ROENTGEN'a. Str. 990. 148. A. BICHEL. Przyczynek do leczenia niedokrwistości złośliwej zapomocą thorium X. Str. 991. 149. PRINGSHEIM. O wpływie cholesteroliny na hemoglobinurę napadową. Str. 991. 150. BARKANOVICH. Argentarsyl — środek przeciwko zimnicy. Str. 991. *Przegląd bibliograficzny.* Przegląd bibliograficzny niektórych najnowszych prac zagranicznych z dziedziny chorób dróg oddechowych. Ocenił A. SOKOŁOWSKI. Str. 992. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie otolaryngologów d. 28-go grudnia 1911 r. Str. 996. *Wiadomości bieżące.* Str. 998. Nekrologia ś. p. FERDYNAND OBTUŁOWICZ. Str. 1000. *Ogłoszenia.*

I. Przypadek chłoniaka przegrody nosowej.

(*Lymphangioma fibromades*).

Podał

J. Szmurło.

Dnia 18-go lutego przybył do mnie po poradę p. Rydzski z Suwałk, w wieku lat 49, ze skargami na utrudnione oddychanie lewą połową nosa. Trudność owa trwa już przeszło dwa miesiące. Chory początkowo zwrócił się o poradę do jednego z miejscowych lekarzy, który, stwierdziwszy w nosie obecność jakiegoś nowotworu, łatwo krwawiącego, spróbował go usunąć. Próba wszakże była niefortunna; nastąpił mocny krwotok, który z trudem zapomocą tamponowania udało się opanować. Wtedy chory za radą lekarza udał się do specjalisty laryngologa w Grodnie. Ten nowotwór usunął, poczem zatkanie lewej połowy nosa ustąpiło.

Wydobyty nowotwór był, według słów chorego, wielkości ziarna fasoli i twardy na dotyk. Po trzech tygodniach, ponieważ trudność oddychania wystąpiła ponownie, chory zgłosił się po raz wtóry do tego samego specjalisty. Ten atoli, obejrzawszy nos i podejrzewając złośliwą naturę nowotworu, odesłał chorego do Warszawy.

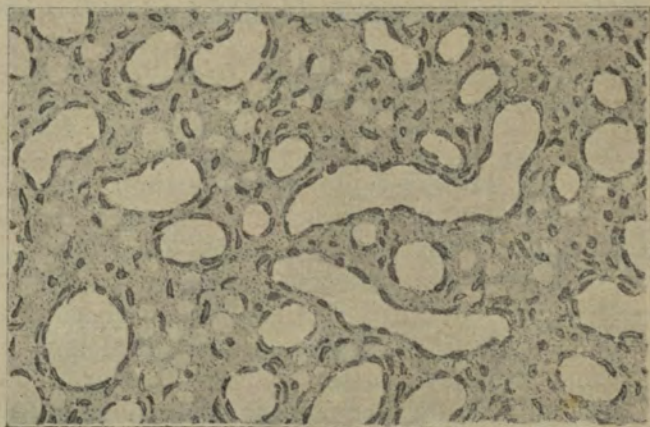
Chory dobrze zbudowany, średnio odżywiony, ma wygląd zdrowy, rumiany. W lewej połowie nosa, w przedniej części przewodu nosowego średniego widać guz czerwony, ruchomy, wychodzący z przedniej części przegrody nosowej na początku kostnego jej odcinka i na wysokości dolnego brzegu średniej muszli. Po zastosowaniu 20%-go roztworu kokainy z adrenaliną, kiedy nastąpiło zupełne znieczulenie, guz ten z łatwością usunąłem gorącą pętlą i całą podstawę guza wypaliłem żegadłem galwa-

niczmem. Reakcyja pooperacyjna była niewielka: chory po trzech dniach czuł się zupełnie dobrze i wyjechał z Warszawy. Po upływie miesiąca widziałem go znowu. Na miejscu operacyi widać jeszcze strup, po usunięciu którego na błonie śluzowej widać bliznę, nigdzie natomiast najmniejszych śladów regeneracyi nie daje się zauważyć.

Chory w razie najmniejszej przeszkody w nosie, obiecał znowu przybyć do Warszawy. Upłynęło wszakże już od ostatniej bytności jego 2 miesiące, a on znaku życia, czując się widocznie zupełnie dobrze, o sobie niedaje.

Wydobyty guz przedstawiał się makroskopowo w postaci miękkiego, czerwonego kawałka formy walcowatej, długości trzech i grubości jednego centymetra. Badanie mikroskopowe, dokonane przezemnie w pracowni Towarzystwa Lekarskiego, wykazało, co następuje:

Na szeregu skrawków, barwionych różnymi sposobami, widzimy masę naczyń rozmaitego kalibru, w poprzecznym i podłużnym przecięciu; naczynia te miejscami tworzą jamiste rozszerzenia. Mniejsze z tych naczyń posiadają tylko ścianę wewnętrzną, złożoną z warstwy komórek



śródbłonkowych; w większych naczyniach znajdujemy i błonę zewnętrzną naczyniową (*adventitia*). Naczynia te są przeważnie puste; zresztą w świetle niektórych z nich spostrzegamy drobnoziarniste masy—ścięte białko. Oczywiście są to naczynia limfatyczne. Obok nich znajdujemy jeszcze i inne naczynia ze ścianą, złożoną ze śródbłonka oraz warstwy zewnętrznej, a w większych nawet spotykamy i warstwę średnią. W świetle tych naczyń widać odbarwione czerwone ciała krwi oraz leukocyty. Są to więc naczynia krwionośne. Wszystkie te naczynia ułożone są w podścielisku, utworzonym z luźnej tkanki łącznej. Komórki, jakie spotykamy, mają jądra podłużne, zaokrąglone na końcu; ciała komórek miejscami mało się uwydatniają, miejscami zaś wi-

dzimy komórki, których ciało ma postać gwiazdy. Od komórek tego ostatniego typu odchodzą liczne wypustki, przechodzące stopniowo we włókna, przeplatające się wzajemnie i tworzące rodzaj siatki. Widzimy też w podścielisku szereg równoległe przebiegających włókien, tworzących pasma łączno-tkankowe.

Na podstawie opisanych cech budowy histologicznej danego nowotworu mamy prawo odnieść go do grupy włókniaków z nadzwyczajną liczbą i rozrostem naczyń chłonnych, czyli tak zwanych *fibroma molle lymphangiectaticum* lub może nawet prędzej *lymphangioma fibromatodes*.

Podobne przypadki w piśmiennictwie lekarskim należą do rzadkości. HAMM, który w r. 1903 operował i opisał w „Münchener med. Wochenschrift“ № 8, przypadek *lymphangioma cavernosum* przedniej części lewej dolnej muszli nosowej, wspomina jeszcze o siedmiu przypadkach, zebranych przez SAMTER'a. W ten sposób przypadek mój byłby dziewiątym z rzędu, zbadanym przypadkiem tego nowotworu w nosie.

Pod względem anatomicznym nowotwory te dzielą się na chłoniaki (naczyniaki limfatyczne) proste, jamiste i torbielowate. Podział taki, wprowadzony przez ZIEGLER'a, przyjęty został i utrzymał się dotychczas w anatomii patologicznej. Jak same nazwy wskazują, chodzi tu o rodzaj i charakter rozszerzenia samych naczyń chłonnych. Tam, gdzie naczynia są przeważnie wprost rozszerzone i liczba ich ogromnie powiększona, mówimy o chłoniaku prostym *lymphangioma simplex*. W tych razach, gdzie rozszerzenie osiąga znacznych rozmiarów, gdzie mu towarzyszą szerokie jamy z uchyłkiem, tam mówić możemy o chłoniaku jamistym *lymphangioma cavernosum*. Wreszcie w niektórych okolicach ciała—na szyi i w okolicy ogonowej widzimy chłoniaki w postaci guzów torbielowatych o ścianach łączno-tkankowych, wypełnionych płynem. Torbiele te wysłane są śródbłonkiem i według wszelkiego prawdopodobieństwa powstają pod wpływem pewnych, bliżej nieznanych przyczyn z jamisto rozszerzonych chłoniaków.

We wszystkich tych nowotworach, oprócz powiększenia liczby i światła naczyń limfatycznych niezbędnym jest również, jak tego dowiódł RIBBERT, rozrost tkanki łącznej, który gra pierwszorzędną rolę w procesie powstawania owych nowotworów. W niektórych przypadkach bujanie i rozrost owego podścieliska łącznotkankowego może nawet odgrywać rolę przeważającą i wtedy możemy mieć do czynienia już nie z naczyniakiem limfatycznym, lecz z włókniakiem—z rozszerzeniem i powiększeniem liczby naczyń limfatycznych (*fibroma lymphangiectaticum*), jak to widać w moim przypadku oraz na rysunku w dziele BOSSL'a: „Die Lehre von den Geschwülsten“. Podobne włókniako-naczyniaki najczęściej właśnie spotykamy w nosie.

Charakter tych nowotworów zazwyczaj bywa łagodny, jakkolwiek w początkowych stadiach swego rozwoju budzą one podejrzenie mięsaków, ponieważ zwykle łatwo się odnawiają, jak to widać w przypadku moim i HAMM'a, gdzie nowotwór odnowił się po dość krótkim przeciągu

czasu. Wypalenie podstawy nowotworu chlorkiem cynku (50%) w przypadku HAMM'a i żegadłem galwanicznym w moim przypadku prawdopodobnie przeszkodziło dalszemu rozwojowi nowotworu.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie kustoszowi pracowni kol. PASZKIEWICZOWI za pomoc i rady, udzielane mi w ciągu podjętych badań.

Znaczenie czynników socyalnych w powstawaniu gruźlicy.

Podał

Dr Odo Bujwid,

Profesor Hygieny na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

(Według wykładu na Zjeździe przeciwgruźliczym w Rzymie, w kwietniu r. 1912).

(Dokończenie. — Patrz № 34).

Za radą GROTJAN'a, HIRSCHBERG i SILBERFELD badali w Berlinie warunki mieszkaniowe suchotników.

Z osób, zmarłych na suchoty w Berlinie w ciągu 3-ch lat, przebywało w chwili śmierci:

W roku 1906	—	1902 w mieszkaniach,	1934 w zakładach
" 1907	—	1855	" 1981 "
" 1908	—	1807	" 2018 "

Z osób zmarłych we własnych mieszkaniach, przypada 40.6% na mieszkanie jednopokojowe, 41.7% na mieszkanie o dwu pokojach, 11.3% na mieszkanie o 3-ch pokojach i 6.4% na mieszkanie o 4-ch i więcej pokojach.

Za główne więc ognisko zakażenia uważać należy mieszkanie jednopokojowe. W ciągu tych trzech powyżej oznaczonych lat mieszkania jednopokojowe zajmowało 8229 osób. Z 1386 przypadków śmierci na gruźlicę w śródmieściu Lipska w latach 1880—1904 przypada, według HESSE'go, na 10000 mieszkańców 385 na sutereny, 148 na I-e piętro, 272 na II-e, 294 na III-e, 243 na IV, 338 na wyższe piętra.

BUCKARD dokonał bardzo pouczających spostrzeżeń nad właściwością mieszkań w Gracu u robotników, dotkniętych gruźlicą. 50% mianowicie przebywało w domach najstarszych i częściowo zrujnowanych; komorne jednak nie o wiele było mniejsze, niż w innych lepszych domach. 80% rodzin zajmowało najwyżej jedną stancję, choć większa ich część miała dużo dzieci, w 56% mieszkań było mniej miejsc do spania niż było osób; 50% mieszkań miało współłokatorów, 35% osób, dotkniętych gruźlicą, spało z innymi rodzinami w jednym łóżku. W jednym pod-

daszu sypiało 7 osób dorosłych, z których 2 były w okresie daleko posuniętej gruźlicy, w 4-ch łózkach, a na jedną osobę przypadało zaledwie 6 metrów sz. powietrza (RUBNER wymaga, jako minimum przestrzeni do spania, 10 metrów sz., jako minimum dla mieszkania, 20 metrów sz.).

Nie należy zapominać, co zresztą przyjęto za zasadę, że w przestrzeniach bardzo zaludnionych niemożliwa jest izolacja, i że każdy osobnik gruźliczy może codziennie zakażać wszystkich współlokatorów.

Że takie codzienne szczepienie prątków gruźliczych musi być bardzo szkodliwe, wynika choćby stąd, że gdy jedna porcja czynnika zakaźnego następuje stale po drugiej, łatwo ustroj wpada w fazę negatywną WHRIGHT'a, związaną z nadczułością i tem dla ustroju niebezpieczniejszą.

Stąd też radykalną reformę mieszkaniową higieniści uważają za podstawę istotnej walki z gruźlicą.

Na kongresie berlińskim dla zwalczania gruźlicy RUBNER w celu usunięcia wpływu mieszkań szkodliwych na powstawanie gruźlicy postawił tezy następujące:

1. Zapobieganie gruźlicy pod względem przestrzeni zamieszkałych może być osiągnięte w stopniu dostatecznym tylko środkami państwowymi, mającymi na celu poprawę i uzupełnienie przepisów budowlanych, zmiany w sposobie budowania i wydanie prawa mieszkaniowego.

2. Ustanowić inspektorów mieszkaniowych w celu zabezpieczenia wykonania przepisów prawnych.

3. Popierać usiłowania dobroczynne, zdążające do poprawy warunków mieszkaniowych oddzielnych klas zawodowych i zarobkowych.

4. Wielce szkodliwym jest przez biedę spowodowany wspólny nocleg dwu lub więcej osób na jednym miejscu do spania.

5. Na drodze ćwiczenia i nauczania warstw szerokich, zwłaszcza klas ubogich, należy zapobiegać szerzeniu się niezdrowych stosunków higienicznych.

Wszystkie te przepisy są jednak bez wartości, o ile niema środków na ich przestrzeganie. Stąd też należałoby zalecić najgoręcej, aby państwo i gmina dążyły, o ile możliwości, do popierania związków, któreby miały na celu stanięcie mieszkań. Takie związki powinny otrzymywać na domy o mieszkaniach tanich do 90% nawet wartości ich budowy. Do takiej gwarancji miasto powinno być zobowiązane na drodze ustawodawczej. Podobne prawo w istocie w roku zeszłym przeprowadzone zostało w Austrii.

Wprowadzone w Niemczech w ciągu ostatnich lat 25-u ubezpieczenie klas pracujących na wypadek choroby, nieszczęśliwego wypadku, niezdolności do pracy i wieku podeszłego—doprowadziło do zebrania wielkich kapitałów. Kapitały te służą do przeprowadzenia inwestycji, wymagających wielkich nakładów dla mieszkań dla robotników. Najpierw ubezpieczenie robotników zaprowadzono w Brunświku, tam też powstał pierwszy związek budowlany w r. 1891. W r. 1909 przeszło 243 milionów,

t j. prawie 18% kapitału ubezpieczeniowego ulokowano w budynkach mieszkaniowych. Cena przeciętna domu dla robotników wynosi około 4000 marek. Około 60000 rodzin czyli 300000 ludzi żyje w higienicznych warunkach mieszkaniowych dzięki z kapitałom zakładów ubezpieczeniowych. Idealny cel dania każdemu robotnikowi domku z ogrodem nie da się przeprowadzić w wielkich miastach, ale nawet wielkie zbiorowiska budynków mogą dostarczyć robotnikom najlepszych warunków higienicznych.

W Belgii sprawa domu mieszkaniowego dla ludności roboczej rozstrzygnięta została znakomicie prawem mieszkaniowem z r. 1899. Prawo to pozwala ogólnej kasie oszczędności dawać w szerokim zakresie pożyczki hipoteczne na małe domy mieszkaniowe; z tem połączone jest również ubezpieczenie na życie każdego nabywcy. Premia dotąd ulegają zapłacie, dopóki cena sprzedażna domu nie zamortyzuje się. Od roku 1899 ogólna kasa oszczędności ulokowała przeszło 89 milionów franków w budowlach mieszkaniowych, (*Tuberculose 1912, 5*).

Toteż wszelkie dążenia państwa i gminy do pieczy nad kapitałem budowlanym na najgorętsze zasługują uznaniu. Niemieckie stowarzyszenia dobroczynne, które w krótkim czasie spowodowały tak wielkie postępy w budowie licznych tanich mieszkań, stoją na czele tego ważnego ruchu w walce z gruźlicą.

Wszystkie narody naśladowują ten dobry przykład, wszędzie też coraz bardziej utrwala się przekonanie, że zmniejszenie zachorowań na gruźlicę wiąże się (wprawdzie częściowo) z rozstrzygnięciem sprawy mieszkaniowej.

Gdzie mieszkania są drogie, tam bardziej szerzy się gruźlica. Pożądanem też byłoby, aby inne państwa przyjęły ten kierunek w najszerszym zakresie.

2. Drożyzna produktów spożywczych.

O ile dowóz pokarmów, według ich wartości palnej, spada poniżej wielkości porcyi, niezbędnej dla utrzymania równowagi ciała, mówimy wtedy o upośledzeniu odżywiania. Ustrój, niedostatecznie odżywiany, nie ogranicza procesów spalania, za wyjątkiem chyba charłactwa w najwyższym stopniu i agonii; różnicę pomiędzy zapotrzebowaniem i przychodem pokrywa przez stapianie własnego ciała. W normalnym i w złym stanie odżywiania, za wyjątkiem pewnych przypadków (rekonwalescencji po ostrych chorobach zakaźnych lub po głodzeniu), zawartość białka również zmniejsza się powoli, a człowiek nie tylko chudnie, lecz nawet mięśnie jego słabną. Zmniejsza się podkład tłuszczowy, a mięśnie pomimo podniety, wywołanej przez pracę, nie mogą rozrastać się i powiększać, gdyż sprawy utleniania ustroju pożerają cały dowóz materiału odżywczego. Stopniowy spadek wagi ciała, stapianie tłuszczu i tkanki mięsnej, obniżenie napięcia sił cielesnych i duchowych są nieodzownymi tego stanu następstwami. Tak sprawę tę przedstawia znakomity klinicysta wiedeński V. NOORDEN.

RECHENBERG podaje, że pomiędzy rodzinami tkaczy szląskich przeciętna waga u mężczyzn wynosi 59 kilo, u kobiet 54 kilo i że w stosunku do ich wzrostu, przy odżywianiu dostatecznym, wynosić powinna 65 i 60 kilogramów. Sądzi on jednak, że ta różnica wagi nie przedstawia nawet w przybliżeniu niedostatecznego stanu ustroju, gdyż z chudem ciałem związane jest nie zbite, lecz wodniste mięso.

Nie należy sądzić bynajmniej, aby ci tkacze szląscy, żywiący się głównie kartoflami, stanowili wyjątek. Położenie ich jest typowe dla szerokich kręgów ludności. W podobnym stanie znajdują się mieszkańcy Eifla, prawie wyłącznie zajmujący się wyrabianiem zabawek; również przeważna część osób, czynnych w domowym przemyśle konfekcyjnym. Nie o wiele lepsze zachodzą stosunki w niemieckim przemyśle, który daje najniższe zarobki. Według wskazówek sfer miarodajnych przeciętny zarobek roczny w przemyśle tkackim w r. 1900 wynosił tylko 668 marek. Również niepomysłnie przedstawiają się warunki w bawarskim przemyśle tytoniowym; tu przeciętnie osoba dorosła zużywa na dzień 61 grm. mięsa, natomiast 500 grm. chleba, a kartofli nawet 1000 grm.

Są to liczby, które malują stosunki robotnicze w Niemczech. Jeżeli jednak zastanowimy się nad odżywianiem szerokich warstw ludności w innych krajach, to otrzymamy obraz jeszcze smutniejszy. Nic dziwnego, że w Austrii, gdzie przeciętny zarobek roczny wynosi nie więcej, niż 400—500 k., pociąga to za sobą znaczną liczbę ofiar i że zmniejszenie śmiertelności z powodu gruźlicy jest bardzo mało widoczne.

W Rosyi — pomijając t. zw. chleb głodowy, który przy nieurodzaju służy często za pożywienie dla ludu wiejskiego i składa się z rozmaitego zielska, wybucha z roku na rok głód, innym państwom europejskim zupełnie nieznanym.

Wszystkie te czynniki w wysokim stopniu sprzyjają szerzeniu się gruźlicy. Nie należy jednak zapominać, że odpowiednie odżywianie stanowi najlepszą ochronę przeciw gruźlicy, jak i przeciw różnym innym chorobom. Zauważono też, że częstokroć poprawa odżywiania, sama przez się, jest dzielnym środkiem poprawy w przebiegu gruźlicy przewlekłej. Wspomnieć też tutaj należy o dyspensaryach, dzięki którym dodatek i litra mleka, lub trochy mięsa wywiera zazwyczaj wpływ dobroczynny na stan zdrowia suchotników.

To, co zaleca FINKELBERG w swoim wykładzie o zwalczaniu gruźlicy, należałoby zastosować w walce z gruźlicą. Należy dążyć do dostarczenia robotnikom za niską cenę takich pokarmów, któreby im dały możliwość utrzymania sprawności roboczej bez podniety zapomocą alkoholu. Że opodatkowanie środków, niezbędnych dla utrzymania życia i siły roboczej, musi mieć działanie zupełnie przeciwne zamierzonemu celowi, dowodzić chyba nie potrzeba. Tak bezpośrednio opodatkowanie jak i podrożenie naszych prawnych środków do utrzymania życia, zwłaszcza podrożenie mięsa przez powstrzymanie dowozu mięsa zagranicznego do targów wewnętrznych, sprzyjają szerzeniu się gruźlicy.

Z wielką dokładnością spada i podnosi się śmiertelność w zależności od dochodów. Fakt ten stwierdzają najoczywiściej wyniki statystyki, zebranej przez radę lekarską w Hamburgu za lata 1896 i 1897 i przez GEBHARD'a przedstawione na Berlińskim Kongresie gruźliczym w r. 1899. W latach 1896—1897 przypadało:

na 1000 osób opłacających podatki z dochodem rocznym	przypadków śmierci na suchoty:
ponad 3500 marek	1.07
od 2000—3500	2.01
„ 1200—2000	2.64
„ 900—1200	3.93.

Dla ludzi z dochodem niższym, niż 900 marek, brak liczb dokładnych, gdyż te podatków nie opłacają; pomimo to starano się otrzymać liczby przybliżone. Z innych danych, dotyczących składu ludności Hamburga okazuje się, że na 1000 osób tej kategorii przypada 5—6 i więcej nawet przypadków śmierci na gruźlicę.

Według statystyki cesarskiego urzędu państwowego w ciągu dziesięciolecia 1887—1896 r. na 1000 przypadków śmierci bez względu na wiek w zamożniejszych częściach miasta (Harvestehunde i Roterbaum) zmarło na suchoty tylko 73 osób, gdy tymczasem w ognisku proletaryatu 139, a w starej części miasta 166.

Toż samo stwierdzono i w innych miastach. Stąd też społeczeństwo przy pomocy państwa i gminy ma do spełnienia nadzwyczaj doniosłe zadanie przeciwdziałania tym czynnikom, które powodują wzmagające się w ostatnich latach podrożenie środków życiowych. Przede wszystkim należałoby ograniczyć pośrednictwo, które najbardziej przyczynia się do drożyzny. A więc starać się należy o tworzenie kooperatyw wszelkiego rodzaju, na podstawie zrzeszenia, któreby wszelkimi siłami dążyły do wyrównania cen z możliwym obyciem się pośredników. Ruch kooperacyjny w ostatnich czasach stanowi najwłaściwszy środek do pewnego wyrównania pracy z kapitałem. Rozumie się, że to nie rozstrzyga jeszcze wielu różnych spraw zawikłanych — w każdym razie oznacza wielki postęp w tym kierunku.

3. Niezdrowe warunki pracy.

Wszyscy badacze, pracujący w dziedzinie higieny socjalnej, zgadzają się na to jednogłośnie, że pewne zawody w większym, niż inne, stopniu usposabiają do gruźlicy; do nich należą te, które łączą się z wdychaniem wszelkiego rodzaju pyłu, tak pochodzenia organicznego jak i nieorganicznego, następnie te, które wiążą się z nieprawidłowym systemem życia, zwłaszcza przy jednoczesnym nadużywaniu alkoholu (murarze, wyrobnicy).

Według SOMMERFELD'a było przypadków śmierci	
na 1000 osób pracujących w kurzu	5.42
„ „ „ „ bez kurzu	2.39

Na 1000 osób było przypadków śmierci na gruźlicę w kurzu 489

bez kurzu 381.

W dwu w przybliżeniu jednakowych wsiach Wirtemberg KERN wykazał różną śmiertelność, gdyż w jednej mieszkali przeważnie kamieniarze (ze 190-u przypadków śmierci 91, t. j. 48% przypadało na gruźlicę płuc), gdy tymczasem w drugiej wsi sąsiedniej, która przeważnie zajmowała się rolnictwem, ze 194 przypadków śmierci, tylko 23, t. j. 12% przypało na gruźlicę płuc.

W niektórych kopalniach węgla robotnicy padają bardzo często ofiarą gruźlicy płuc. Z polsko-galicyskich wsi z okolic Wieliczki bardzo wielu udaje się do kopalń w Ostrawie Morawskiej. Po kilkoletniej obserwacji tych robotników zauważyłem, że każdy, powracający po kilkoletniej pracy w Ostrawie Morawskiej, dotknięty był gruźlicą, aczkolwiek warunki zdrowotne we wsiach nie były zbyt sprzyjające zachorowaniu na gruźlicę.

KOELCH podaje liczby, odzwierciedlające stosunki w Bawaryi w zależności od zawodu przy uwzględnieniu wieku:

Zmarło na gruźlicę w wieku:

Zawody	Na 1000 żyjących	w i e k					
		15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69
Wyrobnicy	83.10	1.60	11.17	17.68	17.15	21.27	14.23
Kamieniarze	26 85	0.68	4.20	7.52	7.62	4.478	2.08
Stolarze	13.37	0.48	3.82	4.10	2.23	1.19	1.51
Murarze	10.23	0.29	1.74	2.53	1.82	2.53	1.32
Sztukatorzy i Malarze	7.28	0.33	2.34	1.74	1.59	0.80	0.47
Cieśle	5.20	0.17	0.62	1.34	1.12	0.84	1.06
Krawcy	4.94	0.52	1.41	1.38	0.65	0.40	0.58
Szewcy	3.63	0.32	0.90	0.73	0.73	0.65	0.30
Kupcy	2.97	0.29	1.04	0.73	0.46	0.29	0.19
Rolnicy	1.82	0.13	0.24	0.27	0.31	0.46	0.41

Praca zawodowa forsowna wywiera pomyślny wpływ na szerzenie się gruźlicy, zwłaszcza u kobiet. Okazało się, że wskutek znacznego rozwoju przemysłu i związanych z nim lepszych warunków pracy, śmiertelność na gruźlicę wśród mężczyzn zmniejsza się, gdy tymczasem zwiększa się śmiertelność wśród kobiet, które ze szkodą dla zdrowia wciągnięte są do pracy w przemyśle. (GROTJAHN p. 65). Wybitny tego rodzaju przykład daje Berlin. Według KAYSERLING'a, u mężczyzn w wieku 20-u—25-iu lat śmiertelność zmniejsza się: w r. 1898 na 10000 żyjących zmarło 22-u, w r. 1907 — 19, w r. 1908 — 20. Wśród kobiet w tym samym wieku stwierdzić się daje zwiększenie śmiertelności; w r. 1898 na 10000 żyjących—18, w r. 1907—20, w r. 1908—23.

Wiele dałoby się poprawić w higienie warsztatowej w celu walki z gruźlicą. Pod tym względem RUBNER stawia żądania następujące: (Kongres gruźliczy 1899 r.).

1. Zanieczyszczeniu powietrza przez kurz zapobiegać należy pomocą urządzeń technicznych.

2. Prace, połączone z powstawaniem pyłu, należy wykonywać w specjalnych pomieszczeniach.

3. Przy współdziałale lekarzy w inspekcji fabrycznej baczycie należy, aby robotnicy zdrowi, ale wskutek ich właściwości ustrojowych do gruźlicy usposobieni, nie byli używani do czynności, sprzyjających wybuchowi gruźlicy.

4. Strzedz się należy, aby ludzie zdrowi nie byli narażeni wskutek wspólnej pracy z osobami dotkniętymi gruźlicą, o ile ich rodzaj choroby grozić może zakażeniem.

5. Zabraniać należy plucia na podłogę i zakaz przez ogłoszenia w pamięci utrwalić.

4. Gruźlica a szkoła.

Szkoła nasza nie jest bynajmniej instytucją pod względem społecznym bez zarzutu; pod tym względem zmienia się już przekonanie, jakoby wymagania od szkoły były zbyt wielkie i jakoby szkoła tym wymaganiom zadość uczynić byłaby w stanie. W naszych czasach powagi mają bardzo mało wpływu. Indywidualizm, zdobycz XX wieku, tu i owdzie niewłaściwie oceniany, musi się rozwijać dalej, aby osiągnąć wyższe szczeble etyczne. Autorytety szkolne mają jeszcze mniej powagi w szkole, niż autorytety świata w historii; należy się zwrócić do innych sfer miarodajnych, do dobrze myślącej i wykształconej rodziny, aby kwestyę tę choć w części rozwiązać.

W każdym razie szkoła naszych czasów winna trudniejsze jeszcze rozwiązać zadania, a do nich, bardziej niż dotąd, winna się przystosować; więcej, niż dotąd, powinna skierować usiłowań w kierunku moralnym i zdrowotnym.

Gruźlica mało rozwija się w szkole, ale szkoła przez warunki niezdrowe w wysokim stopniu może sprzyjać rozwojowi gruźlicy. Przepelnienie wielu szkół, brak ruchu i z tem połączone następstwa — wszystko to są sprawy, które społeczeństwo winno rozwiązać, aby szkoła miała wpływ dobroczynny na młodzież.

Badania statystyczne ASCHER'a nad gruźlicą w wieku szkolnym okazują, że zakażenie gruźlicze zależne jest od okazji zakażenia i największe niebezpieczeństwo tkwi w otoczeniu chorych na gruźlicę. Zachorowanie, jakoteż i śmiertelność, zależy przeważnie od odporności ustroju, która jest największą w wieku szkolnym. Toteż w tym wieku spotykamy najmniej chorych na gruźlicę.

Za najlepszy środek przeciwko gruźlicy uważać należy wprowadzenie do planu nauczania różnych zajęć fizycznych. Innym również skutecznym środkiem są wycieczki, ruch na wsi i w lesie, gimnastyka, pływanie i t. d. Zbieranie roślin podczas wycieczek dostarcza nietylko wiadomości z botaniki, lecz również właściwego zdrowego poglądu na

naturę. Kolonie letnie, coraz bardziej rozwijające się, są dalszym, bardzo ważnym postępem, dążącym do usunięcia dzieci w wieku szkolnym od możliwości zakażenia gruźlicą, grożącym nieraz otoczeniu rodzinnemu.

5. A l k o h o l i z m.

Różni autorowie zaznaczali, że alkohol wywiera wpływ usposabiający do gruźlicy nie tylko jako jad nerwowy, lecz że działa również niepomysłnie bezpośrednio na istniejące zakażenie. Pouczające są pod tym względem prace LAITINEN'a. Nie należy jednak w tym kierunku być zbyt radykalnym, poczytując alkohol za szkodliwy w każdej postaci i ilości, i pod tym względem zgadzam się najzupełniej z GROTTJANEM.

Należy też pamiętać, że wskutek działania przyjemnego łatwo prowadzić może do nadużyć. Stąd też trudno ocenić, do jakiego stopnia dozwolić można użycie alkoholu. Zdaje się jednak, że ludzie o normalnej konstytucji psychicznej i somatycznej nie doznają uszczerbku od chwilowego użycia napojów alkoholowych.

Stale natomiast używanie alkoholu przy byle jakiej sposobności uważać należy za zdrożność, a taka okazyja prowadzić może z łatwością do nadużycia. A u tego rodzaju osobników, którzy w młodym już wieku mają skłonność do nadużycia, często spostrzedz można usposobienie do gruźlicy lub nawet skłonność do zakażenia, spowodowaną nadużywaniem alkoholu.

Alkoholizm stanowi bardzo poważny czynnik w szerzeniu się gruźlicy i dlatego sprawę działania jego osobno omówić zamierzam, kończąc na razie krótkimi uwagami, które wyżej wypowiedziałem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

146. Bruneau de Lahorie. Stosowanie radioterapii w chłonicy gruźliczej.

Autor opisuje 20 przypadków adenopatii gruźliczej, leczonych z bardzo pomyślnym wynikiem zapomocą promieni X. Autor rozróżnia dwa rodzaje przypadków: 1) gdy gruczoł jest zwyczajnie powiększony i obfituje w tkankę limfoidną i 2) gdy gruczoł uległ zserowaceni, zropieniu, lub wytworzyła się już przetoka. W pierwszym szeregu przypadków często już po jednorazowym tylko naświetleniu gruczoły znikają, chociaż czasami pod wpływem pierwszego naświetlenia gruczoł może jeszcze bardziej się powiększyć i dopiero przy dalszym stosowaniu promieni stopniowo się zmniejsza; zazwyczaj sześć do siedmiu posiedzeń wystarcza do zupełnego wyleczenia.

W początkowym okresie zserowacenia naświetlanie wywołuje często zropienie gruczołu, a wtedy zwykle jego nakłucie i opróżnienie przy dalszym stosowaniu promieni X daje wynik pomyślny, jakkolwiek czekać nań trzeba dłużej.

Autor radzi czynić posiedzenia co 15 dni; przy chłonicy tchawicowo-oskrzelowej, kiedy można naświetlać naprzemian to od przodu to od tyłu, zabieg można stosować co 8 dni.

Przy istnieniu przetok autor wykonywa dwa lub trzy pierwsze posiedzenia bez filtrów, w pozostałych przypadkach używa filtru w postaci blaszki aluminiowej grubości $\frac{5}{10}$ milim. Przy najmniejszym zaczerwienieniu skóry należy przerwać leczenie na miesiąc, a unikniemy wszelkiego podrażnienia zapalnego skóry. Ta metoda daje lepsze daleko wyniki, niż leczenie chirurgiczne, nie tylko pod względem szybszego osiągnięcia rezultatu, ale i pod względem estetycznym. Autor wspomina nadto o dwunastu dalszych chorych, znajdujących się w leczeniu, u których można stwierdzić już większą lub mniejszą poprawę.

(*Bull. et Mém. de la soc. médic. des hop. 1912, Nr. 15*).

A. Lande.

147. Nemenow. O leczeniu białaczki zapomocą promieni Röntgen'a.

Autor opisuje 4 przypadki białaczki (z tych 3 szpikowej przewlekłej, jeden limfatycznej przewlekłej), leczone przez niego zapomocą promieni X. W przypadku białaczki limfatycznej wyniki leczenia były niewielkie, naświetlanie doprowadziło tylko do zmniejszenia liczby białych ciałek. W przypadkach białaczki szpikowej wyniki były znakomite, liczba białych ciałek spadła z kilkuset tysięcy do normy; liczba czerwonych ciałek i ilość hemoglobiny podniosła się również do normy. Śledziona zmniejszyła się znacznie. Jeden z tych przypadków stał się szczególnie interesujący z tego powodu, że chora, która wypisała się z kliniki w stanie zupełnej poprawy, powróciła po 10-u dniach wskutek zapadnięcia na dur brzuszny. Mimo ciężkiego stanu chorej badanie krwi nie wykazało żadnych zmian, odpowiadających białaczce. W czasie tyfusu chora dostała krwotoku z macicy. W krótkim czasie potem chora zmarła, autor zdażył jednak stwierdzić zupełnie zachowaną zdolność układu krwiotwórczego do odradzania się, między innymi hemoglobina z 10% podniosła się do normy. Badanie pośmiertne nie wykazało w narządach wewnętrznych żadnych pozostałości po białaczce, zanik ciałek MALPIGHI'ego oraz rozrost tkanki łącznej w śledzionie uważa autor za wyniki naświetlania. Również uważa autor krwotok za wynik naświetlania, jako skutek silnego podrażnienia jajników.

Autor zastanawia się nad działaniem promieni X przy tem cierpieniu; badał on wpływ tych promieni na bakterye i znalazł, że naświetlanie nie zabija bakteryi, zaprzecza więc słuszności teoryi niektórych autorów, którzy twierdzą, że promienie X niszczą bakterye, które mają być przyczyną białaczki. HEINECKE i inni twierdzą, że promienie X niszczą elementy limfoidalne narządów; inni utrzymują, że działają one przeważnie na białe ciała, krążące w krwi; przypuszczenie to zgadza się z krzywą liczby białych ciałek: 1) pod wpływem naświetlania następuje rozpad ciałek, liczba ich zmniejsza się; 2) narządy krwiotwórcze są podrażnione, wskutek czego wytwarzają więcej białych ciałek, krzywa wznosi się; 3) potem następuje zanik naświetlanych narządów, które nie mogą już wytwarzać nowych białych ciałek na miejsce zniszczonych. Przeciwno tej teoryi przemawia fakt, że działanie promieni X rozciąga się na narządy nie naświetlane; np. gruczoły chłonne i szpik kostny. Wyniki naświetlania są może zależne od powstającej leukotoksyny, jak utrzymuje LINSER, lub fermentu leukolitycznego, według KRAUSE'go.

(*Zeitschrift f. klinische Medicin t. 75, z. 5—6*).

Marta Erlichówna.

148. A. Bichel. Przyczynę do leczenia niedokrwistości złośliwej zapomocą thorium X.

W jednym przypadku niedokrwistości złośliwej osiągnięto doskonały wynik leczniczy zapomocą stosowania thorium X do wewnątrz. Przed przystąpieniem do tej kuracji chory, u którego poprzednio stosowano bez skutku wszelkie zwykłe sposoby leczenia, zdawał się już być straconym, gdyż na obraz kliniczny składały się objawy następujące: zupełny upadek sił, osłabienie działalności serca, duszność, powiększenie wątroby i śledziony, znaczne obrzęki, we krwi zaś hemoglobiny 50%, czerwonych krwinek 960000, wśród nich liczne makro-, mikro- i poikilocyty oraz megaloblasty, białych ciałek 3800 i względna limfocytoza. Chory otrzymywał trzy razy dziennie rozczyn toru w dawce dziennej, odpowiadającej 50000 jednostek МАСНЕ'a. Poprawa następowała bardzo szybko i po pięciu tygodniach obraz krwi stał się prawie normalnym: hemoglobiny 90, czerwonych krwinek 4610000, wśród nich nieliczne tylko poikilo- i mikrocyty, białych ciałek 8000 (procent limfocytów mniejszy). Choremu przybyło sił, znikła duszność i obrzęki, ustąpiło obrzęknięcie wątroby i śledziony. Jest to więc wynik, ani innem leczeniem nie osiągalny, ani też nie spostrzegany nigdy, jako poprawa samorodna.

Powracając do przypadku śmierci, który zdarzył się niedawno na klinice His'a po zastrzykiwaniach toru, robi autor uwagę, że zdarzenie to bynajmniej nie powinno metody omawianej dyskredytować. Winne tu były zbyt wielkie, albo zbyt częste dawki (setki tysięcy i miliony M.-E.). Przypadek wyżej opisany dowodzi, że pomyślny skutek leczniczy osiągnąć można również i dawkami mniejszemi i to nie uciekając się do zastrzykiwań, lecz stosując środek wewnętrznie.

(Berl. klin. Woch. 1912, Nr. 28).

K. Oczesalski.

149. Pringsheim. O wpływie cholesteryny na hemoglobinurę napadową.

Wiedząc, że cholesteryna hamuje działanie jądów hemolizujących *in vitro*, autor chciał się przekonać, jak będzie działać cholesteryna wprowadzona do ustroju chorego na hemoglobinurę napadową. W tym celu zastrzyknął choremu z typowemi objawami tego cierpienia 5 razy po 0,5 grm. cholesteryny w postaci zawiesiny 10% do mięśnia w ciągu 11 dni. Po tych zabiegach poddał chorego takiemu oziębieniu ciała, jakie poprzednio wywoływało ciężki napad hemoglobinury. Chory dostał dreszców i gorączki, ale moc pozostał czysty. Badanie krwi wykazało jedynie lekką leukocytozę.

W tydzień później działanie zimna wywołało znów ciężki napad hemoglobinury, działanie więc cholesteryny było tylko czasowe. Autor nie wie, w jaki sposób działa tu cholesteryna; mogłaby ona hamować dopełniacz *in vitro*, i w ten sposób wstrzymywać hemolizę uczulonych krwinek. W przypadku jednak autora nie można było dowieść ani uczulenia krwinek, ani zahamowania dopełniacza. U osobnika zdrowego zaś wstrzykiwanie cholesteryny nie hamowało dopełniacza.

(Münch. med. Woch. Nr. 32).

Marta Erlichówna.

150. Barkanovich. Argentarsyl — środek przeciwko zimnicy.

Autor stosuje od 2-u lat połączenie *Ferrum cacodylicum* z *Argentum colloidal* (0,05:10 ctm. sz.) pod powyższą nazwą przy zimnicy z doskonałym wynikiem. Podaje on dwa przypadki, w których w parę godzin po

zastrzyknięciu argentarsyłu ustąpiły napady zimnicy, i nastąpiło zupełne wyleczenie. Podobnych przypadków autor skonstatował 45.

(*Münch. med. Woch.* 1912 r. Nr. 11).

E. Juwiler.

Przegląd bibliograficzny.

Przegląd bibliograficzny niektórych najnowszych prac zagranicznych z dziedziny chorób dróg oddechowych.

1) DOUGLASS POWELL and Horton — Smith Hartley. On diseases of the lungs and pleurae including tuberculosis of mediastinal growths. London 1911 str. 712.

2) Dr A. POSSELT. Chronische Bronchialerkrankungen mit Abschluss der Tuberculose (aertzliche Fortbildungsvorträge). Wien 1912 str. 188.

3) BANDELIER i ROEPKE. Klinik der Tuberculose. Handbuch der gesammten Tuberculose. Würzburg 1911 str. 473.

4) ALBERT ROBIN. Traitement de la tuberculose (Thérapeutique usuelle du praticien). Paris 1912 str. 640.

5) Dr LOUIS RÉNON. Le traitement scientifique et pratique de la tuberculose pulmonaire. Paris 1911 p. 318.

6) HIRTZ—RIST, KUSS etc. Thérapeutique des maladies respiratoires et de la tuberculose pulmonaire. Paris 1911 str. 703.

7) CARLO FORLANINI. Die Behandlung des Lungentuberculose mit dem künstlichen Pneumothorax (Ergebnisse der inneren Medizin). Berlin 1912 str. 133.

8) The British Journal of Tuberculosis, t. VI. London 1912.

Nielada wartość musiał posiadać podręcznik chorób dróg oddechowych znanego klinicysty londyńskiego POWELLA, jeśli w roku bieżącym wydany został w 5-em znacznie powiększonym i uzupełnionem wydaniu przez dobranego współpracownika, również wytrawnego klinicystę, HARTLEY'a, lekarza szpitala dla suchotników w Brompton — nie też dziwnego że dużą część pracy, bo nieomal połowę książki, poświęcili autorowie wykładowi o suchotach płucnych. Rzec można bezspornie, że rozdział ten jest opracowany wybornie, a w nim znajduje czytelnik zwięźle wyłożoną nie tylko etylogię, opartą na najnowszych pracach naukowych, lecz i wybornie rozebraną symptomatologię, a przedewszystkiem terapię suchot płucnych. Rozdziały, poświęcone leczeniu sanatoryjnemu, swoistemu, a przedewszystkiem klimatoterapii są rozebrane wszechstronnie i krytycznie — autorowie, *par excellence* zwolennicy leczenia sanatoryjnego, skłaniają się również i do leczenia kombinowanego tuberkuliną (KOCHA), opierając swoje wnioski na danych, otrzymanych przy tej metodzie leczenia w ostatnich latach w sanatoryjach angielskich i północnoamerykańskich. Autorowie wogóle podzielają pańujący w ostatnich czasach w Anglii entuzjazm do leczenia tuberkuliną. Czy entuzjazm ten nie jest zbyt przedwczesny i czy wolno go tak *en bloc* formułować w podręczniku, pozwoliłbym sobie wątpić — sprawa ta jest jeszcze wątpliwa i nierozstrzygnięta. Statystyki sanatoryjne pod tym względem nie mogą być miarodajne — gdyż wiele sanatoryjów francuskich i niemieckich do wprost przeciwnych dochodzą poglądów. W rozdziałach, odnoszących się do owych cierpień dróg oddechowych, również opracowanie jest dobre.

krótkie i jasne, a każdy z rozdziałów niemal zaopatrzony w znakomite rysunki czarne lub nawet kolorowe, odnoszące się do anatomii patologicznej lub bakterjologii danej sprawy. Nadzwyczajne to ułatwienie i korzyść dla czytelnika (na jakie, niestety, nie mogłem się zdobyć w moim polskim podręczniku), na co pozwolić sobie mogą tylko społeczeństwa, będące w stanie wydawać tak kosztowne wydawnictwa, a które mogą liczyć na pokup mimo ich cen wysokich. Do ujemnych stron pracy zaliczyłbym pewną nierównomierność w wykładzie: tak wysoce ważny rozdział jakim jest dla lekarza-praktyka astma oskrzelowa jest wyłożona stosunkowo pobieżnie, to samo gangrena płuc (zaledwie 4 strony), natomiast bardzo rzadka stosunkowo w porównaniu z gangreną aktywnomykosa płuc zajmuje stron 20, będąc zaopatrzoną w przepięknych kilka kolorowych tablic.

Do ujemnych stron, zresztą charakteryzujących niemal wszystkie angielskie prace, należy pominięcie prawie zupełne prac nieangielskich, co nawet we francuskiej literaturze ostatnich lat rzadziej spotykamy. W każdym razie dla czytelnika, władającego językiem angielskim, dzieło POWELL'a stanowić będzie krótki a wyborny podręcznik, zawierający całokształt patologii i terapii dróg oddechowych.

Za bardzo udatną książkę uważam wykłady kliniczne POSSELT'a (2) o chronicznych cierpieniach oskrzeli. Uzupełniają one, jak sam autor powiada, klasyczne monografie chorób oskrzeli do których autor zalicza prace JÜRGENSEN'a, LENARZ'a, FRAENKEL'a, SOKOŁOWSKIEGO i MÜLLER'a. W 15-u wykładach kolejno omówione są bez wyjątku wszystkie cierpienia oskrzeli z krytyczną oceną najnowszych prac z całokształtu nowocześniejszej literatury odnośnych działów. Bardzo szczegółowo opracowana została astma oskrzelowa z uwzględnieniem krytycznym najnowszej terapii. Dalej, chroniczne katary oskrzeli — tak zwane rzadkie postaci chorób oskrzelowych (lepra, skleromat, nosacizna etc.), jakoteż cierpienia gruczołów oskrzelowych. Niesłychanie skrupulatnie zebrana literatura, szczególnie niemiecka i francuska, treściwość wykładu — stanowią zalety wielce dodatnie tego krótkiego podręcznika.

W ciągu ostatniego dziesiątka lat, jak wiadomo, gruźlica płuc i wogóle sprawy gruźlicze wydały w literaturze powszechnej niesłychanie obszerną liczbę prac, głównie monograficznych, pomieszczanych przeważnie w czasopiśmie lekarskich. Stosunkowo mniej wyszło prac podręcznikowych, jako bowiem cechą charakterystyczną epoki uznać wypada, że książki mało są czytane przez publikę lekarską, a cały nacisk kładzie się na literaturę peryodyczną — stąd też i autorowie nawet bardzo obszerne prace wolą drukować w archiwach, aniżeli w monografiach lub podręcznikach. Z liczby prac tej ostatniej kategorii w Niemczech cieszy się, zdaniem mojem, nie zupełnie zasłużoną reputacją monografia d-rów BANDELIER'a i ROEPKE'go (3) p. t. „Klinik der Tuberculose“.

Autorowie w stosunkowo niewielkiej monografii (450 str.) zestawiają całokształt kliniczny spraw gruźliczych we wszystkich przejawach i organach, a więc: płucach, krtani, kościach i t. p. W dziale najobszerniejszym, bo prawie połowę książki obejmującym, rozbierane są suchoty płucne: dosyć pobieżnie w dziale etyologii i symptomatologii, obszerniej omawiana jest terapia, chociaż zbyt jednostronnie, gdyż autorowie, uważając leczenie tuberkuliną za rozwiązanie sprawy terapii gruźlicy, stosunkowo bardzo obszerne i naturalnie zbyt optymistycznie ten dział rozbierają. Inne rozdziały są traktowane bardzo nierównomiernie i tak bardzo ważny rozdział, jak gruźlica gruczołów limfatycznych, opisana zaledwie na 4-ch stronach bardzo pobieżnie — to samo-

dział skrofulozy, natomiast wiele obszerniej traktowane są sprawy czy-
sto chirurgiczne gruźlicy kości i stawów. O stosunku artrytyzmu, o gru-
źlicy diabetycznej znajdujemy li tylko pobieżne wzmianki. Ważne
i częste cierpienie, jaką jest gruźlica ostra, omawiane jest, i to pobieżnie,
na 5-u stronach, a zato gruźlica ucha na 20-u. Całość wykładu przytem
jest suchą.

Natomiast w literaturze francuskiej mamy do zaznaczenia kilka
wielce doniosłych monografii, traktujących przeważnie terapię suchot
płucnych. Do tej kategorii przedewszystkiem zaliczyć należy monogra-
fię L. RÉNON'a o leczeniu suchot płucnych, napisaną z wielkim talentem
i pod względem wykładu, ułożenia materiału i krytycznego poglądu.
Autor w stosunkowo małej monografii (318 str.) rozbiera najaktualniej-
sze kwestye, odnoszące się do nowoczesnej terapii suchot płucnych,
a więc leczenie powietrzno - dyetetyczne, psychoterapię, w którym to
rozdziale wybornie jest skreślony i z życia wzięty stan psychiczny su-
chotników, a kończący się trafną uwagą, jak lekarz winien nawet umie-
rających suchotników nie pozbawiać nadziei w myśl słów VIRGILEGO
„Manibus date lilia plenis“. Leczeniu surowicą i tuberkulinami autor
poświęcił, i słusznie, aż 3 obszernie rozdziały, opisuje różne rodzaje suro-
wic (MARAGLIANA, MARMORKA, VALLE'go i t. p.) i tuberkulin (KOCH'a, JA-
KOB'a, BERANECK'a, SPENGLER'a i in), rozbiera krytycznie ich działalność,
cytuje dane, otrzymane przy ich użyciu w szpitalach paryskich, docho-
dząc, mojem zdaniem, do słusznego wniosku, że w dzisiejszym stanie wie-
dzy można leczenie swoiste uważać za czynnik wspomagający, a nawet
działający skutecznie, lecz jedynie w pewnych określonych formach
i okresach suchot. W rozdziale o chemioterapii rozbiera autor pogląd
ROBIN'a na t. zw. demineralizację suchotników, a z nim związaną terapię
remineralizacji organizmu zapomocą soli wapiennych i innych. Fizyjo-
terapii, pod którą to nazwą autor rozumie leczenie zapomocą klimatu,
słońca, elektryczności, radu i t. p. poświęca autor również interesująco
i barwnie napisane rozdziały. Na zakończenie podaje krytyczny pogląd
na współczesną chirurgię suchot płucnych.

O wiele obszerniejszą i na większą skalę zakreśloną monografię
stanowi praca znanego klinicysty paryskiego ALBERTA ROBIN (4) p. t.
„Traitement de la Tuberculose“ (630 str.), ogarnia ona, po-
dobnie jak praca ROEPKE'go, całokształt spraw gruźliczych, lecz jedynie
z punktu widzenia terapeutycznego. W tym zakresie praca ta posiada
pewne zasadnicze błędy, gdyż autor z konieczności musi odbiegać od
podstawowego zadania, t. j. terapii, robiąc ciągle wycieczki, naturalnie
pobieżne, w inne dziedziny, t. j. patologii, etyologii i t. p., tym sposobem
całość, aczkolwiek pisana z talentem i niezwykłą erudycją, traci na
wartości, nie dając czytelnikowi ogólnego pojęcia o danej sprawie. Ideę
podstawową pracy, wytyczną całej terapii gruźliczej dla autora stanowi
wyszukanie zбочenia w przemianie materji organizmu, warunkującego
i umożliwiającego zakażenie gruźlicze. To ma stanowić, podług autora,
zwiększona przemiana materji (zwiększone wchłanianie tlenu), warun-
kującą szybszą t. zw. demineralizacją organizmu suchotnika, nawet w po-
czynających się okresach choroby. Dane, potwierdzające poglądy au-
tora, oparte na wieloletniem doświadczeniu laboratoryjnym i klinicznym,
autor zestawia na odpowiednich, b. interesujących, tablicach. Aczkol-
wiek poglądy ROBIN'a uległy poważnej krytyce, szczególnie ze strony
ściślych badaczy (fizyologów-chemików niemieckich), tem nie mniej au-
tor podtrzymuje je dalej, twierdząc, że nawet po szeregu nowych badań
i uwzględnieniu pomyłek—przychodzi znowu do swych, uprzednio wypo

wiedzianych w tej kwestyi poglądów. W każdym razie teoria ta jest wysoce ciekawa z punktu widzenia naukowego i przyszłość wykaże, na ile słuszne są owe poglądy, na podstawie których autor buduje wskazania dla terapii gruźlicy, zalecając: 1) ograniczenia wzmożonej przemiany materii; 2) ograniczenie toksyczności produktów lasecznikowych i 3) usuwanie mieszaných zakażeń oskrzelowo płucnych, współtowarzyszących sprawie gruźlicy.

W celu zadośćuczynienia tym wskazaniom autor rozbiera podstawowe metody lecznicze, mające oddziaływać skutecznie w powyższych kierunkach, a więc: 1) metodę dyetetyczną—rozbierając, jakie pokarmy głównie działać mogą remineralizująco na organizm; 2) środki farmaceutyczne grupy oszczędzania organizmu (*médication d'épargne*), uważając jako główne środki w tej grupie: tran, arsenik, taninę i inhalacje azotowe; 3) środki, wywołujące wprost t. zw. remineralizację organizmu (preparaty wapna, krzemu—fluoru, żelaza); 4) środki antyseptyczne (krezot, jod, fosfor i t. p.). Do drugiej grupy środków, t. j. działających na toksyny gruźlicze, zalicza t. zw. tuberkulinoterapię, którą szczegółowo rozbiera, uważając ją jako środek konieczny przy zastosowaniu pierwszej grupy środków.

W rozdziałach następnych rozebrane jest szczegółowo leczenie oddzielnych objawów oraz powikłań. Dalej idzie szczegółowy rozdział o zastosowaniu hydroterapii i klimatoterapii przy leczeniu suchot płucnych. Obszernych siedm rozdziałów poświęca autor leczeniu objawów gruźlicy różnorodnych organów wewnętrznych (kiszki, krtań, otrzewna i t. p.), jakoteż kości i stawów, rozbierając szczegółowo wskazania i środki. Dział ten jest zbyt obszerny i wiele rzeczy w kółko powtarza się bezustannie. Wreszcie w końcowym rozdziale p. t. „Obrona społeczna przeciw gruźlicy“, autor rozbiera różnorodne środki ochrony społeczeństwa od gruźlicy (szpitale, sanatoria, obowiązki rządu i gmin) i wogóle porusza całokształt kwestyi walki z gruźlicą z dzisiejszego naukowego punktu zapatrywania. Pomimo wyżej wskazanych usterek, a szczególnie rozwlekłości wykładu, pracę powyższą należy uważać, jako wyborną monografię w danej kwestyi.

Pokrewną w założeniu pracę stanowi „Podręcznik terapeutyczny chorób dróg oddechowych“, stanowiący część ogólnego wydawnictwa francuskiego „Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot“, wydany zbiorowo przez kilku autorów (HIRTZ—REST, RIBADEAU—DUMAS, TUFFIER, MARTIN i KUSS). I w tem wydawnictwie, noszącem w założeniu charakter terapeutyczny, szwankuje patologia i klinika, która w każdym rozdziale jest pokrótce omawiana, stanowiąc większy lub mniejszy dodatek, zależnie od opinii autora—stąd wychodzi niejednorodność i brak istotnej korzyści dla czytelnika, który mając bardzo obszerny wykład terapii — musi, jeśli chce nabrać należytego pojęcia o danym procesie chorobnym (np. syfilis płuc), zajrzeć do innego podręcznika lub poprzestać jedynie na wykładzie terapii. Wprawdzie ostateczny cel medycyny praktycznej to terapia, ale racjonalna, oparta na gruntownej znajomości istoty zaburzenia. Otóż przeglądając ten obszerny i gruntowny wykład terapii, żal się robi, że autorowie nie dodali działu patologii, wytwarzając tym sposobem całkowity podręcznik. Wracając do w modzie będącego podręcznika, to mamy tu kolejno opracowaną, i to bardzo obszernie, terapię poszczególnych form klinicznych chorób dróg oddechowych. Szczególniej starannie opracowany jest dział bardzo ważny dla lekarza praktyka t. j. leczenie zapaleń opłucnej przez REST'a i RIBADEAU—DUMAS'a. Dalej znany chirurg paryski

TUFFIER dał wyborny, już niemal monograficznie opracowany rozdział (przeszło 60 stron) chirurgii dróg oddechowych. Zdziwiał nas, że w sprawie leczenia chirurgicznego ciał obcych w oskrzeliu bardzo pobieżnie traktuje dziś pierwszorzędnej doniosłości metodę leczniczą wydobywania ciał obcych drogą bronchoskopii. Przeszło połowę całej książki, t. j. przeszło 300 stron, poświęcił dr Kuss terapii suchot płucnych, wywiązawszy się bardzo sumiennie ze swego zadania. Są tam zwykłe rozdziały o leczeniu powietrzem, żywieniu, leczeniu sanatoryjnym i t. p., bardzo pedantycznie i drobiazgowo, lecz ściśle opisane. Również obszernie, może zanadto, traktuje autor rozdział tuberkulinoterapii (około 100 stron), opierając się na własnych spostrzeżeniach i współczesnem niemieckiem piśmiennictwie.

Również szczegółowo opisuje odmě sztuczną. Zato dość pobieżnie traktowany jest rozdział o klimatoterapii i sanatoryjach, w którym uwzględnione są prawie wyłącznie stacye klimatyczne i sanatoria francuskie.

Niez mordowany odkrywca i propagator leczenia suchot płucnych przy pomocy sztucznej odmy prof. FORLANINI z Padwy, wydał obecnie w języku niemieckim (7) obszerną monografię, odnoszącą się do tej kwestyi, w której zestawia całokształt tej kwestyi, oparty na własnych spostrzeżeniach i wszechświatowem odnośnem piśmiennictwie. Aczkolwiek poglądy F., a szczególnie wskazania do odmy sztucznej są zbyt szerokie (niemal każdy przypadek suchot do nich się nada) w każdym razie praca to sumienna i ciekawa, tembardziej że ilustrują ją piękne rysunki rentgenograficzne i anatomo-patologiczne, potwierdzające poniekąd wywód autora, odnoszące się do uleczalności suchot drogą tej metody. Czytelnik znajdzie w niej opisaną szegółową technikę, aparaty i wogóle całokształt sprawy.

Od roku 1890 wychodzący w Berlinie miesięcznik „*Zeitschrift für Tuberculose*“ koncentruje w sobie najnowsze prace, odnoszące się do gruźlicy i jednocześnie zestawia całokształt sprawy walki z gruźlicą w całej Europie i Ameryce. Co kwartał tamże zestawiona jest całkowita (olbrzymia) bibliografia, odnosząca się do gruźlicy. Od roku 1907 zaś wychodzi w Londynie kwartalnik p. t. „*The British Journal of Tuberculosis*“, w którym zestawiony jest całokształt walki z gruźlicą w Anglii i Ameryce północnej. Wydawnictwo wytworne, bardzo bogato ilustrowane, podaje rysunki i plany różnorodnych sanatoryjów, szkół nowoczesnych, zakładanych na powietrzu w Ameryce przez Ligi prowincjonalne, wynalazków w dziedzinie walki z gruźlicą, referaty z prac angielskich i t. p. Wydawnictwo przytem jest bardzo tanie (kosztuje 5 szyl., t. j. 2½, rocznie) i może być śmiało poleczone interesującym się sprawą walki z gruźlicą.

Dr Med. A. Sokółowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie oto-laryngologów d. 28-go grudnia 1911 r.

T. HEIMAN przedstawił chorego, l. 20, który przed 1½ rokiem zaraził się syfilisem; po otrzymaniu 30-u zastrzyknięć rtęciowych chory

zauważył szum w lewym uchu i osłabienie słuchu; po zastosowaniu przedmuchiwań POLITZER'a chory ogłuchł zupełnie; zastrzyknięcie salwarsanu było bez skutku. Wówczas chory zgłosił się do T. HEIMANA; przy badaniu znaleziono zupełną głuchotę błędnikową, zawroty głowy, chód niepewny. Choremu zalecono 30 dużych wcierań szaruchy i po 2,0 KI dziennie, lecz poprawy słuchu nie było żadnej, następnie zastosowano zastrzyknięcia pilokarpiny i po 5-iu zastrzyknięciach nastąpiła pewna poprawa słuchu: przez lejek chory słyszał niskie tony stroika. Z racji owego przypadku H. zwraca uwagę na ostrożność w stosowaniu zabiegu POLITZER'a, który niekiedy może być szkodliwy i nawet spowodować zupełną utratę słuchu.

KOENIGSZTEIN pokazał ciała obce, wydobyte z krtani, przelyku i nosa, mianowicie: a) kość długości 3 ctm., szerokości 2 ctm., wydobytą z prawego *sinus pyriformis*; b) trójkątną dużą kość o ostrych brzegach, która tkwiła w odległości 28-iu ctm. od siekaczy (wydobył przy pomocy koszyeczka); c) guzik usunięty z *rhima olfactoria* dziecka.

LUBLINER zakomunikował, że w demonstrowanym na poprzednim posiedzeniu przypadku twardzieli zastosowano salwarsan, lecz bez skutku, jest to już trzeci przypadek L. stosowania salwarsanu w twardzieli bez skutku dodatniego.

W dyskusji KOENIGSZTEIN twierdzi, że przypadki syfilisu błędnika są bardzo trudne do leczenia i nie wierzy w dodatnie działanie pilokarpiny, natomiast zaleca wytrwale stosowanie Hg i KI; co do ujemnego działania przedmuchiwań, to nie sądzi, aby jednorazowe przedmuchiwanie mogło przyprowadzić chorego o głuchotę.

LUBLINER, przeciwnie, sądzi, że środki napotne, jak *sarsaparilla*, *decoctum Zitman'i*, również pilokarpina oddawna są stosowane z dobrym skutkiem w podobnych sprawach.

Przewodniczący MEYERSON zaleca ostrożność w stosowaniu z jednej strony przedmuchiwań, z drugiej zaś strony radzi stosować środki napotne w cierpieniach błędnika.

W odpowiedzi T. HEIMAN powołuje się na zdanie POLITZER'a, który twierdzi, że właśnie w syfilisie narządu słuchowego należy stosować pilokarpinę, co daje w wielu razach dobre wyniki.

Następnie MEYERSON odczytał rzecz: „O metodach leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego“, poddając krytycznej ocenie najbardziej używane metody lecznicze w tem cierpieniu, jak to: zimno, ciepło, metodę BIER'a, aspirację, przedmuchiwanie, paracentezę, oraz leki wlewane do ucha, za najskuteczniejsze uważa stosowanie zimna w postaci przyrządu LEITER'a, aspirację, oraz utrzymywanie dostatecznego otworu w błonie bębenkowej.

W dyskusji LUBLINER zaznacza, iż również widział dodatnie wyniki stosowania aspiracji, z leków zaś przekłada adrenalinę nad kokainę, w obawie działania ogólnego tej ostatniej.

SZMURŁO w przypadkach, gdy chorzy nie znoszą zimna stosuje ciepłe okłady i zamiast wody utlenionej, która często zawiera szkodliwe domieszki, radzi stosować *perhydrol* MERCK'a.

HEIMAN wyraża się ujemnie o metodzie BIER'a; z leków chwali rozwój rezorcyny.

Wiadomości bieżące.

— Udział lekarzy polskich w międzynarodowym Zjeździe pediatrów w Paryżu. Przed kilku laty powstała w Paryżu myśl zawiązania międzynarodowego Towarzystwa pediatrów (L'association internationale de pédiatrie), mającego na celu porozumiewanie się w sprawach, tego działu nauki dotyczących, urządzenie Zjazdów i t. d. Wnioskodawcy zwrócili się do wszystkich narodowości z propozycją tworzenia sekcji narodowych. Myśl tę przyjęto i u nas przychylnie; utworzono sekcję polską, do której wpisało się dotychczas około 50-u członków pediatrów polskich.

W dniu 7. 8. 9. października b. r. odbędzie się w Paryżu pierwszy Zjazd międzynarodowy. Sekcja polska reprezentowaną będzie na tym Zjeździe przez dwu delegatów, t. j. przez Dra J. BRUDZIŃSKIEGO (Warszawa) i prof. Dra J. RACZYŃSKIEGO (Lwów), którym przyznano wszelkie prawa delegatów narodowości.

Znając trudności, jakie stale spotykają naszą narodowość w utworzeniu osobnej sekcji na Zjazdach międzynarodowych, należy wyrazić uznanie komitetowi zarządzającemu Zjazd, ale również i złożyć dowody, że upominając się o nasze prawa, przynosimy też swoją pracę do wspólnego dorobku naukowego.

Dlatego też Zarząd sekcji polskiej zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich lekarzy polskich, w szczególności do lekarzy chorób dzieci, aby zechcieli wpisywać się na członków sekcji polskiej Towarzystwa międzynarodowego pediatrów, a jaknajliczniejszym udziałem czynnym w Zjeździe i zgłoszeniem wykładów złożyli dowody, że nauka polska idzie równym krokiem z postępem nauk lekarskich na zachodzie.

Jako główne tematy zapowiedziane są na obecny Zjazd: 1) anemie wieku dziecięcego, 2) ostre porażenia rdzeniowe dziecięce. Przyjęte też być mogą wykłady na temat dowolny.

Oplata członka Towarzystwa międzynarodowego pediatrów wynosi 10 fr. rocznie, z czego 80% zostaje wniesione do kasy Towarzystwa na cele tegoż, 20% zachowane być mają na wydatki każdej sekcji narodowej. Członkowie Towarzystwa międzynarodowego nie opłacają osobnej wkładki Zjazdowej. Francuskie koleje udzieliły członkom Zjazdu znacznych zniżek cen jazdy.

Wpisywać się i zgłaszać odczyty można do 28-go sierpnia u Dra BRUDZIŃSKIEGO w Warszawie (Włodzimierska 9), u Prof. Dra Ks. LEWKOWICZA w Krakowie (Krowoderska 25) i u Prof. Dra J. RACZYŃSKIEGO we Lwowie (Romanowicza 5).

— II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Program prac drugiego Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć pomiędzy 15-ym a 20-ym grudnia r. b. w Krakowie, przedstawia się wobec zgłoszeń, jakie komitet organizacyjny dotychczas otrzymał, w sposób następujący:

I. Metoda psychoanalityczna: Prof. BANDROWSKI (Lwów) „Psychoanaliza wobec podstawowych teorii psychologicznych“, St. BOROWIECKI (Kraków) „Psychoanaliza i jej kryteria“, L. JEKELS (Bystra) „Libido seksualis a charakter i neuroza“, L. KARPIŃSKA (Zakopane) „Psychologiczne podstawy freudyzmu“, doc. W. RADECKI (Genewa) „Pierwiastki psychologiczne w psychoanalizie“.

II. Zjawiska psychoelektryczne: Doc. W. RADECKI (Genewa) „Zjawiska psychoelektryczne“, wykład z pracowni fizyologicznej prof. N. CYBULSKIEGO, L. KARPIŃSKA (Zakopane) „Kojarzenia łańcuchowe przy zastosowaniu prądu galwanicznego“.

III. Nowe metody badania narządu przedsionkowego: J. BERLSTEIN (Lwów) „Badanie i funkcyja błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych (część otologiczna)“, ROTHFELD (Lwów) „Fizjologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego“, ROTHFELD (Lwów),

REICH (Wiedeń) i doc. BARANY (Wiedeń) „Wpływ wyłączenia pojedynczych części mózgu na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedśionkowego“.

IV. Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii: Doc. J. HORNOWSKI (Lwów) „Dane z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznym wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowymi i umysłowymi“, Prof. L. POPIELSKI (Lwów) „Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów“, doc. K. ORZECHOWSKI (Lwów) „Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie“, W. ZIEMBICKI „Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej“, T. SIMCHOWICZ (Warszawa) „O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną“, W. STERLING (Warszawa) „Studia kliniczne nad t. zw. eunuchoidami“, w dyskusji dr BYCHOWSKI (Warszawa).

Wśród odczytów luźnych kilka poświęconych stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą: S. KOPCZYŃSKI (Warszawa) „O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacji“, doc. J. MAZURKIEWICZ „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicji“, doc. E. KATZEN ELLENBOGEN (Shillman Ameryka) „O obecnym stanie psychiatrii w Ameryce“.

Z zakresu anatomii patologicznej kory mózgowej zgłosił odczyt T. SIMCHOWICZ (Warszawa) „O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie ALZHEIMERA“ i W. GRZYWO-DĄBROWSKI (Łódź-Kochanówka) „W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (*status epilepticus*)“.

Szereg pozostałych odczytów luźnych przedstawia się jak następuje:

Dr SABAT (Lwów) „Promienie ROENTGEN'a w usługach neurologii“, Dr SABAT (Lwów) „Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków“ (z demonstracyami), doc. K. ORZECHOWSKI (Lwów) i dr MEISELS (Lwów) „Hematologia w epilepsji“, T. ŁAPIŃSKI (Warszawa) „Epilepsja a psychozy“, doc. E. KATZEN-ELLENBOGEN (Shillman-Ameryka) „Psychologia epileptyków“, W. STERLING (Warszawa) „Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu KORSAKOWA“, J. FEUERSTEIN (Lwów) „Cyklotymia“, dr MIKULSKI (Lwów-Kulparaków) „O alkoholizmie w psychiatrii“, doc. J. MAZURKIEWICZ (Kraków) „O afazji gestowej i apraksji“, Z. BYCHOWSKI (Warszawa) i dr KAUMEN (Warszawa) „Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów)“, J. LANDAU (Kraków) „O kilku operowanych przypadkach guzów mózgu na podstawie materiału kliniki krakowskiej“, prof. ST. CIECHANOWSKI (Kraków) i J. LANDAU (Kraków) „Meningitis cystica“, E. FLATAU (Warszawa) i J. HANDELSMAN (Warszawa) „Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgowo-rdzeniowym ze specjalnem uwzględnieniem t. zw. drętwy karku“.

W dalszym ciągu zgłosili odczyty M. BORNSTEIN (Warszawa) „Badania doświadczalne i anatomiczno-patologiczne nad niekierem rdzenia“, J. ROTHSTADT (Warszawa) „O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych“, W. STERLING (Warszawa) „Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającymi w przebiegu szczepień PASTEUR'owskich“, J. FEUERSTEIN (Lwów) „Radiculitis“, Sr. ROSENTHAL (Heidelberg) „Przyczynki do badań nad histologią *plexus chorioideus*“, doc. K. ORZECHOWSKI (Lwów) i doc. J. HORNOWSKI (Lwów) „Mongolizm u idiotki“, dr DEMIÓNSKI (Lwów) „Znaczenie objawu TROUSSEAU w nerwicach“.

Przypuszczać należy, że ten już dzisiaj bogaty program zjazdu rozszerzy się jeszcze bardziej wobec tego, że termin zgłaszania odczytów upływa dopiero z końcem września.

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
od 12-go sierpnia					
do 19-go sierpnia					
ospa	2	2	—	1	3
szkarlatyna	4	1	—	—	5
dur wysypkowy	1	1	—	1	1
dezynteria	—	1	—	—	1
Ogółem	7	5	—	2	10

NEKROLOGIA.

W dniu 6-ym sierpnia zmarł we Lwowie ś. p. Dr. FERDYNAND OBTUŁOWICZ. Urodzony w 1851 r. w Żywcu, studia uniwersyteckie odbywał w Krakowie, poczem w r. 1871 został sekundaryuszem w oddziale chirurgicznym prof. OBALIŃSKIEGO, następnie zaś asystentem przy katedrze dermatologii prof. A. ROSNERA. Mianowany w r. 1878 lekarzem powiatowym w Turce w Beskidach, rozwinął tu nadzwyczaj gorliwą działalność w kierunku poprawy oplakanych stosunków sanitarnych, zyskując sobie wielkie uznanie ludności powiatu. Ten sam charakter gorliwej pracy społecznej miała dalsza Jego działalność w powiecie Buczackim, w którym miasta Buczacz i Jazłowiec mianowały go swym obywatelem honorowym. Od r. 1901 zamieszkał we Lwowie, gdzie wkrótce również dał się poznać jako dzielny praktyk i uspołeczniony obywatel kraju. Za Jego głównie staraniem zniesiono w Galicyi rozpowszechniony dawniej system szczepienia ospy z dziecka na dziecko i założono krajowy instytut wyrobu limfy. Zamianowany lekarzem sądownym, z zamiłowaniem oddawał się badaniom w dziedzinie medycyny sądowej. W ostatnich latach ś. p. Obtulowicz pełnił godność prezesa Tow. higienicznego we Lwowie i wiceprezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, był też członkiem Komisji sanitarnej rady m. Lwowa.

Ogłosił drukiem przeszło 20 prac lekarskich między innymi:

„O okreczeniach pępowiny około części płodowych wśród macicy i znaczenie ich pod względem sądowo-lekarskim”. „Zapalenie worka przepuklinowego, odcięcie tegoż z całkowitem wyleczeniem przepukliny”. Przyczynki do patologii i terapii pierzchnicy wypocinowej czerwonej (*Lichenexsudativ. ruber*)⁴. „Czy zachodzi różnica i jaka między rowkami skórnymi, pochodzącymi od ściśnięcia szyi postronkiem, dokonanego na żywym a na trupie”. „Rzadki przypadek przepukliny przeponowej”. „Brak wrodzony pochwy i macicy”. „O wpływie chorób gorączkowych zakaźnych na rozwój wsteczny nowotworów”. „O dyfteryi, szczególnie pod względem etyologicznym i patogenetycznym”. „Kilka uwag o epidemiach duru plamistego i sposobach rozwekania tej zarazy“ i inne. *W. St.*

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO” i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEN: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20 za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę.

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzli i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.