

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## PRZYPADEK LIMFOSARKOMATU KISZEK, MÓZGU

i gruczołu chłonnego szyi

opisał

**Józef Zawadzki.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego  
d. 17/III 1895 r.)

---

Szanowni Panowie! Przypadek, który mam zaszczyt przedstawić, wart zaznaczenia zarówno ze względu na przebieg kliniczny, jak i na wyniki oględzin pośmiertnych i posiada wartość nie tylko anatomo-patologiczną, ale i kliniczną. Z tego też względu pozwolę sobie nieco dłużej zatrzymać na nim uwagę Panów i poddać dyskusji, gdyż wiele stron ciemnych przedstawia.

Na klinię wydziałową Uniwersytetu przybyła w d. 2/XII r. z. H. K., szwaczka, lat 34, opowiadając co następuje: Rodzina jej zawsze była zdrowa i z 3 braci wszyscy dożyli dojrzałego wieku. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, okres rozwoju płciowego przeszedł bez zaburzeń widocznych, czuła się zawsze zdrową, choć, jak zaznacza, siły fizyczne często jej nie dopisywały. Regularność od 17 roku życia za-

wsze prawidłowa; żadnych zaburzeń ze strony narządów płciowych nie zauważyła. Przed laty 10 przeszła zapalenie płuc, które powtórzyło się w parę lat później, ale ostatnie lata przeszły jej zdrowo zupełnie. Przed kilku laty zauważyła na stronie lewej szyi guzik niewielki, który powiększał się powoli, a że nie sprawiał jej żadnych dolegliwości, nie zwracała nań uwagi. Od 5-ciu dopiero tygodni zauważyła zmianę w stanie zdrowia, co przypisywała nadmiernej pracy, jakiej w ostatnich czasach oddać się była zmuszona. Wystąpiły, mianowicie, bóle w brzuchu, szczególnie w dolnym jego odcinku, niezależne od jedzenia i oddawania stolca. Stolce w ogóle zaparte od dawna, obecnie bez pomocy środków czyszczących samoistnie nie występują. Obok bólów w brzuchu skarży się na bóle w części czołowej stałe, zwiększające się w czasie wymiotów, które szczególnie w ostatnich 2-ch tygodniach stały się częstszymi. Łaknienie b. mierne, szczególnego wstępu do pokarmów nie czuje. Sen dobry.

Przy badaniu chorej d. 2/XII znaleziono co następuje. Chora leży apatyczna, z niechęcią, powolnie i z widocznym wysiłkiem odpowiada na pytania, często zamyśla się nad odpowiedzią i proste nieraz zapytania sprawiają jej kłopot, mowa jednak nie zmieniona. Wzrost chorej mierny, odżywianie bardzo mierne, powłoki zewnętrzne blade, tkanki tłuszczowej mało, tkanka mięsna słabo rozwinięta, kościec i użębienie prawidłowe. Cucie skórne zmian żadnych nie przedstawia. Ze strony narządów słuchu, smaku, powonienia i wzroku żadnych nieprawidłowości nie skonstatowałem. Odruchy skórne osłabione, ścięgniście nieco wzmożone. Ruchy kończyn prawidłowe, choć powolne i ociężałe. Na szyi po stronie lewej w okolicy mięśnia sutkoobojczykowego i po za nim guz postaci i wielkości jaja gołębiego, pokryty niezmienną skórą, twardy, gładki, bezbolesny, trudno przesuwalny. W płucach zmian żadnych. Wymiary serca prawidłowe, tony serca czyste. Śledziona i wątroba niewymagalne. Brzuch zapadnięty daje na całej przestrzeni odgłos bębnowy stłumiony; bolesność na ucisk jednakowa na całej przestrzeni. Granice żołądka po rozděciu gazem prawidłowe. Zawartość po śniadaniu Ewalda o kwaśności 32% zawiera wolny kwas solny. Badanie moczu kilkakrotne nic nieprawidłowego nie wykryło. Organy rodne prawidłowe, dziewica. Ciepłota przez czas choroby prawidłowa.

Zalecono opaskę na brzuch rozgrzewającą, oraz bizmut z beladoną.

4/XII. Ból głowy, nudności i wymioty silniejsze; po 2-ch dniach osłabły, jak również zmniejszyła się apatya i senność chorej.

6—9/XII miesięczka bezbolesna, w czasie której chora czuła się bardziej osłabioną.

Następnych dni 10—12 wystąpił zupełny brak łaknienia i silne zaparcie stolca, a 13/XII silne bóle w brzuchu wraz z wymiotami żółciowymi, które zwiększyły apatyę i osłabienie; chora literalnie bez ruchu, z przymkniętymi oczami, nie odpowiadając na pytania, pozostawała w łóżku. Po 4-ch dniach takiego stanu nastąpiła 17/XII nieznaczna poprawa, łaknienie się polepszyło, bóle w brzuchu mniejsze, stolce codzienne. Polepszenie to trwało jednak zaledwo dni dwa do 20/XII, kiedy znów bóle w brzuchu zwiększyły się, wystąpiły silne bóle głowy w części czołowej tym razem bez wymiotów, a nadto bezsenność trwająca dni dwa. Stan ten po 6 dniach poprawił się nieco, ale 31/XII zauważono, że lewa kończyna górna dotknięta została niedowładem, osobliwie ręka, która zwisała i ruchy miała bardzo ograniczone. Czucie skórne na całej kończynie zachowane, odruchy ścięgniste wzmożone, pobudliwość mięśniowa również. Współcześnie i mowa stała się mniej wyraźna i bardziej powolna, a ze strony przewodu pokarmowego wystąpiły rozwolnienia. Chora silnie osłabiona, apatya jeszcze się zwiększyła.

W ciągu następnych 2-ch tygodni stan chorej był bez zmiany, rozwolnienia trwały ciągle, 1 raz wymioty, chora leży bez ruchu apatyczna, mowa utrudniona.

13/I 95 chora zaczęła uskarżać się na silny ból w prawem uchu, na razie jednak przyczyny znaleźć nie było można, w 4 dni później dopiero zaczął się ropny wyciek z ucha, a proszony przeze mnie kol. Iwanicki skonstatował zapalenie ropne ucha średniego; współcześnie ręka prawa nieco obrzękła. Wyciek z ucha trwał do 30/I r. b., poczem ustał zupełnie, ale silne osłabienie chorej na badanie ucha nie pozwalało. 17/I. Silny ból głowy bez wymiotów, chora nie odpowiada wcale na pytania. 22/I jakby obudziła się ze śpiączki, zaczęła chętniej, acz niewyraźnie mówić; trwało to przez dzień jeden, poczem wróciła zupełna przytomność; kilkakrotnie naprzemian przytomność wracała lub znikwała, ale mowa nawet w czasie przytomności cicha, niewyraźna.

2/II rano wystąpił nagle napad drgawek klonicznych, zaczynających się po stronie lewej od mięśni twarzy. Na wizycie skonstatowałem porażenie lewego n. twarzowego.

Na drugi dzień drgawki ponowiły się, porażenie n. twarzowego większe, ale za to ruchy w porażonej lewej kończynie górnej wróciły zupełnie. Drgawki odtąd nie powtarzały się, ale chora osłabiona silnie, tętno coraz słabsze, rozwolnienia; stolce i mocz chora oddaje bezwiednie pod siebie.

8. II. Śród tych objawów zmarła.

Postawienie rozpoznania w tych warunkach było bardzo trudne, szczególnie w początkach, kiedy ciężkiemu stanowi ogólnemu nie odpowiadały na pozór zupełnie żadne zmiany materjalne w narządach poszczególnych, to też sprawę całą kładliśmy na karb nieokreślonego jakiegos cierpienia mózgowia. Dopiero 31 grudnia, kiedy wystąpił niedowład lewej górnej kończyny, a następnie i zmiany w mowie, zbliżyliśmy się do prawidłowego rozpoznania i zaczęliśmy się wahać między nowotworem kory mózgowej w prawej półkuli w okolicy gyrus centralis, a ropniem; w tem ostatniem mniemaniu utwierdzało nas jeszcze wystąpienie ropnia ucha średniego i gotowiliśmy byli to uważać za punkt wyjścia choroby. Stan chorej tym czasem był tak ciężki, że mimo prawdopodobnego umiejscowienia ogniska, jak wyżej wspomniałem w prawej półkuli i w okolicy gyrus centralis, o interwencyi operacyjnej nie mogło być mowy. Że miałem do czynienia ze sprawą korową, utwierdzał mnie w tem mniemaniu stan psychiczny chorej, jednoczesne zmiany w mowie, przemijająca pareza lewej ręki, a następnie i n. twarzowego lewego. Co się tyczy zaburzeń w trawieniu, musiały one zejść wobec powyższych objawów na plan drugi w postawieniu rozpoznania, tem bardziej, że ani w zawartości żołądka ani w kale nic nieprawidłowego nie znalazłem. Guz na szyi uważałem za nowotwór dobrotliwy, szczególnie wobec zapewnień chorej i rodziny, że ma go od dawna i że powiększa się powoli.

Sekcja, dokonana na zwłokach przez kol. E. Zielińskiego w części sprawdziła rozpoznanie przyżyciowe, mianowicie co się tyczyło umiejscowienia cierpienia w mózgu.

Kości czaszki były prawidłowe, jak również opony. Powierzchnia półkól blada, zraz czołowy po stronie prawej nieco spłaszczony, nieco ku przodowi od gyrus centralis zabarwienie mózgu ciemniejsze, konsystencya miększa, na przekroju w okolicy gyrus centralis et praecentralis widzimy guz ókrągły, w środku rozmiękczone, zabarwiony ciemno, miękki, ograniczony, drażący głęboko w istotę białą mózgu i zajmujący całą część korową. Po tej stronie komory puste, po lewej stronie nieco rozszerzone, zresztą zmian żadnych. W płucach—blizny u obu wierzchołków. Serce nader małe, tętnice wąskie, wątroba dziecienna, nerki, z których jedną tu z sobą

przyniosłem, jak widzą Sz. Panowie, nader małe ( $8\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$  ctm.) Położenie trzewiów prawidłowe. Nieżyt przewlekły żołądka. Wgłobienie jelita czczego na przestrzeni 20 ctm. aż do zast. Bauhina, kiszka na tem miejscu przekrwiona, z lekkimi zrostami. Błona śluzowa części wpochwionej obrzękła, czerwona, 2 owrzodzenia kataralne. Na początku wgłobionej kiszki widzimy guz okrągły owrzodzony, o tym samym wyglądzie co i guz mózgowia. Takież guz w dwunastnicy z dnem miękkim, nierównym, zabarwionem. Gruczoły kiszkowe nie powiększone. Guz na szyi wychodził z gruczołu chłonnego i posiadał te same cechy.

Badanie mikroskopowe guzów na szyi i w kiszkach (kol. Luxenburg) wykazało *lympho-angio-sarcoma melanodes parvicellulare*.

Oto w krótkich zarysach przypadek i wyniki badania pośmiertnego. Odpowiedzieć na pytanie, gdzie był pierwotny guz i jaką drogą szły przerzuty, oczywiście trudno, mamy bowiem 1) guz mózgowia w prawej półkuli, 2) guz gruczołu szyjowego po stronie lewej, 3) 2 guzy kiszek cienkich—wszystkie te guzy mają te same cechy i niewątpliwie są jednego pochodzenia, który z nich jednak jest pierwotnym rozstrzygnąć trudno. Zdawałoby się, że wywiady przemawiają za pierwotnym guzem gruczołu szyjowego, ale wtedy droga, jaką szły przerzuty jest niezrozumiałą zupełnie, również nieprawdopodobnem zdaje się przypuszczenie pierwotnego guza w mózgowiu i kiszkach dla tych samych powodów, a już najbardziej śmiałem byłoby przypuszczenie, że powstały te guzy niezależnie jeden od drugiego. Odpowiedzieć na te pytania nie widzę w danym razie możności.

Co się tyczy mięsaków kiszek, to wogóle są one rzadkością, szczególnie zaś pierwotne. Częściej spotykamy je w kiszkach grubych, a najczęściej według Billrotha <sup>1)</sup> jako melanosarcomata recti. Wogóle Panet <sup>2)</sup> zebrał 10 przypadków mięsaków czarnych kiszek grubych, a liczba odtąd ogłoszonych przypadków niewiele jego cyfrę zwiększyła.

<sup>1)</sup> Allg. Chirurg. Pat. Berl. 1882.

<sup>2)</sup> Arch. f. Chir. 1882.

W kiszkach cienkich częstsze niż malanosarcomata są mięsaki okrągłokomórkowe, biorące początek w błonie podśluzowej; stąd przedewszystkiem przechodzą na mięśnie, znacznie później zajmują błonę śluzową, a prawie nigdy surowiczej. Stąd też i zamknięcie światła, tak częste w rakach tego narządu, tu należy do rzadkości, częściej dany odcinek rozszerza się dzięki zniszczeniu błony mięsnej na danej przestrzeni. W kiszkach, jak to ma miejsce w danym przypadku, znajdujemy zazwyczaj nie jeden, ale kilka nowotworów na dalekiej nieraz od siebie przestrzeni. Przerzuty do gruczołów kreskowych wątroby i nerek są częste, choć nie występują stale.

Mięsaki kiszek są chorobą pierwszych trzech dziesiątków lat życia. Madelung <sup>1)</sup>, który zebrał 14 przypadków z literatury, podaje najmłodszy wiek 5 lat, najstarszy 52; dziwna rzecz, że z pomiędzy owych 14 przypadków 1 zaledwo przypada na kobietę (mój zatem jest drugim).

Co się tyczy objawów mięsaka kiszek, to są one wogóle ciężkie, skutkiem szybkiego nader rozrostu nowotworu i rozwijającego się prędko charłactwa. Miejscowe objawy zależą od zanikania kurczliwości w zajęтым odcinku кишки, skutkiem czego powyżej leżący odcinek ulega przerostowi (Kraus <sup>2)</sup>) a niekiedy w przebiegu cierpienia występuje wgłobienie lub skręcenie jelita co może śmierć przyspieszyć. Wyżej już nadmienilem, że zamknięcia światła skutkiem nowotworu zazwyczaj nie bywa. Guz może być wielki, jak n. p. w przypadku Bessel-Hagena <sup>3)</sup> u 7 letniego dziecka, kiedy skutkiem rozszerzenia кишки i szybkiego wzrostu nowotworu zajmował cały brzuch niemal, lub też może być tak mały, że o wymacaniu go, szczególnie przy braku rozszerzenia кишки, mowy być nie może.

Rozpoznanie wogóle jest trudne, Madelung jako cechy ważne podaje wiek młody, szybkie charłactwo, brak objawów zamknięcia powolnego światła кишки, rozumie się je-

<sup>1)</sup> Centrbl. f. Chir. 1892.

<sup>2)</sup> Kraus. Prag. Med. Woch. 1889.

<sup>3)</sup> Bessel-Hagen. Virch. Arch. 99.

dnak, że na tych cechach rozpoznania oprzeć nie można, a tam, gdzie nowotwór nie wyczuwa się przez powłoki, cierpienie musi pozostać nierozpoznanem za życia.

*Przypisek w czasie korekty.* Już w czasie ostatniej korekty otrzymałem zeszyt lipcowy *Archives gén. de médecine*, w którym dr J. Brault umieścił opis przypadku mięsaka kiszki. Autor uważa wogóle cierpienie to za rzadkość, a chociaż zaleca szybką pomoc operacyjną, zwraca również uwagę na trudność rozpoznania za życia, co, naturalnie, opóźnia pomoc i nie pozwala na wczesną — jedynie usprawiedliwioną — operację.

*Autor.*

---

## OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

**Fr. Giedroyć,**

Ordynator szpitala św. Łazarza.

---

### W S T Ę P.

Zależność chorób skórnych od stanów patologicznych narządów wewnętrznych stwierdza coraz bardziej wzrastająca liczba obserwacji klinicznych, a równocześnie z tem zmniejszają się z dniem każdym szeregi stronników kierunku t. zw. szkoły Wiedeńskiej, która widzi w zmianach skóry niemal wyłącznie cierpienia samoistne tego organu.

Jest wprawdzie pewien szereg chorób wewnętrznych, które wyciskają na zewnętrznej powłoce cierpiącego tak charakterystyczne piętno, że nawet sami chorzy, zwróciwszy na swe cierpienie uwagę dopiero dzięki dostrzeżonym zmianom skóry, wiedzą, że samo cierpienie nie jest pomimo to właściwie skórnem i że przyczyny należy szukać gdzieindziej. Za przykład może służyć

zółtaczka. W drugim szeregu przypadków piętno to nie jest do tego stopnia charakterystyczne, wystarcza wszakże, by wzbudzić podejrzenie w każdym lekarzu i zwrócić jego uwagę na stan narządów wewnętrznych. Jeżeli się do nas zgłosi chory, skarżąc się na stałe występowanie czyraków, żaden chyba z nas nie rozpocznie leczenia, nie zbadawszy moczu — oto najprostszy przykład. W trzecim wreszcie szeregu przypadków myśl o zależności pewnego cierpienia skórniego od wewnętrznego powstanie dopiero dzięki dostrzeżonej symetrii w układzie wykwitów skórnych, ich uporczywości pomimo odpowiedniego leczenia miejscowego, współczesnemu ukazaniu się obu cierpień, t. j. skórniego i wewnętrznego, jednocześnie występującemu pogorszeniu lub poprawie w przebiegu ich i t. p.

Trzy są główne zadania lekarza przy łóżku chorego: dokładnie rozpoznać chorobę, trafnie przewidzieć możliwe powikłania oraz zakończenie jej, wreszcie wybrać odpowiednie leczenie. Stosowna ocena wartości zmian dostrzeżonych na skórze może być nie tylko pomocną, ale niekiedy nawet rozstrzygającą w każdym z tych trzech zadań. Wobec tego poznanie i uwzględnienie w każdym oddzielnym przypadku możliwej zależności pewnego cierpienia skórniego od stanu chorobowego któregoś z narządów wewnętrznych staje się rzeczą doniosłego znaczenia i zasługuje na więcej uwagi, niż się jej zwykle przy badaniu chorób skórnych poświęca.

W pracy niniejszej chciałbym właśnie zebrać w jedną całość (nie opuszczając—dla pełności obrazu—nawet rzeczy ogólnie dobrze znanych) te liczne przykłady, podane w literaturze kazuistycznej, a rzucające światło na pewien stosunek, lub wprost dowodzące zależności wielu zmian, dostrzeżonych na skórze od chorób wewnętrznych <sup>1)</sup>. Takie zadanie pracy samo już wskazuje, że będzie ona kompilacyjną, a z ogólnej grupy objawów każdej choroby obejmie sobą tylko te, które mogą wystąpić na powłokach zewnętrznych.

<sup>1)</sup> Często niezem nieusprawiedliwione hołdowanie zasadzie o miejscowym wyłączeniu charakterze niemal wszystkich chorób skórnych zachęciło mnie do zebrania dowodów mylności takiego jednostronnego poglądu, co tem bardziej wydało mi się rzeczą potrzebną, że literatura nasza lekarska pracy w tym rodzaju nie posiada wcale.



Przyczyną chorób skórnych mogą być wpływy zewnętrzne szkodliwe, które wywołują skutek miejscowy lub też mogą się znajdować w samym ustroju, a wtedy i cierpienie skóry będzie tylko jednym z objawów stanu chorobowego ogólnego, albo pojedynczych jego organów.

Podział chorób skórnych na *samoistne* i *przypadowe* (idiopathica et symptomatica) wprowadził pierwszy Lorry w r. 1777 mówiąc: „*Prima pars eorum erit affectuum, qui intus et in generali corporis systemate nati ad cutem feriuntur... altera vero... qui in ipsa cute generantur, tanquam in nido paterno; in quibus cutis est pars corporis constituens spectanda, non ut naturae instrumentum, sed ut portio corporis ex ipsa sua structura vitiorum sibi priorum receptaculum.*” O ile wszakże przyczyny zewnętrzne są łatwe do wykazania, a wpływ ich do zrozumienia, o tyle wewnętrzne przyczyny trudne nieraz do określenia, a istota stosunku, jaka zachodzi między taką przyczyną a jej skutkiem, dostrzegalnym na powłokach zewnętrznych, opiera się zwykle na mniej lub więcej prawdopodobnych domysłach, lub zgoła zostaje ukryta. Wyjątek do pewnego stopnia stanowią tylko wysypki w przebiegu chorób zakaźnych, które zależą od bezpośredniego umiejscowienia pierwiastków chorobotwórczych w skórze. I tu jednak, obok tych swoistych dla każdej choroby wykwitów, występują inne, nie stałe, przypadkowe tylko, których powstanie staramy się tłómaczyć sobie działaniem toksyn, wpływem nerwów i t. p. Do szeregu tych zakaźnych możemy jeszcze zaliczyć wysypki przymiotowe, chociaż bowiem zarazka swoistego dla tej choroby jeszcze nie znamy, istnienie jego nie może podlegać chyba wątpliwości.

Oto i wszystko. W pozostałych przypadkach musimy się ograniczyć wyłącznie na wskazaniu możliwej zależności, nie rozumiejąc zgoła jej istoty. A przypadków takich, o ile poucza obserwacya kliniczna, jest sporo. Na pierwszym miejscu należy tu postawić choroby skóry w cierpieniach ogólnych, konstytucjonalnych, jak n. p. czyraki w moczówce cukrowej, przyszyce i owrzodzenia w żołądkach, pityriasis tabescentium w charłactwie i t. p. Dalej idą zmiany skóry, towarzyszące chorobom oddzielnych narządów lub całych systemów: żółtaczką, błądność skóry, sinica — w chorobach wątroby i zбочnieniach w czynności serca, brązowe zabarwienie skóry w tak zw. chorobie Addi-

sona, pokrzywka przewlekła, trądzik — w rozszerzeniu żołądka, liczne i wielopostaciowe wykwity, towarzyszące różnym bądź to patologicznym stanom, bądź nawet czynnościom fizyologicznym organów płciowych kobiecych, wreszcie przeróżne cierpienia skórne, idące w parze z chorobami nerek; śledziony, ośrodków i oddzielnych pni nerwowych.

Oddzielną grupę—w końcu—muszą zająć wykwity, występujące po użyciu pewnych pokarmów i leków, oraz choroby skórne, nabyte drogą dziedziczności bezpośrednio, lub pośrednio pod postacią skłonności do nich. We wszystkich pomienionych przypadkach istotę związku tem trudniej bywa wyjaśnić, że współczesność istnienia pewnej choroby skórnej i pewnej wewnętrznej daje się spostrzegać nie zawsze nawet u jednego i tego samego osobnika, że jedna i ta sama zmiana w narządzie wewnętrznym u jednego odbija się na skórze pod postacią jednej, u drugiego pod postacią innej zmiany, że wreszcie przy współczesnem istnieniu cierpienia skóry i narządu wewnętrznego nie zawsze będzie słusznym wniosek o ich wzajemnej zależności, gdyż ta może zgoła nie istnieć; nawet przyczyna i źródło obu tych cierpień może być różna, a jednoczesne wystąpienie — tylko przypadkiem. W każdym razie, zależność ta, jak powiedzieliśmy, często jest widoczną, a nawet dowiedzioną i do przejrzenia ilustrujących ją przypadków klinicznych przejdziemy właśnie teraz.

(D. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

197. L. LEWIN. **O udzielaniu pierwszej pomocy przy otruciach.**  
(*Berlin. Klin. Woch. Nr 24. 1895.*)

Przychodząc z pomocą w przypadkach ostrego otrucia trzeba mieć na uwadze następujące względy:

1) Usunąć z ustroju truciznę o ile można prędko i do-  
szcześnie.

2) Zmienić chemicznie truciznę, o ile się to okaże mo-  
żliwym, ażeby chwilowo lub też na zawsze straciła swe szko-  
dliwe własności.

3) Doprowadzić za pomocą odpowiednich środków do  
porządku funkcyje odezielnych narządów lub też całego ustro-  
ju, które przez działanie trucizny zaburzeniom podległy.

Wymienionym wskazaniom staramy się zadośćuczynić  
za pomocą mechanicznych, czysto chemicznych lub też farma-  
ko-dynamicznych środków.

Ważną jest bardzo rzeczą szybko się zorientować, któ-  
ry z wymienionych zabiegów w danym przypadku otrucia  
i w danym jego okresie zastosować.

Potrzeba indywidualizacyi nigdzie tak się nie ujawnia,  
jak w przypadkach otrucia, gdzie często strata kilku minut  
czasu, stanowi o dobrem lub też złem zejściu danego przy-  
padku.

#### A. Wydalenie trucizny z ustroju.

Najczęściej wprowadza się truciznę do żołądka, skąd do  
limfy resp. do krwi przechodzi. Wobec tego kwestya opróż-  
nienia żołądka z zawartości będzie w tych przypadkach  
na porządku dziennym. Nie ulega wątpliwości, że po-  
żytek z tego rękoczynu osiągnięty zależeć będzie od szybko-  
ści oraz od rodzaju przyjętej trucizny. Nawet w tych przy-  
padkach, gdy objawy otrucia wyraźnie występują, nie trzeba  
się ociagać z opróżnieniem żołądka, dlatego, żeby choć ślady  
trucizny z ustroju wyprowadzić. Dwie drogi do celu tego  
zmierzają: zastosowanie środka wymiotnego i przemycie żo-  
łądka. W większości przypadków otrucia trucizna bądź bezpo-  
średnio, bądź też drogą odruchową wywołuje wymioty. Nie  
dowodzi to jednakże, żeby żołądek został całkowicie od tru-  
cizny uwolniony, niektóre bowiem jady przylegają mocno  
do ścianek żołądka i jedynie przez przemycie żołądka usunie-  
te być mogą.

W niektórych przypadkach otrucia nie ogranicza się le-  
karz do prostego przemycia żołądka, jeżeli zapozna się bliżej  
z istotą jadu, wtedy dodaje do wody odpowiednie przeciw-  
trutki. Przy otruciu kwasem karbolowym płukać będzie żo-  
łądek roztworem soli glauberskiej, przy otruciu fosforem—roz-  
tworem siarczanu miedzi i t. d.

Lecz nie koniec na tem. Można, stosując pod postacią  
płukania żołądka rozcieńczony roztwór kokainy (0,05 — 0,1  
na 1000,0), wstrzymać uporczywe i wyczerpujące wymioty, sto-  
sując wodę lodową — zapobiedz zapaleniu żołądka, stosując

roztwór półtorachlorku żelaza, zapobiega się krwawieniu żołądkowemu i t. d.

Jeżeli jednak z jakiegobądź powodu zabieg okazuje się niewykonalnym, wymioty zaś samodzielnie nie występują, wtedy trzeba sztucznie je wywołać.

Nie można jednakże nigdy w tym celu używać olejów lub tłuszczów ani też wody ciepłej.

Tylko trzy środki zaleca autor:

Dobry proszek gorczycy z wodą rozrobiony (8—10 gr. na szklanke wody).

Siarczan miedzi (1 gr.)

Chlorek apomorfiny podskórnie (0,02).

Bardzo łatwo przedostaje się trucizna do kiszek przy prędkim rozwarciu się odźwiernika. Cały szereg substancyj nierozpuszczalnych w żołądku, które dopiero w kiszkiach się rozpuszczają, oraz ciała rozpuszczalne, które nie uległy wchłanianiu w żołądku, powinny szybko być wydalone z ustroju przez energiczne pobudzenie perystaltyki kiszek. W tym celu radzi autor stosować sole przeczyszczające, przedewszystkiem sól Segnietta.

Środki te okazują się najniezbędniejszymi w przypadkach otrucia składowymi częściami roślin (nasiona, kwiat), które głównie dopiero spokojnie leżąc w kiszkiach wylugowują się.

Jest rzeczą naturalną, że wspomniane zabiegi tracą swoją wartość wobec tego, gdy trucizna do krwi się już dostała. Jedyne przez pobudzenie czynności gruczołów, można wtedy skutek jakiś osiągnąć. Nie można jednak tego do pierwszej pomocy przy otruciach zaliczać.

Następnie w tym samym dziale mówi autor o usunięciu trucizny, która się na skórę dostała. Zdarza się to dość często w pracowniach chemicznych lub farmakologicznych, gdzie stałe, płynne, lub też rozpuszczone trucizny stykają się z powierzchnią skóry.

O wchłanianiu ze skóry do krwi mamy jednakowe prawa dla wszystkich trucizn. Mianowicie wchłanianiu ulegają środki: 1) żrące, 2) lotne 3) rozpuszczone w lotnych substancjach (wyskok, eter, chloroform i t. d.), 4) bardzo starannie z tłuszczem roztarte i przez energiczne tarcie w skórę wtłoczone.

Trzecią grupę trucizn uważa Lewin za najniebezpieczniejszą. Na przykład nitrobenzol zatrąwa krew wolniej, będąc wstrzykniętym w tkankę podskórną, aniżeli gdy go rozpuścimy w wyskoku i przeniesiemy na skórę.

Gdy skóra ulegnie zetknięciu z tego rodzaju jadami, wtedy trzeba prędko obmyć ją zimną wodą z mydłem. Ciepłej wody unikać trzeba, - ponieważ sprzyja wchłania-

niu, to samo rzecz można o wyżej wspomnianych lotnych ciałach. Podobnież i mocnego tarcia unikać należy.

### B. Chemiczne obezwładnienie trucizny.

Zabieg ten należy do ważnych i nagłych i powinien być bezzwłocznie przedsięwzięty, gdy chemiczna istota trucizny na to zezwala.

Przy otruciu kwasami stosują się alkalia, przeciw alkaliom—kwasy, przy otruciu fosforem rozcieńczony siarczan miedzi w znacznej ilości, przy otruciu kwasem szczawiowym — woda wapienna i t. d.

Nie zawsze jednak można wielkie nadzieje w tej miejscowej terapii pokładać: na przykład spalone stężonym kwasem siarczanym ścianki żołądka w żaden sposób do życia doprowadzone już być nie mogą.

Autor utrzymuje, że dotąd nigdy nie przekonano się o tem, żeby trucizna, znajdującą się w obiegu krwi została przez odpowiednią przeciwtrutkę chemicznie zupełnie związaną.

### C. Antagonistyczne zabiegi w otruciach.

Rzadko kiedy zdarza się, żeby lekarz tak szybko był przywołany do otrutego, gdy objawy otrucia jeszcze nie wystąpiły. Te ostatnie mogą być mniej lub więcej groźne, od nich też zależy pomoc, której lekarz udziela.

Za objawy groźne uważa się:

1) Znaczne osłabienie czynności serca.

2) Wstrzymanie oddechu.

3) Poczynający się paraliż mózgowy.

4) Silne drgawki.

5) Znaczne zmiany w czerwonych ciałkach krwi, resp. barwnika krwi.

1. W przypadkach osłabienia czynności serca radzi autor stosować środki podniecające per rectum, nie zaś podskórnice, ponieważ w przypadkach tych wchłanianie na powierzchni jest bardzo upośledzone. Jako odpowiednie analeptica podaje autor amoniak (30 kropel na 2 szklanki wody), wyskok (łyżeczkę od kawy koniaku na szklankę wody i nieco roztworu gumy arabskiej), olej kamforowy ( $\frac{1}{2}$  — 1 łyżeczkę w rozcieńczeniu z jakimś obojętnym olejem), wreszcie kawę czarną.

Gdy mamy pewność, że tkanka podskórna może jeszcze wchłaniać, wtedy najodpowiedniejsze będą iniekcje z tra Moschii (do 3—4 gr.).

Gojące okłady bardzo są też wskazane.

2. Większość trucizn sprowadza zaburzenia w oddechu. Czy będziemy mieli do czynienia z silną dusznością, czy

to z sinicą, czy też z zupełnym brakiem oddechu, powinniśmy, nie zwlekając, przystąpić do sztucznego oddechu lub też drogą odruchową pierwszą inspiracyę wywołać; w tym celu stosujemy otrutemu strumień wody lodowej na kark z pewnej wysokości. Co się tyczy sztucznego oddechu, to metoda, podług której postępować będziemy, ważnej roli nie odgrywa, wybór tego lub owego sposobu zależy od okoliczności.

Autor ostrzega przed podawaniem w tych przypadkach otrutemu amoniaku do wachania, przy utracie przytomności bez względu na przyczynę. Pod wpływem bowiem amoniaku rima glottidis na pewien czas się zamyka i jeszcze bardziej oddech tamuje.

3. Bezwład mózgowy występuje bądź jako skutek zaburzeń czynności serca i płuc, bądź też pierwotnie pod wpływem jądów mózgowych. Długotrwałe pobudzanie nerwów skórnych czy to na drodze mechanicznej czy też chemicznej okazuje się najskuteczniejszym. Analeptika podane pod Nr 1 również mogą tu obszerne znaleźć zastosowanie.

4. Przeciwko drgawkom tetanicznym stosuje Lewin wlewanie środków znieczulających (eter, chloroform). Na przykład przy otruciu strychniną radzi on narkozę chloroformową przedłużać dotąd, dopóki jad tą lub też inną drogą z ustroju wydany nie zostanie.

Wystrzegać się trzeba użycia chloralu, wobec jego ujemnego działania na serce. Autor radzi natomiast lawatywę z 3,0 paraldehydu z żółtkiem jajka.

5. Czerwone ciała krwi oraz barwnik ulegają zmianom pod wpływem całego szeregu jądów, t. zw. jądów krwi (siarkowódór, CO, hydroksylamina, sulfonal, anilina, nitrobenzol i t. d.)

W przypadkach otrucia temi jadami autor gorąco zaleca upust krwi oraz wlewanie do żył 0,6% roztworu soli kuchennej.

Na zakończenie zwraca Lewin jeszcze raz uwagę na doniosłość dewizy „usunąć jad z ustroju,“ o której każdy lekarz, ratujący otrutego, pamiętać powinien; jest to najskuteczniejsza broń, którą w takich razach walczyć trzeba.

*H. Kucharzewski.*

198. L. LEWIN (Berlin). **Prawa wchłaniania się leków i dawki maksymalne podług farmakopei.** (*Deut. Med. Woch. Nr 21, 1895.*)

Autor zwraca uwagę na niektóre niedokładności oraz sprzeczności, które się w farmakopeach znajdują, oraz stawia pewne desiderata, które na przyszłość uwzględniane być winny.

## 1. Wybór środków leczniczych, dawką maksymalną oznaczonych.

Autor żąda, żeby:

a) Każdy preparat apteczny, w skład którego wchodzi środek, mający dawkę maksymalną, również maksymalnie był stosowany.

Dawka opium została ograniczoną, pulvis Doveri nie.

b) Każdy preparat powinien być maksymalnie dozowany, jeśli bądź przez rozkład, bądź połączenie, bądź też w inny sposób tworzy w ustroju ludzkim substancję maksymalnie dawkowaną. Na przykład jodek potasu z kalomelem tworzą jodek rtęci; ten ostatni preparat ma swoją dawkę maksymalną, dwa pierwsze środki nie mają.

Następnie wskazuje autor, że wiele środków leczniczych, które w znacznych dawkach mogą być bardzo szkodliwe, nie zostały pomieszczone na liście środków, oznaczonych dawką maksymalną: sole chininy, antipiryna, kali chloricum.

## 2. Wysokość dawek maksymalnych oraz przeciąg czasu, w którym powinny być użyte.

Oznaczanie dawek maksymalnych opierało się na danych empirycznych, wskutek czego uniknąć błędów było niepodobniestwem; świadczą o tem zmiany w dawkach maksymalnych, zachodzące od czasu do czasu.

Farmakopea oznacza dawki jednorazowe i dzienne. Ostatnie nie zawsze stoją w ścisłym, określonym związku z pierwszemi. Konieczną jest jednak rzeczą ujednostajnienie tego stosunku.

W ścisłym związku z powyższem pytaniem stoi kwestya dokładnego oznaczenia, co pod dawką dzienną rozumieć należy? Wobec braku dotąd odpowiednich wskazówek dawkę dzienną możnaby wyżyć tak dobrze w przeciągu kwadransa, jak i 24 godzin. Jest zatem rzeczą niezbędną dokładne oznaczenie minimum czasu, w którym dozwolone jest użycie środka przepisanego, a oznaczonego dawką maksymalną.

Następnie zwraca autor uwagę, że dawki wielu środków leczniczych powinny być przerobione. Sulfonal, amylenhydrat, paraldehyd, a szczególnie chloralhydrat mają za wysokie dawki. Antifebrina ma za wysoką dawkę dzienną, strychnina zaś—jednorazową.

## 3. Sformułowanie praw wchłaniania.

1) Każda zdrowa błona śluzowa wchłania proporcjonalnie do wielkości powierzchni, stykającej się z danym środkiem.

2) Każda jednostka błony śluzowej wchłania proporcjonalnie do swej ciepłoty.

3) Nieuszkodzona skóra nie przepuszcza do krwi roztworów leczniczych płynnych lub też w tłuszczach roztartych. Wyjątek stanowią:

a) środki żrące, które uszkodzają skórę.

b) środki rozpuszczone w lotnych exciencyach: wyskok, eter, chloroform i t. d.

c) niektóre środki bardzo starannie z tłuszczem roztarte. Preparaty te przez długie, energiczne wcieranie, wywołując zaczerwienienie skóry, zostają wciśnięte w skórę, skąd następnie przechodzą do naczyń krwionośnych.

4. Tkanka podskórna, błony surowicze, tkanka mięśniowa oraz tkanka narządów mięsnych zachowuje się podobnie jak błony śluzowe. Zdrowa rogówka nie wchłania, będąc jednakże przez dłuższy przeciąg czasu pokrytą roztworem niezrącego środka leczniczego, przepuszcza go do wnętrza oka, jednakże ze względów anatomicznych nie do ciała szklanego.

5. Gazy i para przechodzą przez płuca w dowolnej ilości do obiegu krwi.

6. Tkanki i błony chorobowo zmienione podlegają również prawom zawartym pod Nr 1 i 2.

7. Rany wchłaniają jak błony śluzowe, również i rany rogówki.

4. O praktycznem zastosowaniu praw wchłaniania do dawek maksymalnych.

Maksymalne dawki obliczone zostały na wchłanianie się w żołądku; obowiązują one również przy stosowaniu lekarstw pod postacią ławatyw lub czopków. Natomiast wszelkie inne sposoby stosowania lekarstw nawet i silnie działających, nie mają żadnych obowiązujących ograniczeń co do dawek.

Na poparcie słów powyższych przytacza autor liczne przykłady. Kto zaleci choremu per os lub też rectum więcej niż 0,02 sublimatu, lub 0,02 hydrargyrum bijodat, lub 0,1 kwasu karbolowego, lub też 0,05 kokainy, ten w razie uszkodzenia pacjentowi może wejść w kolizję z sądami państwowemi.

Natomiast można bezkarnie wprowadzić do macicy 0,5—2,0 sublimatu w roztworze 1 : 1000. Można bezkarnie wprowadzić do krtani za pomocą rozpylacza 0,05—0,1 hydrag. bijodat. w wodnym roztworze z jodkiem potasu. Bezkarne można wlać do jamy opłucny lub otrzewny jeden lub też więcej litrów 1% roztworu karbolowego, co się równa 10 i więcej gramom kwasu karbolowego.



Bezkarne można wpuścić do cewki lub jamy nosowej 0,1 kokainy, a nawet i znacznie więcej.

Przykłady te świadczą wymownie, że dotychczasowe obowiązujące prawa co do dawek maksymalnych stoją w sprzeczności z sobą i nie wytrzymują poważnej krytyki naukowej, wskutek czego powinny uleść gruntownej przeróbce.

H. Kucharzewski.

## II. Choroby dzieci.

199. Dr K. OPPENHEIM. **Waga ciała i oddzielnych narządów u osobników gruźliczych w wieku młodzieńczym.** (*Münchener Medic. Woch.* 1895 Nr 20).

Autor opiera swe wnioski na 305 wypadkach sekcyjnych. Ciało nagie ważono na wadze dziesiętnej i mierzono równocześnie jego długość. Potem ważono oddzielnie płuca, serce, wątrobę i nerki, a gdy otwierano czaszkę, również i mózg.

Z zestawienia oddzielnych wagań wyciąga autor następujące wnioski: 1) Waga ciała normalnego i gruźliczego osobnika biegną początkowo równolegle, podczas jednak, gdy u normalnego krzywa wagi między 10 a 18 rokiem podnosi się stromo w górę, przyczem przyrost wagi jest największym w 15 roku życia, krzywa wagi u osobnika gruźliczego podnosi się łagodnie, tak że waga ostatniego między 12 a 15 rokiem pozostaje w tyle po za normalną. Dopiero od 18 roku obiedwie wagi idą równolegle. Ciało osobnika normalnego w 25 roku życia waży 19 razy więcej niż noworodka; a zato gruźliczego—tylko 14. 2) Co się tyczy długości ciała, to jest ona jednakową u normalnego i gruźliczego osobnika między 1—14 i 18—25 rokiem życia; natomiast w okresie dojrzewania płciowego osobniki gruźlicze rosną znacznie wolniej od normalnych. 3) Co się tyczy pojedynczych organów, to naprzód mózg gruźliczego osobnika waży absolutnie mniej niż normalnego do 16 roku życia, później waga tego organu jest w obu wypadkach jednakową. Wątroba, nerki i śledziona bywają zwykle patologicznie zmienione u osobników gruźliczych i są cięższe. 4) Najważniejszą rzeczą jest waga serca. Wogóle autorowie zauważyli, że waga serca u suchotników jest mniejszą, niż u osobników normalnych. Benecke twierdzi, że masa

serca u suchotników w stosunku do masy płuc jest mniejsza, niż u osobników normalnych. Stosunek ten u osobników normalnych = 1:6,2 u gruźliczych 1:12. Serce jest więc za małym dla płuc. To samo znaleźli Louis, Lebert, Spatz i inni. Przypuszczają oni, że niedorozwój serca jest przyczyną złego odżywiania i, co za tem idzie, usposobienia do suchot. Brehmer dowodzi, „że budowę suchotniczą charakteryzuje niedorozwój serca i że choroba odżywiania, której miejscowym wyrazem są suchoty płucne, bierze swój początek w nieprawidłowości, zmniejszeniu lub osłabieniu krwiobiegu, i że zmniejszone ciśnienie powietrza jest dlatego racjonalnym środkiem leczniczym na suchoty płucne, gdyż usuwa ono owe nieprawidłowości krwiobiegu.“

W badaniach autora stosunki ważenia serca przedstawiają się w następujący sposób. Wogóle serce rośnie stale i równomiernie. Podczas jednak, gdy u osobników normalnych waga serca raz tylko zwiększa się nagle między 14 i 15 rokiem, u suchotników waga ta zwiększa się nagle dwa razy, między 14 a 15 i między 16 a 18 rokiem. Tak więc wzrost wagi serca idzie początkowo równolegle do wzrostu wagi ciała zarówno u osobnika normalnego jak i gruźliczego, aż do roku 12-go; od tego czasu u suchotników waga ciała wzrasta daleko szybciej niż waga serca. Wogóle serce tuberkulika pod względem wzrostu wagi zachowuje się tak jak normalne tylko do czasu dojrzewania płciowego. Podczas tego ostatniego krzywa wagi serca normalnego i tuberkulicznego osobnika oddalają się od siebie, aby się zbliżyć dopiero w 19-ym roku. Tak więc zjawisko małego serca występuje u suchotników dopiero podczas dojrzewania płciowego.

Zjawia się pytanie, czy ta mała waga serca u osobników gruźliczych jest zjawiskiem pierwotnem czy wtórnem, a więc czy w ostatnim razie serce bierze tylko udział w ogólnem wychudnięciu ustroju? Za pierwotnem pochodzeniem małej wagi serca przemawiają: 1) mały udział we wzroście wagi serca tylko podczas dojrzewania płciowego, podczas gdy chudnięcie ustroju postępuje równie szybko w dzieciństwie i w wieku od lat 20—25, podczas gdy serce wzrasta równomiernie do wagi ciała i równolegle do wagi serca u osobników normalnych. 2) Gdyby waga serca odpowiadała ogólnemu wychudnięciu u suchotników to krzywa tej wagi odpowiadałaby i szłaby równolegle do wagi normalnej. Jest jednak inaczej, do 13 roku życia serce suchotnika jest stosunkowo cięższem od serca osobnika normalnego. Tak na 1000 gr. wagi ciała w 2-im roku życia przypada u normalnego osobnika 5,3 gr. serca, u suchotnika 8,6 gr.; w 13-ym roku życia przypada na normalnego osobnika na 1000 gr. wagi ciała 5,5 gr. serca, u su-

choтника — 5 gr. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że niedorozwój serca u suchotników jest zjawiskiem pierwotnem.

2) Doświadczenia Biddera i Schutta nad zwierzętami i Ohlmülera spostrzeżenie nad dzieckiem dowodzą, że podczas wyniszczenia głodowego serce i mózg tracą bardzo mało na wadze, więc i u suchotników mały wzrost wagi serca nie jest następstwem ogólnego wychudnięcia, lecz zjawiskiem pierwotnem, usposabiającem do gruźlicy.

Leczenie więc gruźlicy powinno mieć na widoku wzmożenie całego ustroju, a przede wszystkim serca.

*Kamiński.*

200. Dr RUDOLF HOEKER. Śmiertelność z powodu dyfterytu w większych miastach niemieckich i w Wiedniu za czas od r. 1883 do 1893. (*Die Diphtheriesterblichkeit in den grösseren Städten Deutschlands und in Wien während der Jahre 1883 bis 1893. München. med. Wochenschr. Nr 18—1895*).

Autor zestawił cyfry z 14 większych miast niemieckich i Wiednia, dotyczące ludności danych miast, liczby śmiertelnych wypadków na dyfteryt, oraz ilość tychże śmiertelnych wypadków, przypadających na każde 10000 ludności. Cyfry te w odpowiednich dwóch tablicach są zestawione za lat 11 (od 1883 do 1894) po szczególe za każdy rok i dla każdego miasta (Berlin, Wiedeń, Hamburg, Wrocław, Monachium, Frankfurt nad Menem, Stuttgart, Uberfeld, Lipsk, Kolonia, Norymberga, Drezno, Magdeburg, Altona i Chemnic.)

Z pominięciem szczegółowych wykazów dla powyższych miast ogólne zestawienie za każdy rok przedstawia się w sposób następujący:

We wszystkich tych miastach ogółem:

	w r. 1883	w r. 1884	w r. 1885
ludność wynosiła	3456846	3321065	4396393
ilość śmierci ogółem	4451	4164	4749
ilość śmierci na 10000 ludności	12,79	11,82	10,8

Też rubryki w latach następujących przedstawiają się tak:

r. 1886	r. 1887	r. 1888	r. 1889	r. 1890
4506700	4479800	4776000	5072100	5353100
5062	4464	4101	4459	4459
11,23	9,96	8,58	8,78	8,55

r. 1891	r. 1892	r. 1893
6121600	4875100	6418600
4885	4289	6912
7,97	8,79	10,76

(bez Wiednia)

(Bardzo nieliczne rubryki z niektórych miast za niektóre lata są niewypełnione w tablicach).

*Bączkiewicz.*

201. N. I. GRUS. **Dyfteryt u ssawców.** (*O dyfteryi u grudnych dietej. Predwaritielnoje soobsczenie. Wracz Nr 20, 1895.*)

Istnieje rozpowszechnione przekonanie, że dyfteryt u ssawców zdarza się bardzo rzadko, a do 6 miesiąca wyjątkowo.

W domu podrzutek w Petersburgu od Lutego do 10 Maja b. r. autor spostrzegł 13 przypadków dyfterytu, potwierdzonych rozpoznaniem bakteryologicznem (bac. Löfflera) i szczepieniem na zwierzętach.

Choroba zjawiała się u	1 dziecka	18 dnia	po urodzeniu
" " "	u 2 dzieci	19 "	" "
" " "	u 3 "	w 3 tygodnie	" "
" " "	u 1 dziecka	w 5 "	" "
" " "	u 1 "	w 8 "	" "
" " "	u 2 "	w 3 miesiącu	" "
" " "	u 3 "	w 5 miesiącu	" "

11 dzieci leczono surowicą antydyfterytyczną: 7 zmarło—2 wyzdrowiało—2 jeszcze są w kuracji.

Autor obiecuje dać sprawozdanie szczegółowe.

*Bączkiewicz.*

### III. Choroby nerwowe.

202. L. EDINGER. **Nowa teoria przyczyn niektórych chorób nerwowych, w szczególności neuritis i tabes'u.** (*Eine neue Theorie ueber die Ursachen einiger Nervenkrankheiten insbesondere des Neuritis und des Tabes. Volkm. Samml. klin. Woch. Nr 106, September, 1894.*)

Jest to teoria t. zw. niedostatecznego powetowania (Ersatztheorie) zużytych pod wpływem czynnościowego bodźca

cząstek. Autor opiera się na poglądach Weigerta na prawa równowagi między drobinami komórek i komórkami tkanek, przy czem równowaga ta ciąglem ulega zmianom pod wpływem przemiany materji a z osłabienia jednych cząstek korzystają drugie sąsiednie, aby się na ich koszt rozrastać. Roux dodaje jeszcze t. zw. korelację części, na mocy której skutki zmian, zachodzących na ograniczonym miejscu rozprzestrzeniać się muszą na szersze okręgi. Jest to doświadczalnie dowiedzione (Waller, Forel, Nissl, Gudden) w zakresie neuronu, że uszkodzenia wyrostka włóknienkowego odbijają się na komórce, uszkodzenia komórki—na włóknie.

Bodziec czynnościowy pojmuje Weigert jako pewnego rodzaju uszkodzenie także; wzmocnienie jako jego skutek może mieć miejsce wtedy tylko, gdy po zużyciu cząstek nastąpi powetowanie tego zużycia przez cząstki nowe w nadmiarze (odżywianie dostateczne). Czynność nerwowa wyczerpuje komórki i jak to stwierdzili Daszkiewicz, Hodge, Nissl, komórki czynne inaczej wyglądają, niż spoczywające. Co się stanie, gdy normalnej czynności nie odpowie prawidłowe odżywianie, tem bardziej zaś nadmiernej czynności? Nastąpią zmiany podobne jak pod wpływem grubszych uszkodzeń. Przykłady porażen w skutku rozpadu nerwów przez wyczerpanie podali Seeligmüller, Charcot etc. Czynność prowadzi tu nie do wzmocnienia, lecz do rozpadu, z powodu że powetowanie straty niedostateczne. Prócz przypuszczalnego odbicia się zmian i na komórkach zwojowych, zajądą zmiany wtórne i w innych włóknach, n. p. czuciowych, jakoż zanik mięśni i bóle klinicznie stwierdzono (Remack: Bescheftigungs neurosen). Rozpad włókien może mieć miejsce i przy czynności umiarkowanej, gdy odżywianie podupadło. Quenu uleeris varicosis przypisuje takie wpływy. Stąd tak często neuritis multiplex w głębokich zaburzeniach odżywiania. We wszystkich trupach zmarłych po wyczerpujących chorobach oraz starców rozpad włókien obwodowych odnajduje się (Oppenheim, Siemmerling etc.), nawet w trupach dobrze odżywianych tu i owdzie (Sigue, Mayer). Przenosząc analogiczne przejścia na ośrodki nerwowe szczególnie w dziale t. zw. szarych zwyrodnień, autor szuka szarych zwyrodnień w warunkach, w których przewidzieć można, że dowóz materiału spożywczego dla powetowania strat jest niedostateczny i znajduje opisane przez Lichtheima i Minnichu sprawy rozpadowe w pojedynczych okolicach tylnych korzeni i pęczków rdzenia w anaemia pernicioza. W zaburzeniach krwiobiegu, gdy jednocześnie możliwa jest czynność chodzenia i t. p. — objawy wjadu. Wjad sporyszowy, w którym przypuszczać można zwążający naczynia wpływ sporyszu. Wreszcie doświadczenia Fürstnera ze sztucznem zaburzeniem krą-

żenia za pomocą obracania zwierząt na przyrządach obrotowych—zwyrodnienie pęczków tylnych i piramidalnych.

Rozpatrując stosunek syfilisu do tabesu autor ostatecznie wnioskuje, że prócz syfilisu musi być inna przyczyna, której dalsze teorie nie objaśniają, jak nie objaśniają również różnych postaci tabesu, oraz stosunku jego do neuritis i paralysis progressiva i autor czynnościowem wyczerpaniem objaśnia z kolei początek władu w kończynach dolnych; najczęstszy objaw jego bezład ruchowy, czuciowe zaburzenia, porażenia źrenicy na światło, porażenia mięśni ocznych, nerwów wzrokowych, zaburzenia pęcherzowe, zaniki niektórych mięśni, porażenia rozszerzaczy głóśni, słowem większość objawów (ból najtrudniej), oraz sądzi, że na podstawie tej teorii pojąć można dopiero dlaczego jedna przyczyna—syfilis raz wywołuje wład rdzenia, drugi raz nie, dlaczego niekiedy wład ten ogranicza się do jednego lub paru objawów, później zaś może stać się postępowym, że ophtalmoplegia progressiva Westphal'a kombinuje się najczęściej z władem lub zwyrodnieniem bocznych pęczków, co ułatwia z kolei poznanie stosunków władu do neuritis. Trzeba tylko uznać, że każda czynność nerwowa w okresie posyfilitycznym przechodzi łatwo w przepracowanie. Paralysis progress. jest także cierpieniem z wyczerpania. W zaniku elementów gra w nim ważną rolę prawo korelacji tkanek—punktem wyjścia elementy nerwowe. Postępowy charakter wypływa z konieczności większego napięcia pozostałych czynności psychicznych w miarę odpadania ich częściowego. Odpoczynek (zakład) sprowadza zwolnienia. Chodzenie, wysiłki cielesne takich chorych łatwo prowadzą do powikłań władem rdzenia. Autor sądzi przeto, że ta teoria wiele spraw i stosunków ciemnych objaśnia, choć najtrudniejszą do objaśnienia jest sprawa przewodnictwa czuciowego, które musi być odmienne fizyologicznie w wyrostkach komórek zwojowych, wchodzących w skład obwodowych nerwów, a inne w wyrostkach ich ośrodkowych. Głównie jednakże obchodzi go, że w tylnych pęczkach leżą przewodniki czucia mięśniowego, a co za tem idzie, czynność ich jest intensywna. Pod względem czynnościowym na równi stoją pęczki piramidalne. Nie dziw więc, że zwyrodnienia obu pęczków kombinują się. Autor nie łudzi się, że teoria ta w znacznej części opiera się na hipotezie. Hypotezą tą jest, że istnieją stany, w których powetowanie strat nie jest w stosunku prostym do zużycia normalnego i że właśnie wspomniane choroby są takimi stanami. W tym kierunku zwróciwszy uwagę, trzeba naturalnie zbierać dowody.

*Rzeczniowski.*

203. Prof. OBERSTEINER. **Istota i potogeneza chorób rdzenia natury tabetycznej.** *Ueber Wesen und Pathogenese der tabischen Rückenmarkserkrankung.* Wien. med. W. 1894).

W tymczasowym krótkim doniesieniu autor stara się wyłuszczyć swoje poglądy czysto na drodze mechanicznej. Prof. O dowodzi, że każdy tylny pęczek, przechodząc przez miękką oponę i przez warstwę korzonkową tylnych rogów bywa otoczony przez pierwszą. Oprócz tego wraz z każdym pęczkiem przechodzi i naczynie, wychodzące z opony miękiej. Na preparatach drobnowidzowych autor ten spostrzegał przy wiązaniu rdzenia tylko proces w oponie, polegający na zgrubieniu jej i na rozmnożeniu jąder. Zgrubiała opona zdaniem O. uciska znacznie tylny korzonek, następstwem tego zaś bywają zmiany sklerotyczne w naczyniach oponowych, a dalej i zmiany degeneracyjne włókien nerwowych w tylnych korzonkach, dążących w kierunku mleczka.

K. Rychliński.

#### IV. Bibliografia.

**Teodor Dunin. O stanach anemicznych.** (Odczytów klinicznych, wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej” Serya VII, zeszyt 2, str. 22. Warszawa, 1895 r.)

W ostatnich czasach w pismach, zwłaszcza zagranicznych, zwracano kilkakrotnie uwagę, że często treść dzieła nie zupełnie odpowiada jego tytułowi; to wrażenie otrzymujemy i po przeczytaniu odczytu kol. Dunina. Sądząc z wiele mówiącego tytułu czytelnik spodziewa się znaleźć w odczycie kolegi Dunina więcej, niż w rzeczywistości znajduje; wprawdzie już na samym wstępie czytelnik dowiadyuje się, że autor strony klinicznej stanów anemicznych poroszać nie będzie, gdyż zaznacza, że ma zamiar tylko przedstawić najnowsze zdobycze, jakie poczyniła nauka o krwi w zakresie rozmaitego rodzaju bezkrwistości, oraz wyciągnąć z tego wnioski i cechy, pozwalające na scharakteryzowanie pojedynczych rodzajów bezkrwistości. Zadanie to autor tylko w części wypełnia, gdyż wcale nie porusza terapii oraz całej grupy faktów, n. p. leukocytozy, eozynofilii, motywując to tem, że „rozbiór ich zaprowadziłby go zbyt daleko;” o tem jednakże czytelnik dowiadyuje się dopiero po przeczytaniu ostatniej strony odczytu, zostaje więc do pewnego stopnia w swych nadziejach zawiedziony. Jednakże wcale nie żałuje tego, że odczyt autora uważnie przeczytał, gdyż napisa-

ny jest nadzwyczaj przystępnie; rzeczy trudne do zrozumienia czyni autor łatwemi, rzeczy zawile—rozjaśnia, fakty pewne od niepewnych ściśle rozróżnia, a hipotezy i teorye bezstronnej krytyce poddaje.

Przy czytaniu każdej strony widać, że pisał to autor, z poruszonym przez siebie tematem dokładnie obeznany i własnym materiałem doświadczalnym rozporządzający. Wyniki doświadczeń własnych i dokonanych wspólnie z doktorem medycyny panną Salberg w odpowiednich miejscach autor przytacza.

Pracę autora, która nie jest oryginalną, a prędzej na miano streszczenia zbiorowego zasługuje, podzielić można na dwie części: w pierwszej części zaznajamia nas autor ze stroną chemiczną bezkrwistoci, przy czem trochę za wiele miejsca poświęca streszczeniu prac kol. Biernackiego, oraz bezstronnie rozbiera zarzuty, poczynione temu ostatniemu ze strony Wendelsta'ta i Bleibtreu'a; w drugiej części pracy zajmuje się autor stroną histologiczną, lecz, jakżeśmy to już wyżej zaznaczyli, uwzględnia tylko zmiany, zachodzące w czerwonych krążkach, nie poruszając wcale białych ciałek krwi.

Jednocześnie przytacza autor cechy, pozwalające na scharakteryzowanie pojedynczych rodzajów bezkrwistości, oraz stara się objaśnić mechanizm jej powstawania; omawiając powstawanie blednicy, wypowiada autor śmiało, a nieuzasadnione zdanie, że „pierwotnem ogniwem w rozwoju blednicy jest ukazanie się miesiączi” i twierdzi wraz z Hoffmanem, że „żadna teorya powstawania blednicy nie ma racyi bytu, jeżeli nie uwzględni stosunku tej choroby do okresu rozwoju płciowego u kobiet.” Twierdzeniu powyższemu przeczy codzienna obserwacya lekarska i dlatego też wątpimy, czy pod powyższą tezą ktokolwiek oprócz autora podpisać się zechce.

Język jest poprawny i drobne usterki językowe, jak n. p. „spotrzebowywuje” (str. 15, w. 14 od góry) i im podobne, zdania tego zmienić nie mogą.

*Józef Winiarski.*

---

## V. ODCINEK.

---

### W KWESTYI POMOCY NOCNEJ.

---

Kiedy na początku roku bieżącego kilkunastu kolegów rozpoczęło dyżury w aptekach w celu niesienia pomocy lekarskiej



w przypadkach nagłych, powitaliśmy tę instytucję przyjaźnie, życząc jej powodzenia.

Obecnie po pewnym przeciągu czasu jej działalności podajemy głosy, które, wskazując pewne słabe strony dzisiejszego urzędnictwa nowej instytucji, posłużą, być może, do odpowiedniego jej reformowania.

## I.

Otrzymujemy następujące pismo:

„Zorganizowanie nocnej pomocy lekarskiej w pewnych starych i łatwo odnaleźć się dających miejscach, jest w mieście tak dużym jak Warszawa rzeczą ze wszech miar godną uznania. Dzięki jej z jednej strony mieszkańcy przestali być narażeni na bezwocną bieżącą od jednego lekarza do drugiego, podczas gdy chory godzinami nieraz wyczekiwał na ratunek, z drugiej strony cały zastęp lekarzy młodszych, którzy po otrzymaniu dyplomu pozostali w Warszawie dla dalszych studyów szpitalnych ma możliwość zarobkowania i nawet wyrobienia sobie tą drogą praktyki. Wszystko, jak widzimy, byłoby w porządku, gdyby nie ważna bardzo okoliczność, która całe to przedsiębiorstwo może obrócić w niwecz. Mamy tu na myśli stosunek lekarzy do właścicieli aptek, którzy, trzymając swoje zakłady przez całą noc otwarte, ponoszą nie małe koszta na oświetlenie, obsługę i t. p. i, naturalnie, pragną je pokryć z procentem. Jak to osiągnąć? Droga jest dwojaka: albo ilość recept pokryje wydatki, albo też jakość ekspedycyjnych środków, mianowicie środków drogich. Ta druga droga wymaga współdziałania lekarza, który nie bacząc na stan materialny chorego, zapisuje lekarstwa bardzo nieraz kosztowne.

Mieliśmy już niejednokrotnie sposobność słyszeć utyskiwania chorych na taki „wyzysk,” a fakt, który poniżej przytoczymy, naocznie przez nas stwierdzony i uzupełniony wiarygodnym wyjaśnieniem, najlepiej o słuszności tych utyskiwań przekona.

Pani X., żona średnio uposażonego urzędnika, dostała w nocy bardzo silnych bólów w okolicy ucha. Zawiezony z pobliskiej apteki lekarz rzepisał:

Morphii sulfur	2.00 (!!)
Trae iodi	15.00
Veratrini	0.15
Axungiae porcis	8.00
M. f. Unguentum	(!?)

Służąca pobiegła do apteki, lekarz pozostał, aby lekarstwo zastosować. Gdy po 3 kwadransach nie wracała, lekarz sam poszedł, aby ekspedycję przyspieszyć, a nie zastawszy służącej

(udała się bowiem do innej apteki) powrócił, przynosząc ze sobą słoik z maścią (bez sygnatury), **dwie uncje** roztworu kokainy (nie wiadomo jakiej mocy, bo również bez sygnatury) i strzykawkę Prawatza do zapuszczenia kokainy do ucha (??). Tym czasem powróciła i służąca, przynosząc w słoiku szklanym płyn, wyglądający jak nalewka jodowa, w którym zawieszono było ciało stałe wielkości i kształtu dużej figi, robiące wrażenie jak gdyby dużego korka.

Pomijamy ten błąd recepturalny, a powracamy do kwestyi finansowej, która tak się przedstawia:

Lekarstwo przyniesione przez służącą . . . . . rs. 1 k. 46

Leki przyniesione przez lekarza:

Maść . . . . .	" 1 "	46
Roztwór kokainy . . . . .	" 1 "	75
Strzykawka . . . . .	" 2 "	—
	<hr/>	
Razem . . . . .	rs. 6 k.	67
Honorarium lekarza . . . . .	" 3 "	—
	<hr/>	
Czyli . . . . .	rs. 9 k.	67

Fakt nie potrzebuje komentarzy. Zapytujemy jedynie, czy przy takim postępowaniu publiczność nie będzie wolała szukać po dawnemu lekarza w domu i czy cała tak dobra w zasadzie organizacya nie dozna w niedługim czasie niepowodzenia, na jakie stara się zasłużyć?"

## II.

A oto drugi głos w tej kwestyi:

„Kwestya szybkiej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych oraz podczas nocy niejednokrotnie była już podnoszona, do ostatnich prawie chwil pozostawała jednak w sferze projektów lub zamiarów, aż dopiero przed kilku miesiącami z inicjatywy kilku młodych lekarzy częściowo urzeczywistnioną została. Powiadamy częściowo, gdyż pomoc istniejąca dotychczas, zapewnioną została tylko podczas nocy.

Warszawa, jako miasto posiadające z górą pół miliona ludności, jako miasto fabryczne i znane z niezwyklej ruchliwości, obfituje w wypadki nagłe, które szczególnie na polu pracy zawodowej dość często się zdarzają. Nim przechodźcą na ulicy lub robotnik w fabryce uległy nagłemu przypadkowi lub chorobie dostarczony zostanie do szpitala, wiele ucierpieć może na zdrowiu (krwotoki) nim pierwszą pomoc otrzyma.

Szpitala nasze dotychczas spełniały i spełniają to zadanie, ale tylko częściowo, obowiązkiem bowiem szpitali jest leczyć

chorego już dostarczonego, szpitale nie posiadają odpowiedniej organizacyi personelu lekarskiego i służbowego, ażeby mogły działać nazewnątrz. Szpitale obecnie znajdują się pośród miasta i położone są w różnych dzielnicach, zatem mniej lub więcej szybko chory może być dostarczony do szpitala i uzyskać pomoc. Wobec jednak dążności do usuwania szpitali na krańce lub poza granice miasta, chory dotknięty wypadkiem daleką drogę odbyć będzie nieraz zmuszony, nim opiekę uzyska.

Wszystkie większe miasta Europy posiadają specjalną organizację szybkiej pomocy lekarskiej (szczególniej Wiedeń), chory nie tylko otrzymuje doraźną i właściwą pomoc na miejscu wypadku, lecz w warunkach najodpowiedniejszych (nosze i specjalne wozy) odstawiony zostaje do domu lub szpitala, gdzie dalszą kurację odbywa.

Potrzeba stacyj ratunkowych dla Warszawy jest wyraźną i w niedalekiej przyszłości obmyślaną i w czyn wprowadzoną być winna.

Nawiasem tu tylko nadmienimy, że na początek najodpowiedniejsze locum dla takich stacyj byłoby przy oddziałach straży ogniowej przede wszystkim dlatego, że oddziały te położone są w różnych dzielnicach miasta, posiadają komunikację telefoniczną, z łatwością mogłyby w danym razie dostarczyć koni i odpowiednich wozów do przewiezienia chorych, nakoniec zapewniałyby tym sposobem pomoc lekarską podczas pożarów jak służbie ogniowej tak i publiczności.

Nie mamy zamiaru rozwodzić się tutaj nad organizacją podobnych stacyj ratunkowych, poruszyliśmy tę kwestyę tylko mimochodem, jako zasadniczą, natomiast chcielibyśmy słów parę nadmienić o istniejącej już pomocy lekarskiej w nocy. Pomoc ta istnieje już parę miesięcy, posiada już rozwiniętą działalność i przeszłość.

Nie wchodzimy w to, jakie pobudki kierowały organizatorami tej działalności, dość że potrzebie publicznej w części stało się zadość, z tego też względu jak również ze względu na podział pracy lekarskiej, przyklasnąć należy dobrej myśli. Nasuwa się pytanie, jak owa pomoc zorganizowana została i jak odpowiada swemu zadaniu?

Organizacya ile nam wiadomo, jest prosta. Zebrały się pewne kółka lekarzy, którzy zobowiązali się po kolei co noc w aptekach dyżurować, w niektórych punktach złożono pewien fundusz na zakupienie niezbędnych narzędzi i przyrządów, w innych zdaje się i o tem mało pomyślano. Jako stacye obrano apteki, które również podczas nocy zobowiązały się bez przerwy funkcjonować.

O ile mogliśmy zasięgnąć wiadomości, każda stacya z wyjątkiem dwóch, które wspólnemi siłami są prowadzone, rządzi się po swojemu, personel lekarski często się zmienia, a niektórzy

organizatorowie już nawet znikli z horyzontu Warszawy. Przedewszystkiem chcielibyśmy zwrócić uwagę na trudne zadanie lekarza przyjmującego udział w tego rodzaju instytucjach. Podczas nocy lekarz bywa najczęściej wzywany do wypadków nagłych (wypadki traumatyczne, otrucia) lub pogorszeń i zjawiających się komplikacyj, w przebiegu różnorodnych chorób, nadto wypadki ginekologiczne, akuszeryjne i zazwyczaj szybko i groźnie rozpoczynające się choroby ostre u dzieci uzupełniają zakres tego rodzaju działalności lekarskiej. Jednym słowem, lekarz dyżurujący w nocy działać jest zmuszony w zakresie chirurgii jak również medycyny wewnętrznej w szerokim tego słowa znaczeniu. Nadto pomoc w przypadkach nagłych wymaga pewnej bystrości lekarza, szybkiego oryentowania się w objawach, stanowczej decyzji w działaniu i natychmiastowego zadośćuczynienia istniejącemu wskazaniu lekarskiemu. Nie będę popierał powyższego zdania przykładami, gdyż uważam to za zbyteczne. Jako były lekarz miejscowy szpitala osobiste posiadam w tym względzie doświadczenie i powyższe zdanie nakreśliłem z istotnego przekonania. Nie wynika jednak stąd ażeby lekarz w tych razach miał być doskonałym chirurgiem, akuszerem i internistą, często bardzo musi i powinien wezwać kolegę do pomocy, ma jednak obowiązek w danej chwili ocenić najniebezpieczniejszy moment chorobowy i temu zapobiedz nim dalszą swą pomoc rozwinię i doczeka się konsultanta. Ażeby temu zadaniu odpowiedzieć, nie dość jest mieć dyplom, trzeba posiadać pewne wyrobienie kliniczne, które tylko zdobyć można w szpitalach lub na drodze spokojnego rozwoju praktyki lekarskiej.

Stawiany zazwyczaj na obalenie powyższego zdania przykład lekarza prowincjonalnego, który po skończeniu kursów lekarskich, rozpoczyna praktykę, bynajmniej niczego nie dowodzi. Praktyka prowincjonalna nie składa się wyłącznie z przypadków nagłych, zapewne, że i na wstępie swej działalności lekarz prowincjonalny spotkać się może z wypadkiem nagłym, w zwykłym zaś biegu rzeczy na drodze codziennej kanuistyki gromadzi on doświadczenie, z którego korzysta w przypadkach nagłych. Zresztą mała tylko ilość kolegów zmuszonych koniecznością zaraz po skończeniu rozpoczyna praktykę, ludzie poważnie traktujący swe zadanie z chwilą otrzymania dyplomu nie przestają się jeszcze uczyć, nim praktykę rozpoczną, znamy ludzi, którzy jako skończeni lekarze prowadzą nadal życie studenta i z wielkim trudem (pod względem materialnym) uzupełniają swe wiadomości, gromadzą doświadczenie nim się udadzą na prowincję lub rozpoczną praktykę w mieście.

Stanowisko lekarza w „pomocy nocnej” odpowiada w zupełności obowiązkowi lekarza miejscowego szpitali. Ta ostatnia posada zazwyczaj bywa obsadzana przez t. zw. asystentów szpi-

talnych, którzy w ciągu lat 2—3 dostatecznie już się, jak to mówią, „wyrobili”.

Tego rodzaju census uważalibyśmy za konieczny dla lekarzy, poświęcających się dla pomocy nocnej.

Zapewne, że tylko lekarz młody może obejmować tego rodzaju obowiązki, ludzie starsi z jako tako rozwiniętą już praktyką, pracujący stale w szpitalach lub pracowniach, znużeni całodzienną pracą nie mogliby i nie byłiby w stanie, z dostateczną energią spełniać to zadanie, jest tu więc pole otwarte dla lekarzy młodych. Lekarze, że się tak wyrażę za młodzi, sami dostatecznie czują, jakie spotykają trudności i jak nieraz narażeni są na błędy.

Nie jest moim celem błędy ilustrować, jeżeli zdecydowałem się zabrać głos w tej kwestyi, to nie z zamiarem krytyki tego co było, lecz z życzeniem lepszej przyszłości dla tego rodzaju instytucji. Nikt nie jest wolny od błędu—errare humanum est—a doświadczenie i naukę zdobywa się do końca życia.

Podniesioną została wyżej kwestya stosunku lekarzy do apteki. O ile mi wiadomo zobowiązania materialne ani moralne ze strony lekarzy (popieranie aptek) względem aptek nie mają miejsca. Właściciele aptek, dając poprostu gościnę lekarzom, widzą w tym pośrednią swą korzyść tego rodzaju, że okoliczna ludność wiedząc, iż dana apteka podczas nocy jest otwartą, do niej po środki dążyć będzie.

Tego rodzaju koncentracja celów lekarskich i aptekarskich ma swe dobre i złe strony. Do dobrych zaliczyłbym to, że apteki są to punkty w mieście dobrze znane, osoba więc poszukująca lekarza z łatwością go odszukać może, nadto lekarz ma możność natychmiast zaopatrzyć się w niezbędne w danym przypadku środki (w przypadkach otrucia), nakoniec apteki posiadają telefony, które w tych razach mogą wielkie oddawać usługi.

Jako złą stronę podobnego sojuszu aptekarza z lekarzem uważałbym to, że publiczność może podejrzewać lekarza o chęć popierania apteki „drogiemi receptami”. Jest to względem poważny, bo rzucający podejrzenie na całą sprawę.

Mało doświadczony kolega mimowoli nieraz zaleci środki, bądź drogie, bądź w nieodpowiedniej ilości, a może to być mu poczytane nie na karb braku doświadczenia, lecz złej woli.

Dlatego też uważaliśmy, że stacye pomocy lekarskiej powinny sobie obrać inną lokacyę np. lecznice, są to punkta mniej więcej znane, a wszelkie podejrzenia wówczas nie miałyby racyi bytu. Jedna tylko powstaje niedogodność—brak telefonów. Lecznice wówczas mogłyby się zaopatrzyć w środki najniezbędniejsze, tak, że w przypadkach doraźnej pomocy wymagających lekarz nie byłby bezbronny wobec chorego.

Kilka powyższych uwag podnieśliśmy, powodowani życzliwością dla podobnych instytucji. Nie mieliśmy tu na myśli ani osobistości, ani oddzielnych punktów pomocy nocnej.

Każda instytucja publiczna, a szczególnie lekarska winna się fundować na trwałych podstawach, inaczej, tylko może się dyskredytować w oczach publiczności.

*J. Bączkiewicz.*"

## VI. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

204. Na posiedzeniu Berl. Tow. lek., odbytem w dniu 6/III r. b. wygłosił Nitze odczyt o guzach pęcherza moczowego z uwzględnieniem szczególnem usuwania ich na drodze wewnątrzpęcherzowej. Nowotwory pęcherza nie są wcale tak rzadkie, jak dawniej przypuszczano. N. widział je 85 razy, a z tych 83 rozpoznął przy pomocy wziernika pęcherzowego. Cechą, właściwą wszelkim wogóle nowotworom pęcherza, czy to łagodnym, czy złośliwym, jest skłonność do kosmkowatego (zottig) rozrastania się ich, dawniej przypisywano to wyłącznie rakom. Według Nitze'go—nowotwory łagodne są częstsze, niż złośliwe; zdanie to jest wręcz przeciwne zdaniu innych pisarzy. Objawem górującym przy guzach dobrotliwych są krwawienia, nie połączone jednakże z bólami; dopiero po dłuższym czasie (kilka lat) krwawienia stają się obfitsze, guz obecnością swoją przeszkadzać może w czynności oddawania moczu, wreszcie przylączy się zapalenie kataralne pęcherza, a z niem bóle, trudne urywanie i t. p. Rozpoznanie pewne możliwe jest tylko przy pomocy wziernika (cystoskop). Leczenie zawsze winno być operacyjne. Dotychczas usuwano guzy pęcherza po większej części za pomocą sectio alta; N. również stosował ją w 36 przypadkach, zauważył jednakże, że bardzo często i to dość wczesnie następują nawroty w przypadkach nowotworów łagodnych. Zaczął tedy stosować inny sposób, mianowicie wewnątrzpęcherzowy, polegający na niszczeniu guza za pomocą operacyjnego wziernika pęcherzowego, obmyślanego przez samego autora. Przyrząd ten pozwala obejrzeć dokładnie guz, który następnie usuwamy za pomocą pętli zimnej lub gorącej, wreszcie przyżegamy ostrożnie podstawę guza galwanokauterem. Krwawienie podczas operacji bywa zwykle nieduże, bolesność mała, tak że zabieg ten skutecznia się bez uspienia chorego. Autor stosował powyższą operację u 10 chorych z pomyślnym wynikiem (jedna tylko chora zmarła w 5 miesięcy po operacji wskutek gruźlicy płuc). Dwa razy miał N. większe krwawienie, które ustąpiło samo. Naj-

większy z guzów operowanych w ten sposób był wielkości małego jabłka. (Deut. med. Woch. Nr 13, 1895.)

Ż.

205. Na posiedzeniu Tow. Berl. chirurgów (w Lipcu r. z.) dr Lindner przedstawił 60 letniego tragarza po operacji usunięcia raka, który prócz skroni prawej zajmował kąt zewnętrzny oka, całą powiekę dolną, część górnej i przenikał do oczodołu. Przypadek ten był o tyle niepomysłny, że na oku lewym chory miał zaćmę. Przy operacji wycięto część większą skroni, całą dolną i część powieki górnej oraz łącznicę galkową (conjunctiwa bulbi) z pozostawieniem małego wąskiego jej paska dokoła rogówki; kości wydlutowano na przestrzeni znacznej, nie obyło się przy tem bez otwarcia zatoki Highmora. Ogromny brak L. pokrył płatem, wziętym z okolicy przyusznej. Ostatecznie rana zagoiła się zupełnie, oko, którem chory porusza całkiem swobodnie, pełni swą czynność dostatecznie, stan wreszcie ogólny operowanego jest pomyślny. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr 11, 1895.)

Niedzielski.

206. Dr Anderson na zjeździe lekarzy amerykańskich miał odczyt 7/V r. b. o zapaleniu kiszki grubej u dzieci. Przyczyną tego cierpienia, występującego zazwyczaj w porze letniej, jest nieodpowiedni pokarm i powstałe skutkiem tego sprawy rozkładowe w kiszce. Autor jest stronnikiem przemywania kiszki, podawania ansyseptyków, szczególnie kalomelu. Na tem samem posiedzeniu dr Steward Patterson mówił o leczeniu biegunek u dzieci wogóle przy pomocy siarczanu magnu. Dawka wynosi 3,0 do 4,0 grm. przed jedzeniem. Inni jak Koplik zachwalają preparaty bizmutu, Riggs—azotan rtęci. Wreszcie Irwing M, znów, podał przypadek, w którym objawy t. z. colitis membranacea ustąpiły po usunięciu robaków. (Th. Wch. 26.)

J. Z.

207. Wölfler wygłosił w swej lekcji wstępnej w Pradze ważne uwagi, dotyczące warunków gojenia się ran. Za najważniejszy czynnik uważa W. bakteryobójcze własności krwi. Przeszkadzać gojeniu mogą następujące czynniki:

- 1) Zatrzymywanie się wydzielin w ranie.
- 2) Podrażnienia chemiczne i mechaniczne, wytwarzające miejsca mniejszej odporności.
- 3) Niektóre tkanki są wobec pewnych pasorzytów mniej, inne więcej odporne: sok mięśniowy działa silnie bakteryobójczo; tkanka kostna ulega łatwo wpływowi stafilocoków, stawy—gonokoków.
- 4) Oprócz jednolitości pasorzytów odgrywa rolę ich liczba. Krew jest w stanie zniszczyć tylko pewną ich ilość, reszta zaś może wywołać ogólne zakażenie.
- 5) Jednoczesne wniknięcie do rany ciał obcych może powodować zakaźne zatary.

6) Czyste same przez się rany mogą być zakażone wtórnie przez ustroje przenikające z innych okolic ciała (kiszki, zbiorniki ropy), stanowią one *locus minoris resistentiae*.

7) Czystość nerek odgrywa bardzo ważną rolę w zadaniu uwolnienia ustroju od zarazy; po usunięciu śledziony bakteryobójcza własność krwi ginie.

8) Narkoza zniża znacznie czynność i sprawność leukocytów.

9) Wysoka zawartość wody, jak również cukru we krwi zniża odporność ustroju. (Berl. kl. Woch. 24).

O. H.

208. Pod nazwą **rannych rozwolnień** (Morning diarrhoe) dr Delafield opisuje szereg objawów ze strony kiszek, dla których podstawy anatomicznej w braku sekcji nie udało mu się znaleźć. Obfitość płynu oraz śluzu domyślać się pozwala, iż mamy tu do czynienia z niezłym zżeraniem i przekrwieniem stałym. Przyczyny cierpienia są również nieznanne. Stolce składają się z dużej ilości płynu z niewielką ilością zbitego kuku, mają często zapach nieprzyjemny, barwę posiadają brunatną, wypróżnienia poprzedzają wzdęcia i kolki. Zazwyczaj bywa jedno takie wypróżnienie rano, rzadziej kilka. Stan ogólny cierpi bardzo mało. Przy badaniu niekiedy daje się stwierdzić punkt bolesny na przebiegu okrężnicy. W licznych przypadkach dłuższego trwania tego cierpienia występuje w następstwie nastrój hypochondryczny. Leczenie polega przedewszystkiem na zmianie miejsca pobytu, uregulowaniu diety (mleczno-białkowa). Środkom przeciwnym odmawia autor w tem cierpieniu dodatniego wpływu. (Ther. Wechschr. 26).

J, Z.

209. Dr S. E. Mc. Cully zaproponował **nowy sposób leczenia przerostu gruczołu przyprątłego**, mający zastąpić polecane w tym celu w ostatnich czasach wyluszczenie jąder. Sposobem tym są **wewnątrzmiąższowe zastrzykiwania do jąder** kokainy. Powtarzane dwa razy tygodniowo zastrzykiwania u dwóch chorych w szybkim czasie doprowadziły do ustąpienia wszystkich dolegliwości, towarzyszących przerostowi gruczołu krokowego. Gruczoł zmniejszył się stopniowo i ostatecznie nastąpiło zupełne wyleczenie z zachowaniem potentia coëundi, jednak obok zupełnego ustania produkcji speimatoidów. (W. M. 6, 24).

O. H.

210. Dr Huchard w **wymiotach** skutkiem podrażnienia błony śluzowej żołądka dzięki t. z. nadczułości tej błony zaleca **wstrzykiwania podskórne morfiny** w ilości 0,004—0,005 gm. na kwadrans przed jedzeniem. Nawet w raku żołądka środek ten ma dawać wyborne wyniki, jak również w suchotach płucnych, jak wiadomo, niekiedy dających wymioty nader uporczywe. Podawanie opium i morfiny do wewnątrz było bez skutku. W dyskusji nad tym przedmiotem na [posiedzeniu Tow. terap. w Paryżu (22/V) Paul przemawia za wewnętrznym stosowaniem opium



i morfiny, Bardet zaznacza, że w wymiotach, zależnych od fermentacji wi-  
dział doskonale wyniki od fluorku amonu. (La Sem. méd. 28.)

J. Z.

211. Dr E. Macfarlan zaleca **spray z eteru przeciwko coccygody-  
nii**. W jednym przypadku, gdzie choroba trwała od 8 miesięcy i wszelkie  
leki pozostały bez skutku, M. za pomocą tego sposobu otrzymał do-  
skonały wynik po tygodniowej kuracji. Wyleczenie było zupełne, nawro-  
tów choroby nie było. (American Therapist.)

H. K.

212. Dr Kessler wypróbował na samym sobie i na tej podstawie  
poleca **przeciw otyłości adonis aestivalis** w postaci nalewki 3 razy dzien-  
nie po 10 kropl. Waga ciała Kesslera w ciągu trzech dni zmniejszyła  
się o 6 kilogr. (! Red.), a w ciągu miesiąca o 9 kilo (pierwotnie 123 kilo)  
bez wszelkich nieprzyjemnych ubocznych objawów. (Wien. Med. Pr. 24.)

O. H.

213. W mieście Crefeld lekarz **zastrzyknął 4 letniemu dziecku**,  
cierpiącemu na porażenie podłyfterytyczne 1 c. sz. 0,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wodnego roztwo-  
ru strychnini sulf. (= **0,01 strychn.**); niezadługo potem dziecko zmarło.  
Według niemieckiej farmakopei maksymalna dawka strychniny wynosi  
0,01, *po die* 0,02; według austriackiej 0,007 na raz.

214. Chibret podaje, jakoby w 4 przypadkach **choroby Basedowa**  
otrzymał **pomyślnie** i szybkie **wyniki** od stosowania **Natrii salicylici**. Po  
zaprzestaniu podawania środka objawy wracały. H.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

### VII zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

16 lipca prezes Rydygier zagał posiedzenie. Na stałego przewo-  
dniczącego wybrano prof. Rydygiera ponownie, na zastępcę prof. Obaliń-  
skiego, na sekretarza Bossowskiego, na podskarbiego Trzebickiego. Na  
prezesów honorowych Jasińskiego i Ziembickiego.

Pierwszego dnia odczytano 11 prac.

Drugiego dnia rano zwiedzano kliniki, poczem odczytano prac 21.  
Wieczorem tego dnia odbyła się uczta na cześć prof. Rydygiera.

We wstępnem przemówieniu prof. Rydygier podniósł zasługi ś. p.  
Matlakowskiego.

Sprawozdanie specjalne dla Kroniki pisze obecny na zjeździe kol. Żurakowski.

### **Nowe ambulatoryum.**

— W „Warsz. gub. wied.” ogłoszono ustawę lecznicy dla chorych przychodzących we Włocławku, zatwierdzoną w b. m. przez ministerium spraw wewnętrznych. Lecznica ma być urządzona w środkowym punkcie miasta, kosztem miejscowego funduszu miejskiego. Porada lekarska, jak również środki apteczne udzielane będą chorym ubogim bezpłatnie, innym zaś osobom za opłatą, nie przewyższającą 30 kop. Na miejscu będą też dokonywane drobniejsze operacje chirurgiczne. Lecznicą zarówno pod względem lekarskim jak i gospodarczym zarządzać będzie lekarz miejski.

Jest to więc trzecia z lecznic prowincjonalnych w gub. warszawskiej (patrz z. VII Kroniki.)

### **Ustawa szpitalna.**

Jak donoszą „Petersburgskija Wiedomosti” ministerium spraw wewnętrznych zdecydowało odłożyć nową ustawę lekarską (szpitalną) na czas nieograniczony. Stało się to z przyczyny odezw, napływających od ziemstw całego państwa, zgodnie wykazujących ujemne strony nowej ustawy i b. możliwy niepożądany wpływ jej na rozwój całej sprawy lecznictwa. (Wracz, 24).

### **Sanatoria dla chorych suchotników.**

W sanatoriach niemieckich, utrzymywanych kosztem towarzystw dobroczynnych lub gmin, opłata od chorego wynosi 2 mk. dziennie. Całodzienne życie jest następujące: 7 1/2 rano szklanka kawy, szklanka mleka i chleb z masłem, 10 rano szklanka mleka i chleb z masłem, 12 w południe zupa, mięso, jarzyna, 1/2 butelki piwa lub 1 — 2 kieliszków wina, o godz. po poł. kawa i chleb z masłem, 7 godz. zupa, mięso zimne, salata, ser, masło, herbata lub 1/2 butelki piwa. W razie gorączki na noc szklanka mleka z wódką. Mleko pochodzi od krów specjalnie karmionych, zawiera znaczną ilość tłuszczów. Cały czas chorzy spędzają na powietrzu, ruch jest ograniczony. Leczenia lekowego niema prawie wcale. Wizyta lekarska odbywa się 3 razy dziennie. Wyniki takiego postępowania są znakomite, tak że spodziewać się należy, iż tego rodzaju zakłady wyrugują chorych suchotników ze szpitali, gdzie stanowią balast, bez żadnej dla siebie korzyści.

Kwestya ta i u nas na czasie w chwili budowy nowego szpitala. Dobrzeby było część funduszków, przeznaczonych na szpital, użyć na budowę sanatorium poza Warszawą. Miejsce z łatwością się znajdzie, gdyż szpitale nasze rozporządzają własnościami ziemskimi w dobrem położeniu klimatycznym, a nie wątpimy iż skoro budowla stanie, społeczeństwo w dobrze zrozumianym własnym interesie nie poskąpi ofiar na dalsze utrzymanie.

### **Skutki gorsetów.**

— Nie od dziś stojąca na porządku dziennym kwestya szkodliwości gorsetów zajęła znów prof. O Wyssa, który poświęcił jej odczyt w Towarzystwie szwajcarskiem ochrony zdrowia. Opiera się profesor na swej długoletniej praktyce i wyprowadza wnioski, które streścić się dają jak następuje: 1) skutkiem ucisku, wywieranego przez gorset, wszystkie narządy brzuszne ulegają dyzlokacji, żołądek ustawia się pionowo, niekiedy tworzą się na nim przewężenia, powierzchnia trawienna zmniejsza się, wątroba, trzustka nerki i śledziona obniżają się znacznie, macica również opada i przyjmuje nieprawidłowe położenia. Kiszki grube opadają (coloptosis) stąd częste zaparcia stolca, 2) skutkiem ucisku klatki piersiowej oddechanie przyjmuje typ żebrowy, podczas gdy zdaniem prof. W. jest zarówno u mężczyzny jak i u kobiet jeden tylko typ oddechowy, 3) skutkiem ucisku naczyń obwodowych występuje przekrwienie narządów brzusznych.

Jednem słowem mamy tu do czynienia z całym szeregiem objawów zwinięcia trzewiów.

Prof. W. zwraca się do lekarzy z prośbą o przeciwdziałanie szkodliwemu wpływowi gorsetu i żąda usunięcia tej nowoczesnej tortury.

### **Zdrowotność u żydów.**

— W mieście Manchester istnieje dzielnica, zamieszkała wyłącznie przez ludność żydowską, odznaczająca się niesłychanym brudem. Tymczasem coroczne raporty lekarza higienisty miasta wykazują, iż pomimo najgorszych higienicznych warunków śmiertelność w tym cyrkule jest mała równa się w odsetkach śmiertelności w najlepiej urządzonej i najzdrowszych miejscowościach Anglii. Zarówno wśród dzieci jak i dorosłych śmiertelność u żydów jest niska. Jako przyczynę tego zjawiska podają większą pieczę o dzieci, jaką spotykamy w rodzinach żydowskich i większą trzeźwość żydów.

Kilka lat temu dr Sznabl w Warszawie zrobił to samo spostrzeżenie i, o ile pamiętamy, podał podobne objaśnienie tego paradoksalnego na pierwszy rzut oka zjawiska.

### **W kwestyi masażystów.**

Dr Archambault otworzył w Paryżu szkołę dla nauki masażu. Z powodu sceptycznego zapatrywania się wielu lekarzy na potrzebę podobnej instytucji, poddano kwestyę tę na obradę syndykatu lekarzy departamentu Sekwany. Rada syndykatu jednogłośnie orzekła, że szkołę należy podtrzymywać tylko w razie gdy będzie przeznaczona dla użytku lekarzy, w przeciwnym zaś razie niema racyi bytu, jako instytucya, otwierająca pole dla nielegalnego leczenia.

Przypominamy z tej okazji postanowienie, jakie odnośnie wykonawstwa masażu w praktyce powzięto w kołach lekarskich w Wiedniu, oraz nasze odnośne zapatrywanie, pomieszczone w majowym zeszytcie naszego pisma r. b. (str. 315).

### Sposoby wypłacania honoraryów lekarskich.

We Francji istnieje zwyczaj, że honorarya lekarskie nie bywają wypłacane za każdą wizytą, ale dopiero nieco później, przyczem lekarz podaje rachunek za zrobione wizyty. Obecnie pośród lekarzy paryżskich ujawnia się dążenie do tego, aby honorarium zostawało wypłacane bezpośrednio po każdej wizycie. Jest to wygodniej zarówno dla lekarzy, jak i dla publiczności. Po pierwsze nie dochodzi wtedy do zebrania się większych summ, które niekiedy trudno, a często przykro wypłacać. Po wtóre, jeżeli lekarz wezwany oznacza wygórowaną cenę za swoje wizyty, chory może zaraz po pierwszej wizycie zwrócić się do innego, i nie narażać się w końcu kuracyi na niemile niespodzianki przy otrzymaniu rachunku *ex re honorarium* i t. p.

W Anglii istnieje zwyczaj, że za pierwszą wizytą lekarz otrzymuje podwójną zapłatę w stosunku do zwykłej ceny, po jakiej liczą następne odwiedziny. Jeżeli kuracya się kończy lub też chory pragnie zwrócić się o poradę do kogo innego nie płaci lekarzowi za ostatnią wizytę, dając mu tem do zrozumienia, aby zaprzestał przychodzić.

Ten zwyczaj poleca Noir rozpowszechnić we Francji.

### Pomnik dla dra Wojcikowskiego.

„Medycyna” (Nr 27) donosi, iż na pomnik dra Wojcikowskiego złożono dotąd 1254 fr. Dr Rolland zdecydował, aby pomnik miał kształt piramidy 3 metry wysokości, metr obwodu u dołu, a 0,4 m. u góry. Zwłoki złożono już na nowym cmentarzu, a z ustawieniem pomnika wstrzymano się do czasu wyrycia napisu, który ma obejmować wspomnienie zasług zmarłego i nazwiska głównych ofiarodawców. Dr Rolland prosi, aby na ten cel przysłać jeszcze po 25 ctm. od litery wyrazów, obejmujących imię, nazwisko, tytuły i miejsce pobytu ofiarodawców.

### Jubileusz.

Akademia nauk w Paryżu obchodzić będzie w d. 24 października r. b. jubileusz stuletni.

### Nominacye.

— Docent uniw. warsz. Muchin mianowany prof. nadzwyczajnym na katedrze patologii i terapii szczegółowej.

— Profesorem kliniki terapeutycznej mianowany dr Kudrawiecki.

**Z piśmiennictwa.** Podręcznik chorób skórnych i wenerycznych M. Josepha wydany przed 3 laty i cieszący się ogólnem uznaniem ukaże się niebawem w drugim **powiększonym** i poprawionem wydaniu.

— Moskiewska rada miejska otrzymała petycję o wydanie rozporządzeń, które bronilyby przechodniów od nieprzyjemności, na jakie narażeni są przez pojazdy na gumowych kołach. Rozpryskiwanie błota przy szybkiej jeździe i obryzgiwanie odbywa się na dalszą metę, niż przy zwyczajnych kołach, ale zdarza się nie rzadko, że i twardsze kawałki su-

czego błota i t. p. zostają przez elastyczne koła rozrzucone z taką siłą, że uderzając w części ciała odkryte, sprawiają ból dotkliwy. Sami widzieliśmy chorego, który tym sposobem otrzymał pocisk w oko, z silnem przekrwieniem te goż w następstwie.

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

Józef Zawadzki. Przypadek limfosarkomatu kiszek, mózgu i gruczolu chłonnego szyi, 457.

### Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych, 463.

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Medycyna wewnętrzna.** 197. L. Lewin. O udzielaniu pierwszej pomocy przy otruciach, 466.—198. L. Lewin. Prawa wchłaniania się leków i dawki maksymalne podług farmakopei, 470.

II. **Choroby dzieci.** 199. Dr K. Oppenheim. Waga ciała i oddzielnych narządów u osobników gruźliczych w wieku młodzieńczym, 473. — 200. Dr Rudolf Hoeker. Śmiertelność z powodu dyfterytu w większych miastach niemieckich i w Wiedniu za czas od r. 1883 do 1893, 475. — 201. N. I. Grus. Dyfteryt u ssawców, 476.

III. **Choroby nerwowe.** 202. M. Edinger. Nowa teoria przyczyn niektórych chorób nerwowych, w szczególności neuritis i tabes'u, 476. — 203. Prof. Obersteiner! Istota i potogeneza chorób rdzenia natury tabetycznej, 479.

Bibliografia. Teodor Dunin. O stanach anemicznych, 479.

### ODCINEK:

W kwestyi pomocy nocnej, 480.

204—214. Wiadomości pomniejsze, 486.—Kronika bieżąca, 489.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Іюля 1895 года.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych** w wykonaniu warunku w testamencie ś. p. dra Jana Bączewicza zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 20 Czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu dra Bączewicza, każdej po rs 90, a mianowicie: Bystrzyckiej Annie, Różyckiej Jozefie i Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz Grzybowskiiej Paulinie w Lublinie i Ambrożewiczowej Ludwice we Włodawie.

Z upoważnienia Komitetu  
Członek Zarządzający kasą Wsparcia  
*Dr J. Rogowicz.*

---

### *Dr. W. Wrześniowski*

b. ordynator Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.  
Osiały w Częstochowie. Przyjmuje z chorobami chirurgicznymi. Aleja II, dom p. Zapałkiewicz.

---

## SZCZAWNICA.

Przy Zakładzie hydropatycznym na Miedusiu zaprowadza się w bieżącym sezonie

## PENSYONAT

z komfortem urządzony (wodociągi, oświetlenie elektryczne itp.) na wzór szwajcarski, z opłatą od 3 zlr. 50 cent. na dobę od osoby za wszystko.

*Dr. Kołaczkowski,*

właściciel i kierownik Zakładu.

---

Dr. Feliks Arnstein, (z Kutna) w ciągu sezonu letniego  
ordynuje w Ciechocinku.

---

**BUSKO,** *Dr. Dymnicki, lekarz zdrojowy od 38 lat ordynuje w domu własnym.*