

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

PODAŁ

Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.



W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej 4 przypadki, które z różnych względów zasługują, zdaniem mojem, na podanie do szerszej wiadomości.

I.

Rak krtani. Zwężenie przełyku (strictura oesophagi carcinomatosa).

W. lat 51 maszynista kolei nadwiślańskiej, zasięgał mojej porady w dniu 10 lutego roku bieżącego, skarżąc się na ból przy łykaniu — zwłaszcza twardych pokarmów, chrypkę, kaszel, oraz ogólne osłabienie resp. wychudnięcie.

Chory opowiada, że objawy te powoli zaczęły występować od 3 miesięcy — że przedtem był bardzo zdrow, nigdy żadnych chorób nie przechodził, nadużywał tylko napojów wyskokowych. Z anamnezy zasługuje jeszcze na uwagę diateza (ojciec zmarł na gruźlicę płuc).

Chorego w początkowych okresach choroby widzieli dwaj wybitni specjaliści — laryngolodzy, nie będąc, o ile się zdaje, zgodnymi co do właściwego rozpoznania, które, prawdopodobnie, już wtedy przedewszystkiem wahało się między gruźlicą, a rakiem krtani. Próbowano przytem bezskutecznie jodku potasu do wewnątrz.

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: budowa prawidłowa, odżywianie nędzne; na pierwszy rzut oka uderza niezwykle

zabarwienie skóry twarzy — zabarwienie, przypominające do pewnego stopnia to, jakie widzimy przy chorobie Addisona (zajęcie nadnerczy—glandulae suprarenales). Zdaje się jednak, że owo kremowo-bronzone zabarwienie jest w związku z zajęciem chorego, które go zmusza do ciągłego przebywania na powietrzu wśród warunków jak najniepomyślniejszych (gorąco od maszyny — mróz, śnieg, wichry w zimie, skwar w lecie). Wreszcie może i nadmierne używanie napojów wysokowych grało tu pewną rolę.

Przy badaniu krtani lusterkiem znalazłem zajęcie lewej połowy krtani, która jest prawie zupełnie nieruchomą, co zależy od rozległego — nierównego nacieczenia w okolicy chrząstki nalewkowej — nacieczenia, rozszerzającego się zarówno wgląd na staw obrączkonalewkowy, jako też po powierzchni, zajmując $\frac{2}{3}$ więzu nagłośnio-nalewkowego, oraz przelykową powierzchnię tylnej ściany krtani po stronie lewej.

Inne części krtani zmian żadnych nie przedstawiają— toż samo się tyczy innych części górnego odcinka dróg oddechowych (nos, etc.). Narządy wewnętrzne zdrowe, tylko u prawego szczytu płucnego (od tyłu) zdawało mi się, że wydech jest nieco wydłużony. Chory bardzo mało kaszle, prawie wcale nie pluje. Skąpa plwocina pod drobnowidzem nie zawiera żadnych cech, któreby przypuszczać kazały jakieś poważniejsze cierpienie miąższu płucnego, a więc ani laseczników gruźliczych, ani włókien elastycznych, ani nawet złuszczeń nabłonka z pęcherzyków płucnych. Choremu początkowo zaleciłem do wewnątrz arsenik, miejscowo zaś stosowałem pędzlowania fenolem sulforycynowym (20⁰/o), oraz zasypywania dermatolem.

Przy takim leczeniu, po paru już tygodniach stan chorego zarówno subiektywny, jako też i obiektywny zaczął się poprawiać: dysphagia, chrypka o wiele mniejsza, nacieczenie w krtani stało się powierzchowniejszem, oraz więcej ograniczonym głównie do okolicy chrząstki nalewkowej lewej — przytem ruchy lewej połowy krtani resp. lewej struny głosowej wyraźnie swobodniejsze. Stan ogólny jednak pomimo to się nie poprawiał — powiedziałbym nawet stale się pogarszał — zaczęły się dołączać jakieś objawy żołądkowe: nudności, odbijania, wymioty; brak zupełny apetytu, wychudnięcie, coraz bardziej uderzające dla otoczenia. Wobec tego jeden z lekarzy wewnętrznych, do którego się chory udał po poradę, zalecił mu kurację wodami karlsbadzkimi, co jednak bynajmniej stanu nie poprawiło.

W końcu występować zaczął nowy objaw, który odtąd stał się dominującym u naszego chorego, mianowicie *zatrzymywanie się stałych pokarmów* w okolicy wyrostka mieczykowatego przyczem bywały

i zwracania pokarmów. Bólu przytem chory zupełnie w tej okolicy nie doznawał.

Stan ten trwa dotąd, potęgując się do tego stopnia, że ostatecznie chory z wyjątkiem mleka, buljonu, w ogóle płynów, nie jest w stanie więcej połykać. Nic dziwnego, wobec tego, że odżywianie chorego, już i tak marne, zaczęło w zatrważający sposób podupadać.

Badanie ponowne chorego, wykryło zwężenie przełyku, prawdopodobnie w okolicy wpustu (cardia). Mówię, prawdopodobnie, gdyż jakkolwiek próba Hamburger'a z połykaniem wody, oraz jednocześnie wysłuchiwaniami w różnych punktach, rzeczywiście wykazuje to zwężenie w okolicy 8-go kręgu grzbietowego, a więc na wysokości cardiae, to jednak sondowanie dawało sprzeczne wyniki: i tak giętkie, angielskie zgłębniki, nawet bardzo cienkie, napotykają opór w dolnej części przełyku, natomiast gałkowe (największy kaliber) dopiero na odległości około 43 ctm. od siekaczy spotykają przeszkodę, o którą się zatrzymują. Jak wiadomo, jeżeli zgłębnik na odległość 40 ctm. od siekaczy (dentes rucisios) przechodzi swobodnie, dowodzi to, że koniec jego już się znajduje w żołądku. Tymi sprzecznymi wynikami tłómaczą się też sprzeczne zdania 2 wybitnych lekarzy specjalistów (żołądkowych) co do umiejscowienia zwężenia: gdy bowiem jeden z nich utrzymywał na pewno, że znajduje się ono w okolicy cardiae, przedstawiając formę lejkowatą, inny był skłonny przyjąć sprawę chorobową (rak) w samym żołądku.

Dodać winienem, że zgłębnik, zwłaszcza przy wyjmowaniu spotyka też pewną przeszkodę w górnej $\frac{1}{3}$ części przełyku, t. j. w miejscu nacieczenia krtaniowego.

Obecnie pozostaje nam do rozstrzygnięcia: 1) z jakim cierpieniem mieliśmy do czynienia w krtani; 2) gdzie jest siedlisko wtórnego cierpienia: w przełyku, czy też w żołądku i jakiej natury jest owo zwężenie — wreszcie 3) jaki zachodzi związek między obiema temi sprawami?

Co się tyczy pierwszego pytania, to z góry zaznaczam, że rozstrzygnięcie jego nie jest tak łatwym, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawało. Obraz krtaniowy, jak to zresztą często bardzo bywa, i w tym razie nie był tak charakterystyczny, ażeby li-tylko na jego zasadzie można było rozstrzygnąć o istocie danej sprawy chorobowej. Zmiany, jakie się przy badaniu lusterkiem przedstawiały, t. j. nacieczenie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej, zarówno dobrze

mogły być natury gruźliczej, jak przymiotowej, oraz nowotworowej (carcinoma).

Za dość prawdopodobnym gruźliczym charakterem cierpienia krtaniowego przemawiało: diateza, oraz nieznaczne jakoby zajęcie prawego szczytu. Badanie jednak płwociny, jak to już wspomniałem, nie wykryło żadnych śladów tego cierpienia. Zresztą i dalszy przebieg przemawiałyby raczej przeciwko temu przypuszczeniu: kaszel ustąpił, chory nie pluje, ponowne zbadanie płuc (w obecności drugiego jeszcze lekarza internisty, dokonane) nie wykrywa wyraźniejszych różnic w obu szczytach.

Za syfilitycznym charakterem przemawiałyby tylko wielce podejrzane blizny, jakie wspólnie ze specjalistą syfilidologiem — znaleźliśmy u naszego chorego — mianowicie pod lewym obojczykiem, zwłaszcza zaś na lewej łopacie. Chory jednak stanowczo utrzymuje, że nigdy przymiotu nie przechodził, blizny zaś, o jakich mowa, powstały w dzieciństwie jakoby po oparzeniach. Pomimo to jednak, jakoteż pomimo już uprzednio bezskutecznie stosowanego jodku potasn, zaleciliśmy tytułem próby frykcyę (w ilości 24 półdrachmowe), po których jednak jakiegoś wybitniejszego działania, ani na stan krtaniowy (do tego czasu już w stanie poprawy będącego), ani na zaburzenia w przelyku resp. żołądka nie zauważyliśmy.

Wobec tego najprawdopodobniejszym po gruźliczem było przypuszczenie w danym przypadku nowotworu złośliwego — resp. raka w krtani, za czem przemawiało i zajęcie głębokie sprawą chorobową (nieruchomość lewej struny prawdziwej) i co ważniejsza, niewątpliwie rakowate zajęcie przelyku. Z drugiej jednak strony przebieg przemawia do pewnego stopnia przeciwko temu przypuszczeniu. Dziwnem co najmniej jest, że sprawa rakowata w krtani, mająca jak wiadomo ¹⁾ zawsze tendencję do dalszego rozwoju, nie tylko zatrzymała się, lecz nawet zaczęła ustępować, jak to mianowicie miało miejsce w naszym przypadku, choć z drugiej strony, niemniej dziwnem byłoby wyleczenie sprawy gruźliczej w krtani i płucach u osobnika wyniszczzonego sprawą rakowatą w przelyku.

Mógłby spotkać mnie łatwo zarzut, że nie zastosowałem w danym przypadku metody, któraby najprędzej doprowadziła do właściwego rozpoznania, mianowicie próbnego wyjęcia kawałka nowotworu, dla poddania go drobnowidzowemu badaniu. Otóż wyznaje, że w po-

¹⁾ *Sędziak*. Nowotwory złośliwe krtani — ich rozpoznawanie, oraz leczenie. Przegląd chirurgiczny 1896 i 1897.

czątku, gdym myślał o radykalnem leczeniu t. j. częściowej rezekcyi krtani, miałem zamiar dokonać takiego wycięcia, wobec jednak szybko idącej poprawy — zaniechałem tego zamiaru, gdyż rękoczyn ten stał się co najmniej zbytecznym, a nawet mógłby do pewnego stopnia być dla chorego szkodliwym, gdyż, jakkolwiek bardzo rzadko, bywał on powodem szybszego rozwoju sprawy rakowatej (przypadek Newmann'a).

Tym sposobem zasada „*primum non nocere*“ powstrzymała mnie od tej, bądź co bądź, cennej metody rozpoznawczej.

Odnosnie do drugiego punktu t. j. gdzie znajdowało się siedlisko sprawy chorobowej wtórnej t. j. w przelyku, mianowicie jego dolnym odcinku (*cardia*), czy też w żołądku, to zdaje się pierwsze przypuszczenie ma więcej prawdopodobieństwa, należy jednak przypuścić zwężenie lejkwate, obejmujące najniższy odcinek przelyku, może anormalnie długiego. Co się tyczy charakteru zwężenia — to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy tu do czynienia ze sprawą rakowatą.

Pozostaje nam rozpatrzeć 3-ci punkt, t. j. w jakim stosunku znajdują się względem siebie obie sprawy chorobowe. Innemi słowy, czy cierpienie krtani jest innem (gruźlica) — niezależnem zupełnie od cierpienia przelyku, czy też, co mi się wydaje prawdopodobniejszem, zarówno w krtani jak i w przelyku mamy do czynienia z jedną i tą samą sprawą chorobową — mianowicie rakiem, przyczem w krtani był on pierwotnym, w przelyku zaś wtórnym (przerzutowym).

Takie powikłanie raka krtani, o ile wiem, nie należy do zbyt częstych (przyp. Landgrafa), co i skłoniło mnie do ogłoszenia tego przypadku, ciekawego zresztą i ze względu na trudności dyagnostyczne. Na zakończenie słów parę, *quo ad* terapiam w tym przypadku. Chirurgowie, którzy mieli sposobność widzieć tego chorego radzą — jako *ultimum refugium* gastrostomiam. Ze względu jednak na niewątpliwą poprawę, jaką chory czuje po każdym sondowaniu, sędzę, że lepiej jeszcze wstrzymać się od tego rękoczynu i w dalszym ciągu stosować sondowanie. Mam również zamiar zastosować w tym przypadku metodę Renvers'a, polegającą na zostawianiu *a demeure* specjalnie *ad hoc* przez niego skonstruowanych kauczukowych tubusów²⁾.

Niestety, jak to często bywa, chory wkrótce usunął się z pod dalszej obserwacji i dopiero w jakiś miesiąc zjawił się ponownie, lecz

²⁾ Chorego, jako też instrumenta Renvers'a demonstrowałem w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu z dnia 17 maja r. b.

w stanie godnym pożałowania. W ciągu tego czasu stracił na wadze 11 funt. Osłabienie kolosalne (chorego przywieziono do mnie). Wygląd charłaczcy — wysoce charakterystyczny dla rakowatego cierpienia (cachexia carcinomatosa). Kaszle, pluje. Ponowne badanie płuc z wyjątkiem nieco rzeżeń wilgotnych w dolnych odcinkach klatki piersiowej) innych zmian — zwłaszcza szczytowych, nie wykazało. Plwocina znowu nie zawiera laseczników gruczliczych. Mocz białka nie zawiera. W krtani stan bez zmiany. Badanie zgłębnikami (miękkimi i gałkowymi) wykazuje tym razem zgodnie zwężenie w dolnej części przełyku (odległość od siekaczy około 38 ctm.). Polykanie nawet płynów bardzo utrudnione. Wobec tego rakowate cierpienie przełyku nie ulega wątpliwości, natomiast zajęcie krtani (gruźlica, czy rak) pozostaje nierozstrzygniętem, choć prawdopodobniejszem dla mnie zawsze pozostaje to ostatnie przypuszczenie.

II.

Mięsak (fibro-Sarcoma) nosa o niezwykłym przebiegu.

H. lat 14 uczeń gimnazjum, — zasięgał mojej porady w dniu 16-tym marca r. b., skarżąc się na obfite krwotoki nosowe (z lewej strony), jakoteż na niemożność oddychania lewą połową nosa, zasychanie w gardle, wreszcie upośledzenie słuchu po stronie lewej. Choroba trwa lat 5 — wszyscy lekarze, zarówno laryngolodzy, jakoteż chirurdzy, zarówno tu, jak i zagranicą, doradzali zewnętrzną operację t. j. otwarcie nosa z następczem usunięciem guza, a, prawdopodobnie, i rezekeyę górnej szczęki, gdyż sądząc z opowiadania matki chorego, przypuszczano i zajęcie zatoki Highmora, co było możliwem ze względu na objawy, jakie wówczas były u naszego chorego (ropienie lewostronne z nosa — bóle i opuchnięcie w okolicy lewego policzka).

Na tego rodzaju leczenie matka chorego absolutnie zgodzić się nie chciała, pozostawiając chorobę losowi. Tak upłynęło lat parę: stan ogólny chorego mocno w tym okresie podupadł, krwotoki nosowe stawały się coraz częstszymi, rozdęcie (zniekształcenie) lewej połowy nosa coraz znaczniejsze — zupełna niedrożność lewej połowy nosa — bóle nadoczodołowe, oraz w okolicy policzka lewego, natomiast ropienie nosowe zupełnie ustąpiło. Chory, oraz otoczenie zauważyli, że guz zaczyna wyrastać w kierunku przedniego otworu nosa, — tak, że końcem palca można go było z łatwością wyczuć w lewej nozdrzy.

W tym okresie miałem sposobność chorego widzieć: budowa wątpła, odżywianie nędzne, uderzająca błądźliwość skóry, oraz błon śluzowych. Lewa połowa nosa rozdęta, wskutek tego cały nos znie-

kształcony — niedrożność zupełna nosa po stronie lewej. Już gołem okiem widać w lewym nozdrzu guz wypełniający światło jamy nosowej.

Przy badaniu wziernikiem guz ten mniej więcej wielkości orzecha włoskiego — przedstawia się mocno unaczynionym, miękim — przy najłżejszem dotknięciu zgłębnikiem mocno krwawiącym, w niektórych miejscach ma wygląd jakby sadiłowaty.

Przyczepu guza ze względu na krwawienie nie dało się określić. Prawa jama nosowa z wyjątkiem rozlanego nieżytku, innych zmian nie przedstawia. Badanie nosa od tyłu nie daje się uskutecznić. Widać tylko masy śluzu. Badania palcem zaniechałem ze względu na alarmujący krwotok, jaki wywołało tego rodzaju badanie, dokonane przez jednego z chirurgów.

Po zatem w innych narządach (krtani, płuca, serca etc.) zmian wybitniejszych nie dało się zauważyć. W uchu lewym — znaczne wciągnięcie błony bębenkowej (nieżyt przewlekły trąbki Eustachiusza). Prześwietlanie lewej zatoki Highmora wykazało pewne, acz niezbyt znaczne w porównaniu z prawą, różnice (lekkie zaciemnienie zwłaszcza w okolicy dolnej powieki).

Już samo badanie kliniczne (anamneza, wygląd guza) nie pozwalało się ludzić, że mamy tu do czynienia nie ze zwykłym, łagodnym nowotworem nosa, lecz prawdopodobnie z mięsakiem (sarcoma).

Wobec faktu, że guz ten tak blisko się znajdował wejścia do nosa, zdawało mi się, że bez wielkich trudności uda mi się na niego nałożyć pętlę i w całości wyciągnąć. Obawiałem się tylko jednej rzeczy — mianowicie krwotoku, czego małe próbki miałem już przy badaniu (sondowaniu). Postanowiłem więc użyć pętli gorącej, — galwanokaustycznej — przytem operować w asystencji chirurga i to nie pod chloroformem, jak tego sobie życzyła matka — obawiając się zaduszenia spływającą do płuc krwią.

Tak też i uczyniłem. Przy pierwszym jednak już założeniu pętli przekonałem się, że rzecz nie jest tak łatwa, jak to przypuszczałem: guz musiał mieć szeroki przyczep, gdyż pętla parokrotnie się zsunęła, nie zdążywszy odciąć większego kawałka, jednocześnie wystąpił silny krwotok, który uniemożliwił dalszą operacją. Dopiero w dniu następnym udało mi się, zakładając pętlę od góry, nie jak poprzednio od wewnątrz, wyciąć dość znaczną część guza (mniej więcej wielkości orzecha laskowego), którą też niezwłocznie odesłałem do zbadania prof. Przewońskiemu. Rozpoznanie drobnowidzowe brzmiało: fibrosarcoma.

Po podgojeniu się rany, przyczem muszę tu dodać, że krwawienie podczas drugiej operacji również było silnem — osłabienie ogólne znaczne, efekt zaś prawie żaden, gdyż chory jak przedtem nie oddychał nosem, mniej więcej w tydzień przystąpiłem do następnej operacji. Korzystając z tego, że po poprzednich rękoczynach górny odcinek nosa stał się swobodniejszym — wprowadziłem tamtędy pętlę i uczuwszy silny opór przy zaciskaniu, postanowiłem tym razem nie puszczać strumienia, t. j. nie odcinać części guza, lecz takowy w całości za pomocą trakeyi na zimno wyciągnąć. Zamiar ten jednak okazał się bardzo niefortunnym w skutkach!

Podobnie jak poprzednio, nie udało mi się guza w całości wydobyć, tak silnym był jego przyczep, lecz tylko znowu część, wprawdzie dość znaczną, natomiast rękoczyn ten wywołał tak alurmujący krwotok, że z trudnością zdołałem go utamować.

Odtąd postanowiłem nigdy już nie używać w danym przypadku pętli zimnej — lecz guz częściowo na gorąco usuwać.

Po ostatnim rękoczynie — ze względu na większe osłabienie chorego — wstrzymałem się kilka tygodni od dalszego leczenia operacyjnego, zaleciwszy choremu miejscowo maść mentolowo-dermatologową, a do wewnątrz arsenik.

W tym trakcie chory zauważył raz jeden — a było to po silnym nieżycie nosa, połączonym z bólami lewej połowy twarzy, — że guz obsunął się tak nisko, że nieledwie palcami można go było uchwycić. Fakt ten stwierdzili otaczający go krewni, powiadamiając mnie zaraz o nim. Niestety, dziwny ten objaw trwał bardzo krótko (kilka minut) i więcej się już nie powtórzył.

Po kilku tygodniach, gdy już stan ogólny chorego się nieco poprawił, a rana po ostatniej operacji zupełnie zagoiła się, przystąpiłem do ponownego wycięcia guza. Nauczony poprzednimi próbami, że największą trudność stanowi nałożenie pętli wskutek usuwania się guza ku tyłowi, postanowiłem użyć haczyka, za pomocą którego wyciągnąłem nieco guz ku zewnątrz, poczem już łatwiej udało mi się nałożyć pętlę — wyjmując dość znaczny kawał — tym razem zupełnie bez krwawienia.

(D. c. n.)



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

275. A. v. Korányi. **Badania fizyologiczne i kliniczne nad ciśnieniem osmotycznym płynów zwierzęcych.** (Physiologische und Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck tierischer Flüssigkeiten. Zeitschr. f. Klin. Med. T. 33, str. 1—54 i T. 34, str. 1—52).

W obec znaczenia, jakie chemia fizykalna nabierać zaczyna i dla medycyny, nie od rzeczy będzie zaznaczyć interesujących się tą dziedziną z jedną z pierwszych prób na tem polu. Punkt wyjścia dla badań autora stanowi teoria roztworów (van t'Hoff, Arrhenius, Ostwald) i zjawiska osmozy. T. z. ciśnienie osmotyczne, wywołane przyciąganiem cząsteczkowym, zależy od rodzaju ciał, znajdujących się w roztworze, wreszcie od gęstości i temperatury (absolutnej) tegoż roztworu w stosunku prostym. I protoplazma posiada ciśnienie osmotyczne. Ono to wywołuje zjawiska „plazmolizy“. Roztwory o tyle nasycone, że tylko nie wywołują plazmolizy, znajdują się zarówno względem siebie jak i względem komórki w równowadze osmotycznej, czyli są „izotoniczne“. Są niemi mianowicie roztwory równocząsteczkowe (aequimolekular) t. j. zawierające w jednostce przestrzeni tę samą liczbę cząsteczek, jak np. t. zw. płyny normalne. Sprawiają one w jednakiej przestrzeni i temperaturze jednakie ciśnienie, równające się temu, jakie wywoływałyby, gdyby w tychże warunkach były gazami; roztwory te mają jednakowe *obniżenie punktu zamarzania*, proporcjonalne do ich gęstości.

Wskutek tego może ono służyć za *miernik liczby znajdujących się w roztworze cząsteczek*; wielkość tę można wyrazić przez odpowiednią ilość soli (w gramach), jako równoznacznik cząsteczkowy (Kochsalzäquivalent) danego roztworu. W mieszaninach obniżenie punktu zamarzania równa się sumie obniżeń każdego roztworu z osobna. (Uwaga. Elektrolity mają znacznie niższy punkt zamarznięcia wskutek dysocjacji na swe jony, które musimy tu uważać za równoznaczne całym cząsteczkom). Punkt zamarzania 1% roztworu NaCl jest — 0,613°; X% NaCl mieć będzie punkt zamarzania pewnego

roztworu np. $S^0 x : 1 = S : 0,613$; $x = \frac{S}{0,613}$. A więc dany roztwór

i $\frac{S}{0,613}$ % NaCl są równocząsteczkowe = izotoniczne. Przy objętości

a cm.³, równoznacznik cząsteczkowy badanego płynu (moczu) o punkcie zamarzania S, wyrazi się (w gramach soli kuchennej), jako

$\frac{S \cdot a}{61,3}$ g. NaCl = a.

Obniżenie punktu zamarzania moczu zdrowego osobnika jest wielkością dość stałą, u różnych ludzi różnice wynoszą od 1,3 do 2,2 niżej 0°. Równoznacznik NaCl dobowej ilości moczu waha się w znacznych granicach, przeważnie między 35,0, a 45,0 NaCl (lub 30 a 50).

Punkt zamarzania krwi jest dość stały = 0,56.

Z różnicy między punktem zamarzania moczu i krwi da się wyliczyć osmotyczna praca nerek, czyli ich siła funkcyjalna; wynosi ona u zdrowego na dobę 70—240 kgm. Największą praktyczną doniosłość według autora ma oznaczenie S i z pomocą tegoż a (na dobową ilość moczu, lub w ‰).

Wahaniom w punkcie zamarzania moczu (S), odpowiadają wahania w cząsteczkowej koncentracji tegoż. Jeśli stosunek między S i NaCl (faktyczna zawartość chlorków w ‰) waha się w małych granicach, znaczy, że mało zmienia się ta część zawartych w moczu ciał, która składa się z chlorków. Fizyologicznie $\frac{S}{\text{NaCl}} = 1,23$ do 1,69. Na zasadzie obliczania tego stosunku w moczu i krwi, autor doszedł do wniosku, że między składem krwi i moczu istnieje dająca się matematycznie oznaczyć prawidłowość.

We krwi jest w stosunku do innych składników więcej chloru, niż w moczu, mianowicie o tyle więcej, ile w moczu jest niechlorków (achloride), czyli we krwi jest stosunkowo tyleż chlorków; co w moczu chlorków + niechlorków t. j. wszystkich cząsteczek razem wziętych. Jeżeli oznaczymy przez C zawartość chlorków w moczu (w ‰ NaCl), zaś przez C' taką zawartość we krwi, dalej przez n i n' zawartość procentową pozostałych składników (niechlorków) w moczu i krwi to możemy napisać następującą proporcję:

$a' : n' = (a + n) : n$. Ponieważ, jak umówione, oznaczamy $b = \text{NaCl}$, zaś $b + n = a$, przeto możemy powyższą proporcję wyrazić i tak: $b' : n' = a : (a - \text{NaCl})$. Z powyższego wynika, że oznaczywszy S i NaCl w moczu, jesteśmy w możności wyliczyć zawartość NaCl we krwi, której w ogóle punkt zamarzania (0,56), a zatem i równoznacznik osmotyczny (=0,91‰ NaCl) są dość stałe.

Na tej drodze i zapomocą tej metody K. po części uzasadnia, po części rozszerza dzisiejszą teorię wydzielania moczu (Bowman-Heidenhain, Ludwig, Sobierński), zaznaczając, w jaki sposób mogłaby się w kanalikach nerkowych odbywać wymiana cząsteczkowa (Molekularanskausch) chlorków z niechlorkami, prowadząca do powyższej proporcji. Ta ostatnia zmienia się zależnie od szybkości, z jaką płynię zawartość kanalików, co znowu zależy głównie od szybkości krwiobiegu w nerkach (Heidenhain). Autor wykrył prawo, po-

dług którego stosunek $\frac{S}{\text{NaCl}}$ może poniekąd służyć miarą tych szybko-

ści. Wydzielanie i wchłanianie wody w nerkach jest ściśle związane i jednocześnie z takimże wydzielaniem i wchłanianiem soli kuchennej.

Powiększenie $\frac{S}{\text{NaCl}}$ (wskutek mniejszej ilości soli w moczu) oznacza zatem zwolnienie szybkości krążenia nerkowego i naodwrot.

Wahania fizyologiczne $\frac{S}{NaCl}$: 1) zależnie od pory dnia, mianowicie maximum przypada na noc, na rano spada i osiąga minimum przed południem, od kiedy powoli, lecz znacznie idzie w górę. W ten sposób wahania tego stosunku mają podobieństwo z fizyologicznym wahaniami częstości tętna i zależą, jak z wyżej powiedzianego wynika, zapewne od szybkości krążenia w nerkach, nie zależą zaś ani od rodzaju pożywienia, ani od zmian we krwi.

2) Pora roku, stopień ciepłoty i wilgoci powietrza. U królików na wiosnę stosunek między składem krwi i moczu jest ten sam, co u człowieka, ale za to na zimę wydzielenie NaCl z moczem u nich spada, wskutek czego następuje nagromadzenie chloru w ustroju i gorsze tegoż wchłanianie przez kanał pokarmowy. Przyczyna tego objawu tkwić musi, zdaniem autora, w zwolnionem krążeniu. Obniżenie ciepłoty i wilgoci powietrza mają tu grać pewną rolę, w ogóle zaś, jak i dlaczego tak się dzieje, pozostaje bez odpowiedzi.

3) Wysiłki mięśniowe znacznie obniżają sumę wydzielonych z moczu cząsteczek stałych (a), skutkiem czego i $\frac{S}{NaCl}$ wzrasta. — I to zmniejszenie diurezy cząsteczkowej polega na zmniejszonym przepływie krwi przez nerki, jako skutku nadmiernej pracy mięśniowej. Fakt ten da się zużytkować i w wadach serca.

4) Wpływ głodu studyował autor na głodomorze Succi. Okazał się stały spadek wielkości a i jeszcze większy spadek NaCl przy małym zmienionem S, wskutek czego $\frac{S}{NaCl}$ olbrzymio wzrosło.

W ogóle mówiąc, zatem współczynnik $\frac{S}{NaCl}$ jest wielkością do-
 syć stałą u każdego, u kogo krwiobieg, nerki i odżywianie są w porządku, bez względu na sposób, w jaki się odżywia. Co do tego ostatniego punktu, z doświadczeń autora i *Heidenhain'a* wynikać się zdaje, że soki odżywcze, przechodzące z pożywienia przez ściany kanału pokarmowego, są do pewnego stopnia niezależne od składu zawartości kiszek, które w ten sposób posiadałyby bliżej niepojętą własność przyczyniania się do regulacji w przybliżeniu podług zapotrzebowania ustroju. Zatrącamy tu o kwestyę przemiany materii w związku z ciśnieniem osmotycznym płynów zwierzęcych.

$\frac{S}{NaCl}$ jest miarą stosunku między niechlorkami (a — NaCl) i chlorkami moczu. Źródłem tych ostatnich jest głównie NaCl z pożywienia, zaś pierwsze przedstawiają przeważnie mocznik i wogóle cząsteczki azotowe. Źródłem ich zaś jest zużyte w organizmie białko. Stosunek jednak między zużytym białkiem, resp. azotem, a NaCl nie jest stały, czyli zmiany między $\frac{S}{NaCl}$ i $\frac{N}{NaCl}$ nie są równoległe: wahania $\frac{S}{NaCl}$ są daleko mniejsze, niż $\frac{N}{NaCl}$. Przyczyna polega na

tem, że ilość rozporządzalnego NaCl w ustroju wpływa na rozpad białka jakościowo, czyniąc tenże bardziej zupełnym i w ten sposób mnożąc liczbę cząsteczek.

Zmiany w obniżeniu punktu zamarzania krwi mogą się zdarzyć tylko w stanach patologicznych. Czynniki, zapewniające krwi stałość osmotycznego napięcia są następujące: 1) nerki, 2) kiszki, 3) przemiana materii. Ponieważ S moczu jest niższe niż krwi, zatem krew w nerkach traci więcej części stałych, niż wody *), czyli obniża swe osmotyczne napięcie, które inaczej ciągle by wzrastało. Mianowicie płuca i skóra ciągle wydzielają wodę, podnosząc w ten sposób owo napięcie we krwi; rozpad zaś białka na liczne cząsteczki powoduje olbrzymi przyrost ciśnienia osmotycznego w ustroju.

Regulatorami służą tu nerki. Jeśli one zawodzą, komórki w ustroju przystosowują się do pewnego stopnia do zmienionych warunków, zmniejszając rozpad białka ilościowo (wtedy wydzielanie N się zmniejsza), lub jakościowo, mianowicie rozkładając cząsteczkę białka, niezupełnie, t. j. na mniejszą liczbę cząsteczek (wtedy wydzielanie N pozostałoby bez zmiany), a tylko liczba, jak wiemy, stanowi o osmotycznym ciśnieniu. W przeciwnym razie musi się ono wzmacniać. Jako dalsze środki ochronne powstaje nagromadzenie wody zzewnątrz przez picie, pletora z hydremią, wreszcie obrzęki. Z tego by wynikało, że pozbawiając ustrój wody prawie bez cząsteczek stałych przez ograograniczenie picia, lub środki napotne, znów podnosimy osmotyczne napięcie, hamując przemianę materii.

Wskutek życiowej funkcji komórek (rozpadu białka) ciśnienie osmotyczne jest wyższe w płynie międzykomórkowym, niż w naczyniach limfatycznych, w limfie zaś wyższe niż we krwi. W ten sposób dadzą się czysto fizykalnie objaśnić zjawiska przesiekania, które autor ze swego stanowiska pięknie tłómaczy (str. 47—53). Punktem wyjścia dla objaśnienia ruchu płynów zwierzęcych służy z jednej strony czynność życiowa komórek, z drugiej funkcja nerek. Gdy ta ostatnia słabnie, wówczas upada jedna z sił, wspomagających krążenie, czyli innemi słowy, opór wzrasta; w ten sposób, zdaniem K., powstaje przerost lewego serca przy chorobach nerek. Również jako fizykalne skutki dałoby się wytłómaczyć zgęszczenie krwi w sinicy, lub powstawanie zapalnych wysięków. Przemiana materii komórek gra w przesiekaniu i wchłanianiu tę samą rolę, co w krwiobiegu skurecz mięśnia sercowego. Oba te procesy, stwarzając łańcuch fizykalnych skutków, same nie dają się fizykalnie objaśnić: są życiowymi. Na tym punkcie należy się godzić z witalizmem.

Do swych badań klinicznych, których główną część stanowią choroby serca i nerek, autor wprowadza następujące terminy:

Krew z większem obniżeniem punktu zamarzania, niż normalnie ($0,56^{\circ}$) jest hyperosmotyczną, zaś naodwrot z mniejszem — hypoosmotyczną.

*) Mocz zawiera stosunkowo 3 razy więcej cząsteczek stałych, niż krew.

Jeśli punkt zamarzania moczu (1,3—2,2⁰) podnosi się (1,3—0,56) — mamy hypostenurię, jeżeliby był niższy t. j. wynosił więcej niż 2,2 — hyperstenurię. Jeśli stosunek $\frac{S}{NaCl} > 1,69$ mówimy o względnej oligochloruryi, jeśli zaś $\frac{S}{NaCl} < 1,23$ — o względnej polychloruryi. Jeśli suma cząsteczek stałych w dobowej ilości moczu (a), wyrażona w gramach NaCl, jako równoznacznik ($a = \frac{S d}{61,3}$) wynosi mniej niż 30, mamy cząsteczkową (molekularną) oligurię; jeśli zaś przenosi 50 — cząsteczkową polyurię.

U chorych na serce wszystkie własności moczu mogą być prawidłowe, to znaczy, że przecięciowa szybkość cyrkulacji nerkowej odpowiada ich potrzebom. Najczulszym objawem zaburzeń krwiobiegu w ogóle jest napięcie osmotyczne (punkt zamarzania) krwi, zależne od nadmiaru CO₂. Idealną kompensacją byłaby taka, w której krew nie byłaby hyperosmotyczna. Autor wątpi, czy to w rzeczywistości istnieje.

W moczu i w osoczu krwi jest stosunkowo mało chlorków, a zawiele niechlorków, także, przeważnie, w skutek „sinicy“ krwi, powodującej zatrzymanie chlorków w erytrocytach (Hamburger i Limbeck). Wskutek tego zmiana $\frac{S}{NaCl}$ w moczu występuje jako najczulszy odczynnik na zaburzenia w kompensacji chorób serca. Jest to szczególnie ważne w tych razach, gdzie zaczątki niedomogi sercowej przy dzisiejszych metodach badania pozostają przedmiotowo i podmiotowo ukryte i nie są w swym szkodliwym wpływie wstrzymane. A zatem przedewszystkiem zjawia się względna oligochlorurya; przy dalszym upadku energii sercowej spostrzegamy cząsteczkową oligurię i hyperstenurię. Przy zniknięciu lub braku tej ostatniej należy wnioskować o wtórnej niedomodze nerek. Ubóstwo chloru w moczu (względnie do krwi), oznacza zaburzenie w wielkim krwiobiegu (obręki), odwrotny stosunek zaś wskazuje na mały krwiobieg (sinica). W pierwszej alternatywie jest wskazanie dla digitalis, w drugiej raczej dla diuretyny. Tryb życia i leczenie chorego na serce należy tak uregulować według $\frac{S}{NaCl}$, jak dyabetyka według cukru w mo-

czu. Wszelkie $\frac{S}{NaCl} > 1,7$ jest patologicznem.

Omawiając leczenie Oertl'a, K. oświadcza się przeważnie przeciw niemu, natomiast zwraca uwagę na wdechowanie tlenu i środki rozszerzające naczynia.

W niedomodze nerek mamy zawsze hypostenurię oraz cząsteczkową oligurię przy hyperosmozie krwi. Oznaczanie ciężaru właściwego (zależnego od zawartości białka) nie może zastąpić oznaczania S. S i NaCl w przesiękach i wysiękach wynoszą tyleż co i we-

krwi. W ogóle okazało się, że wahania $\frac{S}{NaCl}$ są tu analogiczne do niedomogi sercowej i nerkowej: skoro ujemne ciśnienie w klatce piersiowej opada $\frac{S}{NaCl}$ się wzmacnia i naodwrot. Przyczyna tkwi w tem, iż jeden z czynników krwiobiegu zmniejsza się.

Prócz powyższego autor prowadził badania moczu i krwi w stanach anemicznych i gorączkowych. Ostatecznie wyniki praktyczne autora są następujące:

A. *Krew*. 1) W stanach anemicznych i kachektycznych — hyposmoza, tak samo w stanach gorączkowych, z wyjątkiem malaryi i chorób, sprawiających przeszkodę w sprawie oddechania. Hyperosmoza przy niedostatecznym oddechaniu tem się różni od takiejże w chorobach serca, lub nerek, że w pierwszym razie znika ona in vitro pod wpływem tlenu, np. przy zapaleniu płuc.

2) Przy różniczkowaniu między zapaleniem płuc, a tyfusem, hyposmoza świadczy za ostatnim.

3) Krew hyperosmotyczna, nie ustępująca in vitro pod działaniem tlenu, przemawia za chorobą nerek, co jest szczególnie ważnem w przypadkach, w których mocz zawiera krew i ropę, wreszcie w stanach anemicznych, specjalnie blednicy.

4) Hyperosmoza krwi, znikająca pod działaniem tlenu, podaje wskazanie lecznicze dla tego środka.

B. *Mocz*. 1) W anemiach S opada niżej 1, 4. Ta hypostenurya odpowiada stopniowi niedokrwistości.

2) Obniżanie się punktu zamarzania moczu w zapaleniu nerek jest prognostycznie dobrem, i naodwrot.

3) W stanach anemicznych i kachektycznych, jak przy niedomodze nerkowej, stopień cząsteczkowej oliguryi odpowiada ciężkości przypadku.

4) Przy zwolnieniu krążenia w nerkach $\frac{S}{NaCl}$ zwiększa się, — przy przyspieszeniu zaś opada:

a) $\frac{S}{NaCl} > 1,7$ jest najpierwszą oznaką niedostateczności krwiobiegu przy wadach serca.

b) U chorego z patologicznym płynem w jamie brzusznej, lub opłucnej $\frac{S}{NaCl}$ wzrasta i opada równolegle do zachowania się wysięku.

5) W chorobie gorączkowej $\frac{S}{NaCl} < 1,7$ jest patognostycznym dla malaryi.

J. Piotrowski.

276. Lesage i Thiercelin. **Przyczynę do nauki o zapaści cholerycznej.** (Arch. génér. de méd. № 10—97).

Autorowie rozróżniają dwie formy zapaści cholerycznej: 1) zapaść sinicową i 2) zapaść mocznicową. Pierwsza postać, najczęściej spostrzegana, otrzymała swą nazwę od siniego zabarwienia skóry chorych, znajdujących się w powyższym okresie cholery. Zabarwienie to, zależne od obwodowego spazmu tętnic i następczego zastoju krwi w żyłach co do natężenia swego bywa dość zmienne, mniej lub więcej rozprzestrzenione, lecz najwyraźniej występujące na twarzy i kończynach. Twarz tych nieszczęśliwych zmienia się prawie do niepoznania; oczy okrażone ciemną obwódką, głęboko zapadają; sine powieki na wpeł są zamknięte; policzki zapadnięte, nos zaostrozony, wargi zcieńczałe prawie czarnego koloru — oto obraz t. zw. facies cholericus.

Ciało pokrywa się zimnym i lepkiem potem, który niekiedy zawiera znaczną ilość mocznika. Sinica w swym przebiegu może przedstawiać to nasilenia, to znów zwolnienia, co jednak nie stoi w żadnym związku z ciepłotą ciała; wogóle jednak powiększenie się sinicy wskazuje na pogorszenie warunków krążenia.

U alkoholików umiejscowienie sinicy, według Mouchet'a, jest dość swoistem; mianowicie u tych chorych sinicę znajdujemy tylko na kończynach, gdy tymczasem twarz, szyja i tułów posiadają zabarwienie mocno czerwone, tak że dopiero bliższe badanie naprowadza na właściwą myśl. Obok sinicy ważnym objawem zapaści jest obniżenie się ciepłoty ciała. Należy jednak zaznaczyć, że widzimy tu zazwyczaj dość znaczne różnice między ciepłotą mierzoną in axilla i ciepłotą in recto: tak t° in axilla może wskazywać 36—33 $^{\circ}$, gdy in recto znajdujemy 38—39 $^{\circ}$. Niekiedy jednak obie krzywe mogą być subnormalne.

Puls jednocześnie traci wiele na swej sile, staje się przyspieszonym (100—120) lub też nie wyczuwa się zupełnie. Objaw ten jednak nie pozwala jeszcze sądzić o stopniu zapaści: puls może być bardzo słaby, przyspieszony, pusty, miękki lub nawet niewyczuwalny, a serce i tętnice szyjowe znajdują się w dobrym stanie i kurczą się normalnie. Jednym słowem mamy tu między pulsem a cyrkulacją wewnętrzną pewną niezgodność, która, jak to zauważył już Marey, zależy od spazmu układu tętniczego pod wpływem toksyn, działających na nie bądź bezpośrednio, bądź też zapomocą systemu nerwowego. Najważniejsze jednak jest badanie serca i tętnic szyjowych, które nie podlegają powyższemu działaniu: gdy jednocześnie przy miękkim, małym, przyspieszonym lub niewyczuwalnym pulsie zauważyć się dają także objawy ze strony serca i tętnic szyjowych to rokowanie staje się groźnym. Stan cyrkulacji wewnętrznej nie pozostaje w żadnym związku z ciepłotą ciała (Lorain); tak np. T° in axilla może być 33 $^{\circ}$, gdy serce może się kurczyć normalnie i vice versa.

Ważnym również objawem w zapaści sinicowej cholery jest duszność. Duszność ta wyraża się częstym (50—60) krótkim i powierzchownym oddechem, przyczem szczególnie utrudniony bywa wdech. Duszność powyższa nie zależy od szczególnych zmian w płucach lub rzeczywistej przeszkody w krtani, gdyż tracheotomia nie sprowadza najmniejszej ulgi, jest więc ona pochodzenia toksycznego i wskazuje na utrudniony krwioobieg w płucach; od czasu od czasu duszność ta potęguje się i występują wtedy napady zaduszania podobnie jak w dławcu. Napady te występują zarówno w nocy jak i w dzień, przyczem zjawiają się albo nagle, albo stopniowo w ciągu kilku godzin: chory niepokoi się, nadaremnie szuka odpowiedniej pozycji; duszność tymczasem coraz bardziej się powiększa, szczególnie przy wdechu, mięśnie szyi i klatki piersiowej pracują z wysiłkiem; źrenice się rozszerzają, temperatura ciała obniża się jeszcze więcej (rzadziej pozostaje bez zmiany) wreszcie następuje bardzo znaczne osłabienie serca. Napad taki trwa 1—2 kwadransy, i, jeżeli śmierć nie następuje podczas napadu, to zwolna chory przechodzi do poprzedniego swego stanu, by po pewnym czasie znów uleść tej męczarni.

Ciekawem jest zachowanie się źrenic w zapaści sinicowej; w lekkich jej postaciach są one normalne, w cięższych zaś rozszerzają się do możliwie największych rozmiarów, przytem mogą one oddziaływać na światło, lub pozbawione są tej własności. Co się tyczy prognostycznego znaczenia tego objawu, to mało mamy w tym względzie spostrzeżeń. Galliard i Oddo sądzą, że brak odczynu na światło daje w danym przypadku gorsze rokowanie. Autorowie, godząc się z tym poglądem, zaznaczają, że rozszerzenie się źrenicy wskazuje na pogorszenie sprawy chorobowej, gdy, przeciwnie, powrót źrenicy do normalnych rozmiarów pozwala na pomyślne rokowanie.

Pomimo ciężkiego ogólnego swego stanu chorzy w zapaści sinicowej zachowują zupełną przytomność, zdradzają tylko pewne pobudzenie: są niespokojni, ciągle się odkrywają, bezustannie przewracają się na łóżku i t. p.

Niekiedy jednak, mając oczy otwarte, mamrocą niezrozumiałe jakieś wyrazy, chwytają w powietrzu rękoma urojone obrazy, to znów spokojnie podnoszą się z łóżka, jakby w celu odszukania czegoś i następnie znów kładą się spokojnie. Tylko alkoholicy, miewają napady delirium.

Śmierć dość często następuje nagle. Jeżeli dodamy, że chorzy ci nie wydzielają zupełnie moczu, lub nadzwyczaj mało, to będziemy mieli wszystkie objawy cechujące t. zw. zapaść sinicową.

Co się tyczy zapaści mocznicowej, to w tym względzie w literaturze spotykamy bardzo mało spostrzeżeń. Giraud w r. 1865 wspomina o cholery „bladej“; Lespian w r. 1866 ogłosił 8 takich przypadków, Gerrier zaś 3. Istotnie powyższa forma cholery spotyka się stosunkowo dość rzadko. Podobnie jak w sinicowej postaci widzimy tu również obniżenie ciepłoty ciała, z tą jednak różnicą, że obie krzywe temperatury zazwyczaj wskazują subnormalne cyfry. Absolutny bezmocz rzadko się zdarza w tej postaci, zawsze można

otrzymać zapomocą kateteru 3—5 cm.³ moczu nader bogatego w białko. Sami chorzy uderzają bladością swych zewnętrznych powłok (cholera „blada“), nigdzie niema sinicy; tętno regularne, twarde, napięte; skurcze serca mocne; źrenice stale zwężone. Oddech spokojny, napadów duszności nigdy nie bywa; chorzy leżą spokojnie, pogrążeni w półśnie, budząc się przy wołaniu na nich, zaledwie na chwil kilka. Przypadków nagłej śmierci nigdy tu nie spostrzegano; stopniowo senność przechodzi w głęboki sen (coma), w którym też następuje śmierć.

Widzimy więc, że obraz kliniczny postaci mocznicowej cholery na tyle różni się od sinicowej, że różniczkowanie powyższe w zupełności jest usprawiedliwionem.

Co się tyczy rozpoznania, to należy odróżniać mocznicową zapasę od mocznicowej występującej w okresie zdrowienia po zapasce sinicowej. W tym ostatnim przypadku mocznicą jest zjawiskiem następczem, gdy tymczasem zapasę mocznicową jest formą pierwotną, występującą po objawach cholerycznych ze strony przewodu żołądkowo - kiskowego, jednym słowem, jest ona swoistem przejawieniem się cholery. Ta ostatnia przybiera pomyślny przebieg u tych osobników, w których stan nerek, przed zapadnięciem na tę chorobę, przedstawia wiele do życzenia, najczęściej przeto cholere „bladą“ spotykamy w wieku starszym. Zaznaczyć wreszcie należy, że niekiedy postać mocznicowa wikła się z sinicową (powyżej cytowani autorowie i Bouchard). W. Cennère.

II. Choroby nerwowe.

277. Ch. Féré. W kwestyi potomstwa osobników, dotkniętych spazmem popędu płciowego. (Arch. de Neurologie 1898 Avril).

Zboczenia instynktu płciowego mogą być nabyte lub wrodzone. W pierwszym przypadku powstają one pod wpływem złego wychowania, naśladowania, zbyt bujnej wyobraźni lub podrażnienia narządów płciowych. Jakkolwiek sądzićby można, że oddziaływając na wolę, wyobraźnię, lub zmieniając otoczenie łatwo zboczenia te usunąć, to jednak praktyka pokazuje, że wyniki sugestyi nie są tak wcale świetne.

Zboczenia wrodzone popędu płciowego występują zazwyczaj na jaw w okresie rozwoju płciowego, lub jeszcze wcześniej. Jedną z postaci jest popęd ku płci własnej, t. zw. „inversion sexuelle“. Anomalia ta jest niewątpliwie oznaką zwyrodnienia: według Krafft Ebinga, ośrodki płciowe mózgowo-rdzeniowe, są również jak narządy płciowe, w pierwotnem swem założeniu dwupłciowe, lecz rozwijają się w kierunku jednopłciowym, znacznie później od tych ostatnich; tym sposobem zrozumieć łatwo, iż spotkać można zboczenia instynktu płciowego u osobników, w których narządy płciowe rozwinęły się prawidłowo. Niekiedy jednak spostrzegamy jednocześnie mniej lub więcej znaczne zboczenia od zwykłego typu płciowego.

W przypadkach zboczenia wrodzonego leczenie pozostaje bezowocnem: wtedy nawet, gdy chory pokonywa swój wstręt do płci drugiej, popęd ku płci własnej nie ustaje bynajmniej. Rodzi się więc pytanie, czy wobec tego leczenie jest tu wogóle usprawiedliwione? Część chorych, czy to dzięki temperamentowi, czy też rozumiejąc, że popędy ich sprzeciwiają się naturze, nie starają się wcale ich zadowolnić i tacy nietylko nie są szkodliwi, ale stać się mogą pożytecznymi członkami społeczeństwa, u nich leczenie jest stanowczo zbyteczne.

Rzecz inna z ludźmi, którzy nienaturalnych swych popędów zwalczyć nie chcą, lub nie są w stanie. W tych razach, zdaniem Ferego, celem, do którego dążyć należy, jest zupełna wstrzeźliwość płciowa i wszelkie usiłowania natomiast, skierowane ku usunięciu popędu niewłaściwego i wytworzeniu prawidłowego instynktu płciowego, pozostają bezskuteczne i w najlepszym razie prowadzą do rozpusty lub nieszczęśliwego pożycia małżeńskiego. Wstrzeźliwość płciowa najłatwiej się da osiągnąć u osobników, u których zboczenie to zauważono w młodym wieku. W wieku starszym spotyka się więcej takich, których popędy są zbyt gwałtowne, ażeby się z łatwością przytłumić dały. Inni znów świadomi swego zboczenia, sami pożądamy wytworzenia prawidłowego instynktu płciowego, a lekarz niema prawa pozbawić ich wszelkiej nadziei.

Niema wątpliwości, że spalenie popędu płciowego jest oznaką zwyrodnienia. Brak w wielu przypadkach innych oznak łatwo wytłumaczyć tem, iż, jak słusznie zaznaczył Darwin, czynności płciowe są najbardziej powikłane i jako takie, same jedne dotknięte być mogą. Jeśli prawdą jest, jak głoszą niektórzy autorzy, iż u ludzi wybitnych spotkać je można częściej, to wywnioskowaćby ztąd można, że zboczenie ujemne idzie w parze ze zboczeniem dodatniem. Najważniejszym jednak faktem jest, iż potomstwo takich osobników, jeśli się uda nakłonić ich do prawidłowych stosunków płciowych, wykazuje różnorodne cechy zwyrodnienia, a w niektórych przypadkach odziedzicza nawet nieprawidłowe popędy płciowe. Oto 2 przykłady podane szczegółowo przez Ferego.

1) Ojciec, umysłowo bardzo zdolny, od dzieciństwa już czuł pociąg do mężczyzn; najwięcej mu się podobali mężczyźni, odznaczający się wybitnymi cechami płciowymi, wielką brodą, silnym głosem: popęd płciowy zjawił się po raz pierwszy na widok obnażonego mężczyzny. W szkole kochał się w kolegach starszych od niego i fizycznie lepiej rozwiniętych. Równocześnie oddawał się samogwałtowi, lecz nie szukał nigdy stosunków płciowych z kolegami. Wprawdzie odczuwał często chęć dotykania swych kolegów, ale wstyd powstrzymywał go od tego. Później, porzuciwszy samogwałt i wstrzymując się od zadośćuczynienia swym popędem, pracował dalej nad swoim wykształceniem. Świadomość swego zboczenia, oraz wstyd, iż nie będzie mógł nigdy dopełnić swych obowiązków społecznych, skłoniły go do poradzenia się lekarza, który mu zalecił prawidłowe stosunki płciowe. Dopiero po upływie dłuższego czasu udało mu się pokonać wstręt wrodzony i do prób odpowiednich przystąpić. Próby

te zresztą w początku spełzały na niczem, w $\frac{1}{2}$ roku dopiero uwieńczone zostały powodzeniem. Ożeniwszy się następnie, również bardzo rzadko i z prawdziwym wstrętem spełniał swe obowiązki małżeńskie, a owdowiawszy, jest pod względem płciowym zupełnie wstrzemięźliwy, choć nie pozbył się jeszcze wcale swych dawniejszych popędów: czuje jednak dosyć w sobie siły, ażeby się im skutecznie oprzeć.

Z czworga jego dzieci, najstarszy — epileptyk i głuptak — okazuje wstręt do dziewcząt, a natomiast wielkie przywiązanie do swego młodszego brata, na którym dopuścił się nawet raz pederastyi. 2-aj następnii są idyoci, 4-ta córka, zmarła w konwulsjach, mając 6 miesięcy.

2) Kobieta 13-letnia na kilka miesięcy przed wystąpieniem pierwszej miesiączki, poczuła wstręt do mężczyzn młodych, a pewien pociąg do kilku dziewcząt, szczególnie do jednej, do której pisała długie listy, prosząc często o upominki, które z czcią u siebie przechowywała. Często się z nią całowała, żadnych dalszych stosunków płciowych się nie dopuszczczała. W nocy, a czasem nawet we dnie przy przypadkowym dotknięciu niektórych części ciała (karku) miała polucye, których się bardzo wstydziła. W 16-tym roku, usłuchawszy swego spowiednika, z przyjaciółką zerwała, ale zapomnieć o niej nie mogła. Spotykając dziewczęta, które się jej podobały, powstrzymywała się od wszelkiego wyjawiania swych uczuć, niekiedy jednak już samo dotknięcie ręki wystarczało do wywołania polucyi. Pomimo usilnych nalegań ze strony rodziców, zamąż pójść nie chciała. W 24-tym roku dopiero zgodziła się zostać narzeczoną, ponieważ jej spowiednik przyrzekł, że w małżeństwie pozbędzie się złych popędów, których się bardzo wstydziła. Pierwsza próba stosunku małżeńskiego była dla niej tak przykra, że spowodowała zemdenie. Potem jednak w poczuciu swych obowiązków i, wstydząc się swego zbożenia, zapanowała nad sobą, nigdy jednak w stosunkach płciowych nie doznała żadnego zadowolenia. 3-razy była ciężarną: przebieg ciąży również jak poród odbywał się prawidłowo, tylko piersi nie powiększały się i nie wydzielały wcale mleka. Będąc dobrą matką, chora twierdzi, że nigdy nie doznała, jak inne, rozkoszy macierzyństwa. Za to popęd ku płci żeńskiej, pomimo małżeństwa pozostał w swej sile; obecnie jeszcze, w 2 lata po owdowieniu, chora miewa polucye w tych samych warunkach, co dawniej.

Najstarsza córka w okresie pierwszego miesiączkowania zaczęła, również jak matka, okazywać wstręt do mężczyzn, a szczególne przywiązanie do dziewcząt. W 16-tym roku zakochała się w jednej koleżance, z którą częste miewała schadzki i do której pisała długie listy. Przyjaciółka odpowiadała rzadko. W cztery lata później jakiś młody człowiek przyjaciółce się oświadczył, lecz nie został przyjęty. Pomimo to, wiadomość o tym fakecie, sama myśl o możliwości zamążpójścia ukochanej, spowodowały silne wzburzenie, oraz wystąpienie ogólnej płasawicy, powikłanej usposobieniem melancholijnym, która trwała 5 miesięcy. Po upływie dalszych 4-ch lat, przyjaciółka zdecydował się wyjść za mąż i dowiedziawszy się o tem chora, dostała najpierw spazmatycznego płaczu, później udawała obojętną,

twierdząc iż teraz wstąpiła tylko do dawnej przyjaciółki uczuwa, a na trzeci dzień, pomimo ścisłego dozoru, odebrała sobie życie.

Druga córka zmarła w konwulsjach, w 6-tym miesiącu.

Trzecia, obecnie 24-letnia, od pierwszej miesiączki miewa „absences“ padaczkowe, oraz krótkotrwałe (1—2 godzin) napady melancholii. Pod względem płciowym zachowuje się obojętnie.

Również jak w pierwszym przypadku ojciec, tak tu matka była zupełnie świadoma swego zбочenia i świadomość ta dręczyła ją bardzo: oboje jednak nie dopuszczali się nigdy czynów, które uważali za karygodne. Popęd ich pozostawał idealnym i jak oboje utrzymują, w razie celibatu, również z pewnością nie zmieniłby swego charakteru. Zalecone im małżeństwo dla obojga było nieszczęśliwe, a dla potomstwa okazało się fatalne.

Bregman.

278. **Boryszpolski. O zaburzeniach krążenia w mózgu podczas napadów padaczki.** (Rozprawa doktorska Petersb. 1897—str. 345).

Oddawna zastanawiano się nad przyczynami padaczki i tłómaczono je rozmaicie; najmniej jednak było uwzględniane znaczenie krążenia w mózgu, ponieważ przypuszczano, że nie podlega ono żadnym wahaniom i że ilość krwi w naczyniach mózgu pozostaje zawsze tą sama. Dopiero w wieku bieżącym zajęto się badaniem tego zagadnienia, na które rozmaici badacze dawali różne odpowiedzi; wszakże zostało dowiedzione niewątpliwie, że ilość krwi w naczyniach mózgu jest zmienna. Przejrzawszy bogate piśmiennictwo, dotyczące tego pytania, autor rozpatruje sposoby badania krwiotoku w mózgu i w drugiej połowie swej pracy przechodzi do badań własnych, dokonywanych na psach. Przedewszystkiem określał on ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Po uspianiu psa przez zastrzyknięcie 0,01 morfiny na kilo wagi, autor wykonywał trepanację czaszki w okolicy, brzozy krzyżowej i wkreślał w otwór lejek miedziany połączony z przyrządem Marg'a; przez tego przy pomocy manometrów określano ciśnienie w rozmaitych naczyniach ciała. Napad padaczkowy przez podrażnienie ruchowych części kory mózgowej za pomocą prądu przerywanego, działającego bezpośrednio na korę (przewodniki wkreślane w czaszkę). W 14-tu doświadczeniach tego rodzaju autor zauważył, że ciśnienie wewnątrzczaszkowe podnosi się stopniowo od początku napadu padaczkowego i dochodzi do maximum w początku okresu drgawek klonicznych; na tej wysokości pozostaje w ciągu okresu klonicznego i stopniowo zmniejsza się w okresie śpiączki, dopóki nie osiągnie wysokości normalnej. Te doświadczenia wskazują, że ilość krwi w napadzie padaczkowym w mózgu powiększa się znacznie. Zeby wyłączyć zależność podniesienia ciśnienia wewnątrz czaszki od drgawek i zmienionego oddechu, autor wywoływał porażenie zakończeń nerwów częściowe lub całkowite przez wstrzykiwanie odpowiedniej ilości kurary, oraz wprowadzał sztuczny oddech przy

pomocy tracheotemii. Przy tych zabiegach otrzymano potwierdzenie poprzednich wyników.

Dalej autor badał ciepłotę mózgu w napadzie drgawkowym przy pomocy termometrów, które wprowadzał w głąb kory mózgowej przez otwory w czaszce; prócz tego ciepłota była mierzona w odbytnicy i w uchu psa. W 11 podobnych doświadczeniach znajdował autor stałe podwyższenie ciepłoty podczas napadu drgawkowego oraz spadek po napadzie; przy każdym następnym napadzie podniesienie ciepłoty było mniejsze. Takie same wyniki otrzymano u zwierząt, zatrutych kurarą. Podwyższenie ciepłoty podczas napadu uważa autor za dowód przekrwienia tętniczego.

Dla potwierdzenia tego poglądu autor wykonał jeszcze 7 badań podług metody Gärtner'a i Wagner'a, polegającej na mierzeniu ciśnienia krwi in vena jugularis et arteria cruralis. Znalezione, że ciśnienie w żyłach, odprowadzającej główną ilość krwi z mózgu, od początku napadu podnosiło się znacznie, że osiągało najwyższych cyfr w okresie klonicznym i od początku okresu śpiączki spadało powoli do normy. Podwyższenie ciśnienia w żyłach mózgu nie zależy od zastoju w nich, lecz od znaczniejszego przyływu krwi tętniczej, ponieważ ilość krwi, wypływającej z vena jugularis, powiększa się podczas napadu drgawkowego. Jeszcze pewniejsze potwierdzenie tych wyników dają badania podług metody Hürthle'go, polegającej na mierzeniu ciśnienia krwi w dośrodkowym i obwodowym końcach art. carotis communis, po przewiązaniu bocznych gałęzi; w 16-tu badaniach podług tej metody autor znalazł stałe podniesienie ciśnienia krwi w końcu dośrodkowym tętnicy, największe w okresie klonicznym napadu, współzależnie ze zmniejszeniem ciśnienia krwi w końcu obwodowym tętnicy szyjowej w okresie klonicznym i podniesieniem go w okresie tonicznym i śpiączki. Od początku tedy napadu drgawkowego, ma miejsce zwiększony przyływ krwi do mózgu i rozszerzenie jego naczyń. To przekrwienie tętnicze jest kollateralne i zależy od zwężenia naczyń obwodowych całego ciała; wskutek znacznie podniesionego ciśnienia tętniczego, tętnice mózgu rozszerzają się i przepelniają biernie krwią.

W myśl tych doświadczeń, autor patrzy na napad padaczkowy w następujący sposób: nie znane nam bodźce (może zatrucie lub samozatrucie) wywołują pobudzenie ośrodka naczynioruchowego w mleczu przedłużonym, ośrodka ruchowego (w moście Varola) oraz części ruchowych kory mózgowej. Pobudzenie ośrodka naczynioruchowego sprowadza zwężenie wszystkich naczyń obwodowych, wskutek czego skóra blednie i ciśnienie w naczyniach wnętrza ciała więć i mózgu podnosi się znacznie, następuje ich rozszerzenie i przekrwienie oraz szybszy odpływ krwi do żył. Drgawki toniczne zależą od pobudzenia ośrodków ruchowych mostu, a kloniczne — kory. Nacynia, rozszerzone w okresie klonicznym do maximum, powracają powoli do normalnej pojemności. Utrata świadomości przy padaczkę może zależeć zarówno od przekrwienia kory jak i jej niedokrewności. Okres śpiączki jest skutkiem wyczerpania układu nerwowego.

W ostatniej części pracy autor robił doświadczenia, polegające na obracaniu psów na maszynie odśrodkowej ze znaczną szybkością. Zwierzęta te, jeśli poprzednio wywoływano u nich napady padaczkowe, dostawały jeszcze silniejszych napadów po obracaniu głową do obwodu. Badania prowadził autor przy pomocy obmyślonej przez siebie centryfugi, w której osłokoła obrotowego była rurką, obsadzoną hermetycznie w dwóch nieruchomych rurkach; dzięki temu zabiegowi można było badać ciśnienie krwi podczas ruchu zwierzęcia. Wyniki tych badań są następujące. Przy położeniu psa głową do obwodu centryfugi następuje przekrwienie mózgu, głowa do środka — niedokrewność, zgodnie z zasadami fizyki i w zależności od upośledzenia działalności serca. Przekrwienie mózgu jest zastoinowe i pomimo to potęguje napady padaczkowe, chociaż badania w pierwszej połowie pracy wskazywały przekrwienie tętnicze w padaczcze. Niedokrewność mózgu nie wywołuje napadów drgawkowych, dopiero wtórne już przekrwienie tętnicze po skończeniu obracania zwierzęcia głową do środka sprowadza napad drgawkowy.

W. Miklaszewski.

279. **Sokołow. O wpływie warunków meteorologicznych na napady padaczki.** (St. Petersb. Med. Woch. 15 1898).

U 26-ciu chorych padaczkowych autor zanotował w ciągu 2 lat ogółem 9327 napadów drgawkowych (napady niedrgawkowe nie były obliczane). Powyższą cyfrę podzielił on, uwzględnivszy: 1) 3 grupy chorych (dziewczyńki, chłopcy i dorośli); 2) dnie, miesiące i pory roku; 3) pory dnia i nakreślił krzywe maksymalnych i minimalnych ilości napadów. Z powyższych krzywych wyciąga on następujące wnioski:

1) U trzech grup chorych zauważono zupełnie podobne wahania częstotności napadów w odpowiednich porach roku i miesiącach, tak że można ułożyć krzywą ilość napadów padaczkowych niezależnie od płci i wieku chorych padaczkowych. Co się tyczy pojedynczych dni, to krzywa napadów każdego chorego różni się od innych, co zresztą jest zupełnie zrozumiałe wobec indywidualności chorych; jednak i tu, a nawet co do godzin napadów spotykamy pewne ogólne podobieństwo.

2) Wahania krzywej maksymalnej i minimalnej ilości napadów w różnych porach roku i miesiącach, przedstawiające pewien stały typ dla różnego rodzaju chorych padaczkowych, zależą od wahań meteorologicznych, przedewszystkiem od wahań napięcia magnetyzmu ziemnego. Najmniejszemu napięciu i najmniejszym wahaniom napięcia magnetyzmu odpowiada największa ilość napadów padaczkowych i na odwrót: największemu napięciu i największym wahaniom — najmniejsza ilość napadów. Tyczy się to zarówno miesięcy, dni i godzin; dlatego też w miesiącach letnich i zimowych oraz w godzinach

południowych (około 117) ilość napadów jest największą, a na wiosnę i na jesień w godzinach 6—8 popołudniu — jest najmniejsza.

3) Pomiędzy ciśnieniem atmosferycznym i częstością napadów padaczkowych niema, zdaje się, ścisłego związku, chyba w razie największych wahań barometrycznych. Toż samo można powiedzieć i o innych wahaniami atmosferycznych, dotyczących się ciepłoty, wilgotności, wiatru i t. d., podobnie jak i o lunacyach księżyca.

4) Jaki jest wpływ magnetyzmu ziemnego na częstość napadów, jest niewyjaśnione. Faktem jest jednak, że napady padaczkowe są najczęstsze w zimie (2862) i w lecie (2397), zwłaszcza w styczniu (1084) i lipcu (908); najrzadsze zaś w jesieni (2153) i na wiosnę (1915), zwłaszcza w maju (527) i listopadzie (636).

W. Miklaszewski.

280. **Eichhorst. Obłąd pochodzenia toksycznego u chorych sercowych.** (Deutsch. Med. Woch. № 25. 1898).

W wielu bardzo przypadkach wyczerpanie serca jest spowodowane nadmiernymi wysiłkami chorego; w takich razach wystarcza kilkodniowy spokój zupełny, by objawy niedomogi serca ustąpiły, by mocz zaczął wydzielać się w ilości większej i by zmniejszyły się obrzęki i ustąpiły towarzyszące im objawy. Jednak w cięższych przypadkach sam spokój nie wystarcza; wtedy z wielkim pożytkiem E. stosuje proszki: Rp. Fol. Digitalis 0,3 Diuretini 1,0 Sacchari 0,3 — po 3 dziennie do chwili użycia 30 proszków. Naparstnica w proszkach ma działać lepiej, niż w innych postaciach. Przy takim leczeniu znikają szybko objawy niedomogi, nawet objawy zatrucia ustroju, wyrażające się albo w ciągłej senności i śpiączce, utracie przytomności, lub w stawach nadzwyczajnego pobudzenia mięśniowego i psychicznego, zaburzeniach oddychania (głęboki oddech jak u chorych na cukromocz). Stan taki trwa zwykle kilkanaście dni; drgawek E. nie zauważył ani razu. Uważa on tę postać za stan zatrucia ustroju podobny do mocznicy, lecz tę ostatnią wyklucza w swoich przypadkach.

W. Miklaszewski.

III. Choroby dzieci.

281. **Prof. O. Heubner. Odżywianie ssawców i szpitale dla niemowląt.** (Sänglinsernahrung und Säuglingsspitäler). (Berlin 1897).

Jakkolwiek autor w przedmowie zapewnia, że broszurę niniejszą napisał dzięki zastanawianiu się nad znaczną śmiertelnością niemowląt w Niemczech, jednakże praca ta ma znaczenie ogólniejsze ze względu na rozmaite poruszone w niej kwestye.

Zaznaczywszy ważność szczegółowego badania sprawy odżywiania niemowląt zarówno szczegółowego jak i sztucznego, Heubner omawia przeważnie to ostatnie, rozpatrując drobiazgowo ujemne strony karmienia sztucznego, zwłaszcza w oddziale dla niemowląt w Charité, poczem podaje pewne projekty, mające na celu poprawę istniejącego stanu rzeczy i szkicuje plan ulepszanego szpitala dla niemowląt.

Szczególniejszy nacisk kładzie H. na doniosłość metody Soxhleta, widząc w niej znaczny krok naprzód w sprawie karmienia dzieci. Przyznaje jednak, iż na zmniejszenie ogólnej cyfry śmiertelności niemowląt nie wpłynęła ani ta metoda ani poglądy, które ją do życia powołały, już choćby dlatego, że stanowi ona udogodnienie tylko dla warstw zamożniejszych.

Na uwagę zasługuje sposób odżywiania, zalecany przez autora, polegający na podawaniu mleka nie tak rozcieńczonego jak przyjęto w Niemczech, ale w następującym stosunku: 2 części mleka i 1 część odwaru mąki, (łyżeczkę na $\frac{1}{4}$ litra), zawierającego 12,3⁰/₀ cukru mlecznego. Autor oblicza wartość odżywczą tego rodzaju mieszaniny, wyrażając ją w jednostkach ciepła i porównując z taką wartością odżywczą pokarmu kobiecego i mieszanki (1 cz. mleka, 3 cz. kleiku owsianego z dodaniem 4⁰/₀ cukru) dochodzi do wniosku, że przy podawaniu jego mieszaniny (Soxhlet-Heubner'sche Mischung albo $\frac{2}{3}$ Milch), doprowadza się dziecku więcej sił prężnych (Spannkraft) niż przy użyciu mieszanki Biederta i prawie tyle ile przy odżywianiu mlekiem matczynym.

Zalety tej metody H. uzasadnia teoretycznie i praktycznie.

Przyjmując (na mocy zestawienia przez siebie różnych analiz w r. 1895), że mleko kobiece zawiera: 1,0—1,2⁰/₀ białka, 3,5⁰/₀ tłuszczu i 6,5⁰/₆ cukru, oblicza na 1,000 gramów mleka:

Białka	4,1 × 10 — 12	= 41 — 49	kaloryj
Tłuszczu	9,3 × 35	= 325,5	„
Cukru	4,1 × 65	= 266,5	„

Dalej autor przytacza kolejno 10 własnych spostrzeżeń nad dziećmi odżywianymi tą metodą z wynikiem zadawalniającym.

Dodać należy, iż tak słabo rozcieńczone (2 : 3) mleko H. podaje też dzieciom w pierwszych tygodniach życia, gdyż wychodząc z tego założenia, że w żadnym okresie karmienia mleko nie zawiera tyle białka, ile w ciągu pierwszych 2-eh tygodni, że przeto takie odżywianie więcej zbliżone jest do fizyologicznego.

W dalszym ciągu swojej pracy, autor zastanawia się poważnie nad pytaniem, dlaczego śmiertelność w szpitalach dla niemowląt jest względnie znaczna, skoro w tych ostatnich nadzór nad odżywianiem jest przypuszczalnie lepszy i przytacza badania, dokonane z jego polecenia przez d-ra Watpoffa na oddziale niemowląt w Charité. Badania te dotyczyły 150 dzieci, z których zmarło 108 (od 1 lutego do 1-go sierpnia 1896) czyli 72⁰/₆. Cyfra ta prawie w trójnasób przewyższała ogólną śmiertelność niemowląt w Berlinie.

Okazało się, że większość dzieci badanych odznaczało się wątłą budową, gdyż na 129-ciu ważonych u 2-eh znaleziono normalną wagę.

Prócz tego przekonano się, że na stan rzeczy korzystnie wpłynęło oddawanie części dzieci na wykarmienie z podwyższeniem płacy (do 30 marek miesięcznie) przyjmującym je kobietom, z warunkiem ażeby stosowały się ściśle do wskazówek szpitala, do którego mają je przynosić co 2 tygodnie, a natychmiast w razie zasłabnięcia.

W 21 przypadkach, w których porównywano przyrost na wadze przy pielęgnowaniu dzieci z początku w szpitalu, później po za szpitalem pod kontrolą tegoż (controlirte Einzelpflege), wyniki przemawiały stonowczo na korzyść tego ostatniego, jak widać z odnoszonych tablic, przeplatających streszczaną pracę.

Nie mogąc powtarzać za autorem wszystkich szczegółów, dotyczących ulepszeń, zaprowadzonych w szpitalu w miarę wykrywania przyczyn znacznej śmiertelności, zaznaczymy, że w lutym r. 1896 w charakterze próby przeniesiono oddział dla niemowląt do jednego z baraków, należącego do instytutu dla chorób infekcyjnych Kocha, w którym 16 niemowląt pomieszczono w 2-eh obszernych salach.

Nadto urządzono się w ten sposób, że w celu zapobieżenia infekcyi, przyjęto oddzielną dozoreznię do karmienia dzieci i oddzielne dla doglądania ich wypróżnień. Tą drogą na każde dziecko wypadają 4 dozorezynie. Oprócz tego przyjęto jeszcze dozoreznię na noc i przedsięwzięto wszelkie możliwe środki zabezpieczające aseptykę pożywną. Wynikiem tego wszystkiego była pewna poprawa, której jednak świetną nazwać nie można, śmiertelność bowiem od początku listopada do końca stycznia wynosiła 62%, gdy roku poprzedniego w tychże miesiącach 69%.

W końcu autor podaje niektóre dezyderata ze strony lekarzy w kwestyi szpitala dla niemowląt. Przytaczamy z nich ważniejsze. Pożądaną jest rzeczą, żeby jeden z oddziałów szpitala dla niemowląt przyjmował obok tych ostatnich, w miarę możliwości i ich matki. We wzorowym instytucie powinno być 5 dozorezynie na 8 niemowląt, szpital taki winien składać się z wielu małych pokojków, w których każdy ma być pomieszczeniem najwyżej 4-eh ssawców.

W myśl tego podaje H. bardzo racjonalny projekt planu (z rysunkiem) odnosnego pawilonu 3 piętrowego dla 80 niemowląt i 48 matek, co według tego planu, w jednym skrzydle bocznem mają mieścić się pokoje nieduże; każdy dla 6 matek z dziećmi, z drugiej pokoje dla 4-eh niemowląt sztucznie karmionych — i obok pokój dozorezynie.

Urządzony w ten sposób instytut mógłby zarazem umożliwić porównawcze badanie wartości różnych metod odżywiania sztucznego.

B. Polikier.

282. M. Daut. **O stosunku t. zw. status lymphaticus do błonicy.**
(Jahrb. f. Kinderhik. T. 47).

Niektóre przypadki nagłej śmierci u dzieci przypisywano dawniej powiększeniu grasicy oraz uciskowi przez ten narząd na tchawicę.

cę wywieranemu. Obecnie mało jest zwolenników tego poglądu. Paltauf wykazał, iż powiększenie grasicy wraz z powiększeniem śledziony i przerostem tkanki limfatycznej uważać należy za przejaw ogólnego nienormalnego usposobienia natury limfatyczno-blednicowej i że w tem usposobieniu szukać należy przyczyny nagłej śmierci. Autor zwraca uwagę na względnie częste występowanie tego usposobienia („status lymphaticus“) u dzieci zmarłych na błonicę, u których śmierć następuje bardzo szybko pomimo energicznego leczenia. Status lymphaticus rozpoznąć można za życia. Charakterystyczny jest ogólny wygląd żółtawy, lekki stopień krzywicy, wyczuwalna śledziona, powiększenie gruczołów chłonnych i follikułów podstawy języka i gardzieli, ewentualnie powiększenie grasicy. Wszystkie odnośne przypadki autor dzieli na trzy grupy. Do pierwszej należą przypadki krupu, w których na sekeyi stwierdzić można tylko zajęcie krtani i tchawicy bez opuszczenia się sprawy poniżej rozdwojenia tchawicy. Błony rzekome tak jednak są cienkie, tak mało zwązają światło dróg oddechowych, iż jedynie tylko w osłabieniu działalności serca, występującem łatwo przy status lymphaticus, szukać należy wytłumaczenia silnej duszności, nie ustępującej nawet po takich zabiegach, jak intubacja. Do drugiej grupy należą przypadki, w których naloty znajdujące się na błonie śluzowej oskrzeli, a w płucach spotykają się ogniska zapalne. Śmierć jednak następuje w przypadkach tych tak szybko, że i tu wpływ status lymphaticus nie da się zaprzeczyć. Wreszcie do grupy trzeciej należą przypadki t. zw. septycznej postaci błonicy. Objawy kliniczne u dzieci tych wcale nie zapowiadały tak szybkiej śmierci. Wpływ status lymphaticus na szybkość zejścia śmiertelnego jest tu tem widoczniejszy, iż dzieci, nie dotknięte tą anomalią, albo powracają do zdrowia, albo jeżeli umierają, to znacznie później i zwykle na skutek wikłającego błonicę zajęcia serca. Na 79 zmarłych wskutek błonicy status lymphaticus można było stwierdzić u 23. F. S.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

283. Praetorius podaje przypadek **białkomoczu**, pochodzącego z **samozatrucia**. Chory 48-letni cierpiał przed kilkunastu laty na częste obrzmienie wątroby i żółtaczkę. Przy jednym z takich napadów autor znalazł białko w moczu w ilości $2\frac{0}{00}$ — $3\frac{0}{00}$, najobfitsze w moczu rannym; wałeczków w moczu nigdy nieznajdował on ani tym razem ani później.

Białkomocz zjawiał się i ginął perjodycznie. W dalszym przebiegu choroby wystąpiły nagle bóle w brzuchu i obraz kolki wątrobowej, który skończył się po wydzieleniu z kałem dwóch pęcherzyków bąblowca. Przedsięwzięto operację i znaleziono w tylnej części wątroby wielką torbiel wątroby, którą opróżniono i wygojono zwykłymi sposobami.

Od tego czasu ustał białkomocz. Już na zasadzie tego że białkomocz w czasie choroby występował niestale i że brak było w moczu wałeczków, autor przypuszczał, że miał do czynienia nie z zapaleniem nerek, lecz z zaburzeniem czynnościowym: Przyczyną tego zaburzenia były, prawdopodobnie, przetwory przemiany materii w kanale pokarmowym, które nie mogły być należycie zobojętnione w wątrobie z powodu jej cierpienia. Objaśniwszy w ten sposób powyższy przypadek, autor zwraca uwagę, że istnieje prawdopodobnie cały szereg białkomoczów czynnościowych, pochodzących z samozatrucia: białkomocz wskutek nadmiaru spożytych pokarmów białkowych, białkomocz noworodków, białkomocz po nadmiernych wysiłkach mięśniowych, w chorobach przewodu pokarmowego i wątroby; dalej białkomocz u ludzi z chorobami konstytucjonalnymi: obrzęk śluzowy (myxoedema), kretynizm, idyotyzm, i t. p.; nakoniec białkomocz w otyłości, skazie moczanowej i cukrzycy. Nie znaczy to, żeby szereg chorych tego rodzaju był zabezpieczony od zapalenia nerek; owszem, u chorych takich często znajdujemy na sekcji zapalenie śródmiąższowe nerek, które mogło przebiegać nawet skrycie; jednak, prawdopodobnie, początkowo istniał na nich tylko białkomocz czynnościowy, który, przy długim trwaniu samozatrucia, doprowadził wreszcie do zapalenia nerek. Tak często spotykane na sekcji zapalenie nerek śródmiąższowe bez wszelkich objawów tego cierpienia za życia i bez widocznej przyczyny, która mogłaby je sprowadzić, ma, prawdopodobnie, za podstawę przewlekłe samozatrucie.

(Berl. Klin. Woch. 14. 1898).

W. M.

284. Redtenbacher podaje trzy przypadki kamicy żółciowej z ciężkim przebiegiem, w których dokonana została operacja, mająca na celu usunięcie kamieni z przewodu żółciowego i pęcherzyka. Dwa przypadki miały zejście bardzo pomyślne; w trzecim zejście było śmiertelne z powodu powikłań i ogólnego wycieńczenia chorej. Autor gorąco poleca operację w cięższych przypadkach kamieni żółciowych; zapobiega ona ciężkim często powikłaniom przez ropne zapalenie pęcherzyka, przedziurawienie go, zapalenie otrzewny, a przy bardziej przewlekłym przebiegu — przez raka pęcherzyka żółciowego.

(Wien. Med. Woch. № 13 1898).

W. M.

285. Krokiewicz i Batko podają nową reakcję na badanie barwników żółciowych moczu (modyfikacji reakcji diazobenzolowej Ellicha). Nalewa się do epruwetki małą ilość 1% roztworu kwasu sulfanilinowego 1% roztworu Natri nitrici — po dodaniu moczu zawierającego barwniki żółciowe zjawia się rubinowo-czerwone zabarwienie; które po dodaniu czystego kwasu solnego przechodzi w amarylowo-fioletowe. Jeżeli przed dodaniem moczu dodać kwasu solnego — próba udaje się z maleńkimi ilościami reaktywu i jest czulszą od Gmelina. Kwas solny można zastąpić innymi kwasami.

(Deutschs. M. W. 14).

286. Bosqiner opisuje przypadek, rozpoznany przez niego post mortem jako *cirrhosis hypertrophica peritonei*. Za życia obrzęki dolnych kończyn, ascites bardzo znaczny. Nie było żółtaczki ani

zmian w moczu i śledzienie, takie objawy przemawiały za gruźlicą otrzewny. Przy sekcji otrzewna okazała się błyszcząca, biała, mocno zgrubiałą, miejscami do 3—4 mm. Mikroskopowo tkanka łączna w nadmiarze.

(D. M. W. 14).

287. Talomon zwraca uwagę, że **histerya symuluje często objawy zapalenia wyrostka robaczkowego**. 1) jako pseudo apendicitis histerica, która wytwarza obraz kolki kiszkiowej w okolicy wyrostka robaczkowego: wymioty, bóle, nadezłość albo obraz ograniczonego zapalenia otrzewny (skurecz mięśnia biodrowego, symulujący tumor), 2) jako Tympanites histericus przy rzeczywistym zapaleniu wyrostka robaczkowego, co czyni objawy ostatniego rzekomo groźnymi.

T. przytacza spostrzeżenia, w których po operacji nie znaleziono najmniejszych zmian.

(D. M. W. 14).

288. Schnitzler podaje przypadek **guza odźwiernika natury skurczowej**. 35-letnia kucharka, histeryczka chorowała od kilkunastu lat na rozmaite dolegliwości żołądkowe; między innymi przed kilku laty miała silne bóle w dołku, rozpromieniające się do pleców i obfite krwawe wymioty, które powtarzały się potem wielokrotnie przyczem zjawiały się czarne, smoliste stolec. Przy pierwszym badaniu autor znalazł w okolicy, odpowiadającej położeniu odźwiernika guz wielkości małego jabłka, twardy, bolesny. Prócz tego liczne objawy histeryi zostały zanotowane. Chora skarżyła się ciągle na bóle w epigastrium i na krwawe wymioty, których jednak nie spostrzegano ani razu. S. przypuszczał że ma do czynienia z blizną naokoło żołądka i na żądanie chorej wykonał cięcie brzuszne. Po otwarciu brzucha znaleziono w odźwierniku guz, który jednak zniknął niebawem i zjawiał się ponownie 3 razy w ciągu operacji. Po przecięciu odźwiernika nie znaleziono nic nieprawidłowego oprócz przerostu mięśni. Poprzeczne cięcie odźwiernika zeszyto podłużnie (podług Mikulicza). Po operacji poprawa na pewien czas. W literaturze podawane są podobne przypadki. Führer w 1854 r. spostrzegł przypadek skureczu odźwiernika ze śmiertelnem zejściem. Na sekcji znaleziono nieznaczne uszkodzenie błony śluzowej odźwiernika i znaczny przerost jego mięśni. Hussmaul, Ziemssen, Eurald, Oser, i inni uważają skurcze odźwiernika za zjawisko odruchowe, zależne od uszkodzeń błony śluzowej odźwiernika: od zapaleń, nieznacznych guzów, namiernej kwaśności soku żołądkowego i t. d. Doyek opierając się na doświadczeniach Mikulicza, że wrzód żołądka goi się dobrze po dokonaniu plastycznej operacji odźwiernika, wypowiedział przekonanie, że skurecz odźwiernika jest zjawiskiem pierwotnem, a nadkwaśność żołądka z uszkodzeniem błony śluzowej jego, wrzód żołądka i t. p.—są następstwem skureczu.

U opisanej chorej autor wykonał 4 razy laparotomię z powodu powikłań, które wystąpiły w przebiegu zdrowienia.

(Wien. Med. Woch. 15. 1898).

W. M.

289. Urban badając 5 przypadków **ościennego zapalenia opon mózgowych**, w płynie, otrzymanym przy punctio lumbalis, znalazł licz-

ne diplokokki leżące swobodnie lub w komórkach—postacią zbliżone do gonokoków. Badania autora nad temi drobnoustrojami doprowadziły do danych, różnych od dotychczasowych—a mianowicie:

Hodowla na kartoflu zawsze się udawała autorowi. Szczepienie hodowli udawało się dodatnio po znacznie dłuższym czasie, niż utrzymywali dotąd. Drobnoustroje barwiły się Grammem—co do czego zdania były podzielone. Hodowle bulionowe wywoływały u świnek morskich objawy chorobowe — lecz nie zbliżone do meningitis cerebri spinalis. W płynie badanym, autor oprócz diplococców—innych drobnoustrojów nie wykrył—potwierdza więc przypuszczenie, że one wywołują chorobę.

(Wiener. Kl. W. 38—41).

290. S z e g e l o f opisuje przypadek **malaryi**, w którym stosowa-
z dobrym skutkiem **sinek metylenu**. Przytacza go ze względu na pot-
dzielone zdania co do działania tego środka. Mosiężnik chory od lat
trzech na malaryę — gorączka, anemia, brak łaknienia, zatwardze-
nie etc., znaczne powiększenie śledziona i wątroby. Chinina i So-
lutio Fovleri podskórnie zupełnie bez rezultatu. Wtedy zastosowa-
no sinek metylenu 0,25 w opłatkach trzy razy dziennie przez trzy
dni. Natychmiastowe polepszenie: śledziona zmniejszona o połowę.
Środek podawano do 6-go dnia z następującą 6-dniową przerwą i znowu
wrócono do podawania przez dni 6; chory wyzdorwił zupełnie.
Pobocznych objawów w czasie przyjmowania środka nie było żadnych
—mocz badany codziennie, bez białka.

(Medicinskoje obozrenie № 7).

291. L e o Z u n t z wymierzał **przemianę gazów u cyklistów** w czasie
jazdy na asfaltowanym terenie, umieszczając aparat do mierzenia na kie-
rowniku. Jednocześnie także doświadczenia wykonanemi były u piechu-
rów na terenie laboratorium Zunz'ego. Rowerzysta przy szybkości jazdy
15 km. na godz., spożył 72 litry tlenu. Piechur przy szyb-
kości 6 km. na godz. — tylko 59 litrów. Mniejsza lub większa szyb-
kość jazdy powoduje mniejsze lub większe zużycie tlenu. Opór po-
wietrza gra tu największą rolę.

(Phlügers Archiv. Bd. LXX. S. 346. D. M. W. 14).

292. W i s s e l n i k zestawia **liczbę raków macicy**, spostrzeganych
i **operowanych u Küster'a** w przeciągu 2½ lat. Od października 1893
r. do marca 1896 r., spostrzegano 275 przypadków carcinomatis uteri.
Całkowitych wyłuszczeń macicy wykonano 63—z tych operacyi
pochwowych 55 — brzusznych 8. Najczęstszy wiek chorych piąty
dziesiątek lat. Przeważał rak części pochwowej. Najwięcej szans
operacyjnych daje 3—4 dziesiątek lat chorych, a z postaci chorobowych
— rak ciała macicznego — z 55 operowanych przez pochwę — jedna
zmarła z powodu ileus — 28 laparatomii — również jedna z powodu
pneumonia septica.

Przeżytność życia po wypuszczeniu z kliniki 8, 9 miesięcy, po-
wroty choroby najczęściej w ciągu roku po operacyi. Po roku do-
piero rozpatruje autor liczbę wyleczeń. Mały względnie procent na-
dających się do operacyi, autor objaśnia niedbałością chorych, które

się późno zgłaszają albo z winy własnej lub lekarzy, nie badających organów płciowych. Przeciwwskazaniem do operacji było rozszerzenie się nowotworu na pęcherz, kiszkę, moczowody—nie na parametria. Technika operacyjna nie różniła się od ogólnie przyjętej. Częściowe wyluszczenie zupełnie bywa bez rezultatu z powodu szerzenia się nowotworu przy pomocy naczyń limfatycznych.

Często spostrzegano raka podwójnego szyi i ciała macicznego, co objaśniano po części przerzutem przy poprzednich curettement. Przypuszczalność podobnych przerzutów podaje wskazanie, aby dokładnie i starannie niszczyć tkankę rakową przed wyluszczeniem organu. W tym celu lepszym okazuje się Paquelin niż nóż. Z tegoż powodu operacje przez cięcie brzuszne przewyższają pochwowe, ponieważ przy pierwszych unika się zetknięcia w czasie operacji nowotworu z tkankami.

Zamknięcie otrzewny po wyluszczeniu zbyt czyste, kiszki nie mogą wypaść do pochwy—ponieważ przydatki maciczne, zasadniczo nie usuwane o ile nie wykazują zmian makroskopowych. Zapadają w otwór otrzewny i zamykają go. Nie obawia się również autor ileus—przy pochwowych wyluszczeniach nie zdarzyło się ani razu zranic sąsiednie organy—przy operacjach brzusznych raz naderwano pętlę kiszki i rezekowano je, drugi raz otwarto pęcherz i zszyto bez złych skutków. W przypadkach, nie mogących podlegać operacji, stosowano ostrą łyżeczkę z następczem przyżeganiem.

(Zeitschrift für Geburtshilfe and Gynäk. Bd. XXXVII H. 2 D. M. W. 14. Zur Therapie des uterus carcinom).

293. Klippel opisuje przypadki **arthritis deformans**, umiejscowione wyłącznie w stawie **carpo—metacarpolnym** dużego palca i wywołujące mniej lub więcej zupełne zniechęcenie stawu — pozostałe stawy wolne. Bóli nie bywa. Jedyne objawy: powolnie występująca nieruchomość stawu i wytworzenie na poziomie stawu kostnych złogów — czasami zjawiają się Heberden'owskie guziki w innych stawach palcowych. Łączy się zwykle postać ta z zaburzeniami nerwowymi, mózgowo rdzeniowymi, zbliżonemi do objawów, występujących przy stwardnieniu mózgu z następczem rozmiękczeniem. Trzy pośmiertne badania wykazały tylko zanik mięśnia ksobnego palucha — błona maziowa stawu i inne mięśnie w stanie prawidłowym. Autor uważa opisaną postać chorobową za identyczną z reumatyzmem Heberdena (prawidłowy stan błony maziowej, kostne złogi, brak bolesności, łączność z systemem mózgowo-rdzeniowym.

(D. M. W. 14).

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie dnia 21-go czerwca

Przed porządkiem dziennym: 1) *Bregman* przedstawił przypadek dystrophiae musculorum progres. postaci Landouzy Dejerine'a t. j. z pierwotnem zajęciem twarzy. Chora 17-letnia z twarzą facies myopathica (wargi grube, wywrócone, usta szerokie, policzki wygładzone, oczy rozwarłe złazawione). Od 12 roku życia chora uskarża się na osłabienie w prawej kończynie górnej. Prawe ramię jest niższe, łopatka zaś odstaje od klatki piersiowej. Mięsień kapturowy zanikł prawie zupełnie, mięśnie ramienia są znacznie osłabione. Odczyn elektryczny mięśni zachowany.

Mączewski przedstawił przyrząd słuchowy Marage'a, usuwający braki trąbki słuchowej — jestto walec hebanowy wysokości 2 ctm. o średnicy 3 ctm. w środku którego napięta jest błona kauczukowa, wzmacniająca głos. W jednym końcu walca jest lejkowaty otwór do odbierania dźwięków, w drugim są kauczukowe rurki które wprowadza się do przewodu słuchowego. Przyrząd służy między innymi, do mięśnienia błony bębenkowej.

Steinhaus przedstawił chorego z retinitis albuminurica, zasługującego na uwagę z powodu obrazu oftalmoskopowego; zwykle w tem cierpieniu jamka środkowa plamki żółtej nie zmieniona; w danym zaś przypadku jedna, duża „plaque“ zajmuje i jamę i całą plamkę i z tej plaque rozchodzą się białe promienie we wszystkie strony.

Sołowiejczyk przedstawił 12-letniego chłopca, który przy upadnięciu oderwał sobie zupełnie cewkę w części błoniastej, skutkiem czego nastąpiło zatrzymanie moczu i zgłębnik nie dostawał się do pęcherza. Operacyi dokonano przez międzykrocze z pomyślnym zejściem.

Stankiewicz przedstawił: a) kawałek kateteru ułamanego, dobytego z pęcherza młodej dziewczyny, która cierpiała na zatrzymanie moczu, prawdopodobnie wskutek ucisku dwurogiej macicy, z zatrzymaną wydzieliną miesięczkową (haematometra); b) kryptogram klatki piersiowej młodego chłopca, który został postrzelony strótem. Znaczna ilość śrócin uwydadnia się bardzo wyraźnie na zdjęciu.

Na porządku dziennym: *Hanicki* mówił o *samoistnej sedymentacji krwi, jako o metodzie badania klinicznego*. Mówca chciał sprawdzić tezę Biernackiego, że sedymentacja ma cechy swoiste w pewnych stanach chorobowych. Przy pierwszych zaraz doświadczeniach (po 2 i więcej jednocześnie prób niedwłókniowej i odwłókniowej krwi) okazało się, że wyniki badania były zmienne u tych samych osobników. Okoliczność ta skłoniła *H.* do zbadania przyczyny tej

zmienności *resp.* do poznania sedymentacji jako metody badania klinicznego. W tym celu *H.* zrobił 185 badań na 60 chorych, sprawdził wyniki na królikach i doszedł do następujących wniosków: a) sedymentacja z uwzględnieniem różnych czynników jako wielkości stałych jest funkcją krzepliwości krwi; b) technika odwłókniania przez klócenie wpływa na szybkość sedymentacji; c) stopień utlenienia krwi sam przez się na szybkość sedymentacji nie wpływa; d) dane, dotyczące szybkości sedymentacji krwi niedowłóknionej bez uwzględnienia krzepliwości, oraz dane co do krwi odwłóknionej, bez uwzględnienia techniki odwłókniania są bez wartości; e) ściśle uwzględnienie krzepliwości i ujednostajnienie techniki odwłókniania jest w praktyce niewykonalne; f) samoistna sedymentacja przy obecnej technice badania, nie może mieć znaczenia rozpoznawczego.

W dyskusji *Biernacki* zwraca uwagę, że ilość dodanego szczawianu wbrew *H.* wpływa na szybkość sedymentacji. Krew zmieszana ze szczawianem może sedymentować powolniej; zależy to od zmniejszonej ilości fibrynogenów. Krew nalana później w przypadkach *H.* musiała być nadkrzepła i wskutek tego sedymentowała powolniej. Brakiem pracy *H.* jest pominięcie obliczenia ilości ciałek krwi i wody; przez to *H.* nie mógł odnaleźć wpływu gorączki na sedymentację. O swoistej sedymentacji w rozmaitych stanach chorobowych nie może być mowy, bo mamy tylko sedymentację szybką i powolną. O tem, czy sedymentacja nadaje się do celów rozpoznawczych *H.* nie może nic powiedzieć, bo badań odpowiednich nie robił. Sedymentacja ma podług *B.* znaczenie jedynie w rozpoznawaniu gośćca, co się tyczy nerwic to rzecz ta należy jeszcze do historii.

Luxenburg cyni uwagę, że, sprawdzając czyjeś badania, należy postugiwać się ściśle tą samą metodą. W przeciwnym razie wyniki sprawdzenia nie mają wielkiej wartości: *L.* w szeregu przypadków stwierdził odchylenie typu sedymentacji w histeryi i neurastenii.

Miklaszewski jest zdania, że oponenti niezupełnie zrozumieli pracę *H.* Gdy oni postawili sobie na zadanie wykazanie pewnych swoistych zaburzeń sedymentacji w rozmaitych cierpieniach, *H.* porzucił na skromniejszym zadaniu i badał, czem jest sedymentacja w warunkach fizjologicznych. Otóż wiadomo, że w warunkach zdrowia krew nie przedstawia tkanki o własnościach stałych; dość wspomnieć o leukocytozie trawiennej, która jest stanem fizjologicznym, a bez wpływu na sedymentację pozostać nie może. Takich stanów fizjologicznych, zmieniających skład krwi, można przytoczyć więcej, jak np.: cięża, zmęczenie, poty, wpływ wypitych płynów wysokokowych, i t. p. Czyż możliwem jest uwzględnić cały szereg stanów fizjologicznych i dostatecznie wyłączyć ich wpływ na sedymentację?

Miklaszewski uważa to za niemożliwe i zaznacza, że jeśli *Biernacki* i *Luxenburg* nie uwzględnili tych stanów fizjologicznych, to nie mają prawa kłaść wszystkiego, co im dała sedymentacja na karb stanów chorobowych, a tembardziej budować całych teoryj o powstawaniu nerwic. Drugim ważnym faktem podniesionym przez *H.*

jest metodyka badania. Tylko takie badania uprawniają nas do wniosków, gdzie możemy działać zawsze w jednostajnych warunkach; o to jednak nie możemy się kusić przy sedymentacji, bo najmniejsze uchylenia w tę lub w ową stronę w technice (głównie co do szybkości działania), sprowadzają wielkie różnice w wynikach. Tu, gdzie część sekundy ma swoje znaczenie, gdzie takie wpływy, jak sprycki, sposób jej uzupełniania, siła i sposób klócenia, ciepłota powietrza i t. d. zmieniają typ sedymentacji, nie możemy nawet w stanie zdrowia wyprowadzać wniosków co do sedymentacji; a cóż dopiero za wartość mogą mieć wnioski w sprawie różnicowania chorób i budowania teorii patogenezy!

Hanicki odpowiada, że krew, przezeń badana, bynajmniej nie była skrzeplą; otrzymywał jednak w tym samym przypadku sedymentację szybką, normalną lub powolną, zależnie od szybkości samego badania. Wahanie w granicach kilkunastu sekund, niemożliwe w praktyce do uniknięcia, zmieniają typ sedymentacji. Ilość szczawianu, użytego do krwi nieodwłókniowej, nie ma podług badań *H.* wpływu na szybkość sedymentacji. Ilości ciałek i wody *H.* nie określał, bo przyszedł do przekonania, że sama metoda sedymentacji nie może służyć do celów rozpoznawczych, ponieważ ujednostajnienie warunków badania jest niemożliwe.

Biernac'i przypomina, że może *H.* brał do swych doświadczeń osobników ze zwiększoną krzepliwością krwi. Co do metody, to zaznacza, że niema wogóle takich, na które zewnętrzne czynniki nie wywierałyby pewnego wpływu.

Hanicki przeczy temu, by badał tylko osobników o zwiększonej krzepliwości krwi. Śród 60 chorych szpitalnych rozmaitych nie może być mowy o takiej jednostajności. Zresztą dowiódł, zdaje się, że nie tyle sam stan chorego, ile technika sedymentacji bardzo znacznie wpływa na otrzymywane wyniki.

W. Miklaszewski.

VI. Pierwszy rok stacyi ratunkowej w Warszawie.

W dniu 22 lipca r. z. w mieście naszym powstała instytucja pierwszorzędnego dla miasta znaczenia: Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej. Instytucja ma na celu tylko pomoc doraźną w wypadkach, zdarzających się na ulicach miasta lub w miejscach publicznych i w tym zakresie działania przynosi korzyść nie małą. Wszyscy dobrze życzący swemu społeczeństwu lekarze otwarcie instytucji przyjęli z łatwo zrozumiałą radością, wypełniała bowiem w ratownictwie lukę poważną.

Wobec tego, że instytucja ta przeżyła już rok pierwszy istnienia i byt jej jest ustalony, uważam za odpowiednie podzielić się z czytelnikami *Kroniki* szczegółowem sprawozdaniem, tembardziej,

że powodzenie stacyi ratunkowej warszawskiej pobudzić powinno większe miasta nasze jak Łódź, Częstochowę, Lublin i t. d. do zaprowadzenia u siebie podobnej stacyi.

Kronika Lekarska w swoim czasie niejednokrotnie zaznaczała pożytek instytucyi, uważam więc za zbyteczne wracać do tego przedmiotu, natomiast ważną jest rzeczą bliżej zapoznać się z działalnością stacyi i jej organizacyą. Dane co do tej ostatniej, zamieściłem w niedawno wydanym odczycie p. n. „Pogotowie ratunkowe w Warszawie i zagranicą“, tam więc odsyłam moich czytelników. Co się zaś tyczy działalności, widać ją z wyciągu ze sprawozdania, który stanowi treść niniejszej notatki.

Na czele instytucyi stoi Zarząd z 12 wybieralnych składający się członków, którzy w dniu 23 lutego r. z. wybrali na lat 3 prezesa hr. Gustawa Przeddzieckiego, wiceprezesa i obecnie inspektora stacyi prof. Juliana Kosińskiego, sekretarza d-ra Józefa Zawadzkiego i skarbnika adw. Józefa Steynera. W chwili obecnej do składu Zarządu należą jako członkowie hr. Marya Gustawowa Lubieńska, p. Marya Wrotnowska; pp. mecenas L. Wrotnowski, redaktor S. Libicki, d-rzy W. Stankiewicz, W. Szteyner i W. Szumlański, zastępcy rejent Z. Wasiutyński i dr O. Hewelke. W ciągu roku opuścili stanowisko członków Zarządu pp. Ludwik Górski i hr. W. Wielopolski, zmarł dr. Roman Jasiński.

Personel Towarzystwa składał się pierwotkowo z zarządzającego stacyą z pensją rs. 600 rocznie, 6 lekarzy dyżurnych z pensją po rs. 500 rocz., intendenta rs. 300 rocz., 4 sanitaryuszów po rs. 220 rocz. i 1 woźnicy rs. 360 rocz., w sierpniu już jednak przyjęto woźnego i jednego woźnicę, a w październiku zwiększono o 2 lekarzy dyżurnych i 12 lekarzy zastępców personel lekarski, a liczbę sanitaryuszów powiększono do 5; w końcu listopada zwiększono personel kancelaryjny o przychodniego buchaltera. W tym składzie osobistym Pogotowie pracowało do kwietnia r. b., kiedy z powodu zwiększającej się pracy przyjęto stałego pomoc. kasyera - buchaltera, w czerwcu zaś mianowano jeszcze 4-ch stałych lekarzy dyżurnych. W chwili obecnej personel Towarzystwa składa się z zarządzającego stacyą z pensją rs. 720 rocz., 8 lek. dyż. starszych z pensją rs. 500 rocz.; 4 lek. dyż. młodszych z pensją rs. 400 rocz. oraz 11 lekarzy zastępców, którzy w danej chwili, przy dyżurach po 3-ch, również stale pełnią swe obowiązki i są płatni od dyżurów, co stanowi rs. 540 na półrocz. W kancelaryi Towarzystwa pełnią obowiązki intendent z pensją rs. 600 i pom. kasyera z pensją rs. 600. Bezplatny nadzór weterynaryjny nad końmi Towarzystwa od początku pełni p. Z. Feistenstadt. Personel niższy składa się z 1 woźnicy starszego rs. 360 rocz., 2-ch młodszych po rs. 300, 3 sanitaryuszów starszych po rs. 240 rocz., 1 zapasowego rs. 240 rocz. i 3 młodszych po rs. 226 rocznie.

Koni towarzystwo w początkach miało 3, w chwili obecnej 8. Inwentarz martwy zwiększył się znacznie: wozów ratunkowych jest w chwili obecnej 3 („Konstaty“, „Cyklista“, „Warszawianka“), 1 zapasowy i 1 karetka do przewożenia chorych na zamówienie, prócz tego zwiększył się inwentarz pierwotny przez skompletowanie narzędzi, ku-

frów, umeblowania etc. Dodać należy, iż lokal 2-krotnie w ciągu czasu sprawozdawczego ulegał powiększeniu z powodu wzmagających się czynności.

Już z tego pobieżnego sprawozdania widać jak szybkim krokiem w ciągu roku rozwijała się stacya, jak z małego związku w ciągu krótkiego czasu powstała poważna i pożyteczna instytucya. Początkowo zaledwo 32 członków rzeczywistych (składka rs. 5) liczyło Towarzystwo, dzięki zabiegom zarządu, w sierpniu r. z. było już 292, we wrześniu 391, w grudniu 546. Obecnie instytucya liczy w swem gronie 1 członka honorowego (JO. ks. Imeretyńskiego), 7 członków protektorów 740 członków rzeczywistych i 5 członków czynnych.

Z danych powyższych jest widoczny postęp Towarzystwa, które w ciągu 1-go roku swego istnienia rozwinęło się znacznie. Budżet dziś przynosi 20,000 rubli z których 6,880 idzie na pensye lekarzy, 1,200 na pensye urzędników, a 2,880 rubli personelu niższego, 3,150 rubli płaci Towarzystwo za lokal, utrzymanie 8 koni, opatrunki i lekarstwa, kupno narzędzi i rozmaitych utensyliów pochłaniają resztę.

Wydatki instytucyi pokrywają się ze składek członków, z zasiłku miejskiego 5,000 rubli, oraz z zabaw publicznych i ofiar.

Przejdźmy teraz do statystyki wypadków. W ciągu 1-go roku wzywano pomocy Pogotowia 3,207 razy, z wezwań tych 70,7% wypadało na godziny dzienne 29,3% na godziny nocne, najwięcej wezwań bo 51% notowano od osób prywatnych, dalej idzie policya 33%, fabryki 10%, instytucye różne 6%. Widzimy z tego jak szybko instytucya zdołała zaskarbić sobie zaufanie u publiczności, w Wiedniu np. do tej cyfry doszła czynność stacyi zaledwo w 4-tym roku istnienia, a w Peszcie w 3-cim roku, mimo, że miasta te większą, niż Warszawa mają liczbę mieszkańców. Z tych 3207 wezwań stacya w 156 wypadkach (5%) nie udzieliła pomocy z powodu odwołania lub niewłaściwych wezwań np. do domów prywatnych w 149 wypadkach były alarmy fałszywe. W 2465 wypadkach t. j. w 81% udzielono pomocy na miejscu wypadku w 19% wypadków na stacyi, głównie przy osobistem zgłoszeniu się poszkodowanych.

Między poszkodowanymi było:

mężczyzn	64 %	robotników i rzemieślników	40 %
kobiet	24 „	wyrobników i służby . . .	17 „
dzieci do lat 10	12 „	t. zw. zajęć wyzwolonych .	17 „
prawosławnych	5%		
katolików	68 „		
ewangelików	2 „		
żydów	21 „		

Co się tyczy wieku to:

od 1—5 r. ż. było	2,7%	od 30—40 r. ż. było	8,7 %
„ 5—10 „ „	2,6 „	„ 40—50 „ „	9,7 „
„ 10—15 „ „	5,4 „	„ 50—60 „ „	7 „
„ 15—20 „ „	1,4 „	„ 60—70 „ „	4,4 „
„ 20—30 „ „	2,6 „	„ 70—80 „ „	2 „

Z danych tych widzimy, iż najwięcej podlegali wypadkom mężczyźni, katolicy w wieku największej pracy fizycznej, gdyż największa odsetka przypada na rzemieślników i wyrobników.

Najwięcej wypadków 18% zdarza się w cyrkułe VII (dużo fabryk), najmniej 4% w cyrkułe V (handlowym).

W czasie sprawozdawczym udzielono pomocy w 1804 przypadkach chirurgicznych co stanowi 69%, cierpienia wewnętrzne stanowią 21% (826 przyp.).

Między cierpieniami chirurgicznymi było najwięcej ran tłuczonych 25%, dalej idą stłuczenia 20,5%, rany cięte i klute 18,8%, złamania proste i powikłane 16,5%, oparzeń było 4%, zwichnięć 2,7% i t. d.

Z cierpień wewnętrznych osłabienie ogólne notowano w 122 przypadkach, czyli w 14,7%; 24% stanowiły napady padaczki i histeryi, 12% zatrucie alkoholem, 9% omdlenia, 11% kurecze i bóle żołądka.

Samobójstwa było 93 przypadki z których 15% było otruc, 19% ran postrzałowych. Porodów i poronień na ulicy było 37, przypadków obłąkania 18. Śmierć stwierdzono w 61 przypadkach.

W celu ratunku stosowano w 1036 przypadkach opatrunki na miejscu wypadku, w 398 opatrunki na stacyi; dokonano 226 drobnych operacyi, w 800 przypadkach podano środki wewnętrzne, w 18 stosowano oddech sztuczny a w 48 przemycie żołądka.

W ogóle przewieziono chorych z miejsca wypadku 1191 razy, z tych 902 osoby do szpitali, 191 do domu, 52 do przytułku, 34 na stacyę.

Oto pokrótce zarys statystyki stacyi ratunkowej, niezmiernie ciekawy, gdyż jest to pierwszy wogóle obraz nagłych wypadków, zdarzających się w Warszawie. Przypuszczając, że stacya była czynną przy znacznej części przypadków i nagłych zasłabnięć, widzimy, iż lwia ich część stanowią wypadki przy pracy, dalej zaś idą skaleczenia po większej części zbrodniczą dokonane ręką za pomocą noża. Statystyka ta więc i dla sądzenia o ogólnym poziomie moralności w mieście z czasem mieć będzie znaczenie.

Ograniczamy się na tych kilku słowach, gdyż szerszych wniosków ze statystyki jednorocznej wyciągać jeszcze nie można.

Dr. Józef Zawadzki.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go sierpnia.

—j.z.— Już tylko dla historii niedoszłego w Poznaniu zjazdu podajemy poniżej zakończenie korespondencyi między komitetem organizacyjnym, a ministeryum pruskim.

Na podanie apelacyjne komitetu p. minister odpowiedział co następuje.

„Berlin dnia 19-go lipca roku 1888-go. Ministeryum spraw wewnętrznych II. 11112, 11106. — Odpowiadając na zażalenie z dnia 7-go bieżącego miesiąca, nie jestem w możności uwzględnić zawartego w nim wniosku o cofnięcie wydanego przez król. prezesa policyi zakazu udziału obcekrajowców w zamierzonym kongresie lekarskim. Jakkolwiek król. rząd państwowy z wszelką gotowością popiera wszelkie naukowo-fachowe usiłowania i urzędzenia, to jednak w równej mierze ma obowiązek czuwać nad tem, żeby tych urzędzeń nie nadużywano do celów, do których nie są przeznaczone. Przyopuszczenie takie było jednak w tym przypadku uzasadnione, skoro prasa zagraniczna, powołując się na znane niedawno zajścia, publicznie wzywała do jaknajliczniejszego udziału w kongresie, aby z niego w tej drodze zrobić punkt zborny dla całej słowiańszczyzny. Ten przebieg sprawy nie pozostawia żadnej wątpliwości, że w projektowanym zjeździe nie chodziło już tylko o kongres czysto naukowo-fachowy, ale że razem z nim miała być połączona manifestacja polityczna, w tendencyi swej skierowana przeciw Niemczyźnie. Na tolerowanie tego rodzaju demonstracyi, szkodliwej dla pokojowego pożycia obu narodowości, nie pozwala nietylko wzgląd na niemiecko-narodowe interesa w ogólności, ale w szczególności także wzgląd na ludność niemiecką Poznania i prowincyi. Miał tedy prezes policyi w Poznaniu zupełne prawo wystąpić przeciw wykonaniu tego zamysłu, zabraniając udziału lekarzy zagranicznych w kongresie. Jeżeli przytem zwrócił uwagę, że w danym razie zniewolony będzie przybyłych lekarzy zagranicznych wydaleć z granicę, to tem samem zapowiedział li tylko użycie tego środka, które w danych stosunkach w razie przekroczenia jego rozporządzenia wydawało się jedynie odpowiedniem. *Von der Recke*. Do komitetu VIII-go kongresu lekarzy i przyrodników polskich, na ręce d-ra Święcickiego w Poznaniu.“

Zaznaczamy — pisze komitet poznański — „po pierwsze, że pan minister decyzję swoją opiera wyłącznie na artykułach prasy zagranicznej; po drugie, że natomiast ani słówkiem nie dotyka przytoczonych przez komitet oświadczeń i argumentów, wykazujących, że obawa, jakoby zjazd nie miał mieć charakteru czysto naukowego, jest zupełnie nieuzasadnioną; po trzecie, że uderzającym jest, iż pan minister zdaje się być zdania, jakoby prezes policyi tylko w pewnych okolicznościach („*unter Umständen*“) zagroził wydaleniem uczestników zagranicznych zjazdu, gdy tymczasem wiadomo, że zagrożenie to było bezwzględnie skierowane przeciw wszystkim gościom zagranicznym. Wstrzymując się od wszelkiej dalszej krytyki powyższego rozporządzenia, zakładamy jednakże niniejszem stanowczy protest przeciw takiemu traktowaniu nauki i jej reprezentantów. Sąd o tem pozostawiamy światu cywilizowanemu i historii. *Dr. H. święcicki* prezes zjazdu. *Dr. A. Jaruntowski*, sekretarz generalny.“

—j.z.— Przed półrokiem na tem miejscu nawoływałem nasze Towarzystwa lekarskie prowincjonalne do zadziernięcia ściślejszych węzłów między niemi i z Warszawą za pośrednictwem pism lekarskich. Tym razem słowa wywołały oddźwięk w większości Towarzystw; jesteśmy w możności już dziś zapoznawać czytelników z przebiegiem posiedzeń Towarzystw lubelskiego i kaliskiego. Jest to początek, niewątpliwie, sądzę, że za przykładem tym pójdą koledzy z Płocka, Łodzi, Suwałk, Kutna i t. d. i że ogół czytających nie będzie, jak dotąd, trwał w nieświadomości, co się dzieje po za granicami Warszawy. Ogłoszone dotąd sprawozdania wykazują dowodnie, że Towarzystwa te pracują i że szkoda, doprawdy, straconych dotąd, a, jak widać, cennych spostrzeżeń. A więc czekamy na inne towarzystwa.

—z — Przed tygodniem wyszedł z druku zeszyt II-gi „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, w którym mieści się. 1) J. Luxemburga — Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych (hysterii i neurastenii); 2) A. Sokołowskiego — Kamienie nerkowe niezwykłego składu i wielkości; 3) K. Stróżewskiego — Słów kilka w kwestyi leczenia wjadu rdzenia; 4) Sunderlanda — 220 przypadków zwężenia częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy pochodzenia poporodowego; 5) J. Sawickiego — Falowanie nerwowe jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego. (Ciąg dalszy); 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warsz.; 7) Rocznik Zarządu Warsz. Lek. Tow.; 8) Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1897. Przegląd piśmiennictwa w r. b. otrzymał podział na grupy bardziej szczegółowe.

—z. — Według obliczeń czasopisma „Wykształcenie“, skarb państwa wydaje na uniwersytet w Moskwie 945,000 rb. rocznie, na akademię wojskowo-lekarską 530,000, uniwersytet w Petersburgu 407,000, w Kijowie 380,000 i w Odessie 255,000. Wobec tego i w porównaniu z liczbą kończących zakłady naukowe, każdy student, kończący kurs w r. 1896-ym kosztował: w uniwersytecie petersburskim 930 rb., charkowskim 1,228, moskiewskim 1,442, w instytucie dróg i komunikacji 1,634, w instytucie górniczym 3,766, w akademii wojskowo lekarskiej 4,315 i w instytucie historyczno-filologicznym w Petersburgu 10,664 rb. Ostatnia cyfra w rzeczywistości powinna być znacznie wyższą, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w instytucie wspomnianym na 11-tu kończących, 7-miu ukończyło wydział historyczny i tylko 4-ch klasyczny.

Szkoda, iż nie mamy pod ręką danych co do uniwersytetu warszawskiego, gdzie stosunek wydatków na wydziały lekarski, przyrodniczy, oraz filologiczny do liczby studentów niewątpliwie wypadłby również na niekorzyść wydziału filologicznego.

NEKROLOGIA.

— z. — Rok bieżący dziwnie obfity daje nam materiały do nekrologii. Z Krakowa świeżo dochodzi nas żałobna wiadomość o śmierci jednego z najwybitniejszych chirurgów polskich w dobie współczesnej, prof. Alfreda Obalińskiego. Zaledwo przed rokiem w pełni się objął katedrę zwyczajną chirurgii, zaledwie rozpoczął pracę na tym nowym posterunku — już śmierć przerwała jego działalność:

Obaliński był typową postacią, całe swe życie spędził w Krakowie i całe swe siły Krakowowi poświęcił. Urodził się w 1843 roku w Brzeżanach, szkoły kończył w Tarnopolu, nauki lekarskie w Krakowie. Tu stawił pierwsze kroki na polu chirurgii najprzód jako asystent, później jako prymaryusz szpitala Ś-go Łazarza. Oddawna już Obaliński był docentem, a później profesorem nadzwyczajnym chirurgii, kilkakrotnie omijała go profesura zwyczajna i dopiero po ustąpieniu prof. Rydygiera, przed rokiem niespełna objął profesurę zwyczajną.

Na wszystkich jednak zajmowanych przez siebie stanowiskach, potrafił Obaliński zyskać uznanie i sympatyę, którą cały Kraków otaczał go stale. Przed laty kilku był on założycielem i aż do roku ostatniego głównym promotorem Pogotowia ratunkowego w Krakowie.

Zmarły był nader sumiennym lekarzem i doskonałym technikiem-chirurgicznym, szczególnie w dziedzinie chirurgii kostnej. Pisał bardzo wiele, zasilając głównie z pism polskich *Przegląd lekarski* i *Medycynę*, z pism niemieckich wybitniejsze czasopisma specjalne. Na zjazdach chirurgicznych zawsze pierwszorzędną odgrywał rolę, przyjmując żywy w nich udział.

Nauce naszej w jej dziale chirurgicznym przez śmierć jego dotkliwa stała się krzywda.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Z kazuistyki laryngo-rynologicznej — Dr. Jan Sędziak — str. 645.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

275. A. v. Koranyi — Badania fizyologiczne i kliniczne nad ciśnieniem osmotycznym płynów zwierzęcych — str. 653. 276. Lesage i Thiercelin — Przyczynek do nauki o zapaści cholerycznej — str. 659.

II. Choroby nerwowe.

277. Ch. Fére — W kwestyi potomstwa osobników, dotkniętych spaceniem popędu płciowego — str. 661. 278. Boryszpolski — O zaburzeniach krążenia w mózgu podczas napadów padaczki — str. 664. 279. Sokołow — O wpływie warunków meteorologicznych na napady padaczki — str. 666. 280. Eichhorst — Obłęd pochodzenia toksycznego u chorych sercowych — str. 667.

III. Choroby dzieci.

281. Prof. O. Heubner — Odżywianie ssawców i szpitale dla niemowląt — str. 667. 282. M. Daut — O stosunku t. zw. status lymphaticus do błonicy — str. 669.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 670 — 283—293.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 675.

VI. Pierwszy rok stacyi ratunkowej w Warszawie — str. 677.

Kronika bieżąca — str. 680.

Nekrologia — str. 683.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Июля 1898 года.

Apteka i Skład Wód Mineralnych

Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

❖ *Dr. T. Heinrich* ❖

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejące.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

A P T E K A i Skład Wód Mineralnych NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

❖ *M. Barcza* ❖

w Warszawie, Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

„TLEN w każdym czasie”,

Trany lekarskie oraz wina lecznicze wyrabiane na winach zagranicznych wyborowego gatunku.

Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Przedmieście 45.



Przetwory chemiczne, czyste do celów naukowych.

Barwniki do robót mikroskopowych.

Wszystkie nowe środki do użycia wchodzące.

Wody mineralne, Wina lecznicze.

Wszystkie rodzaje surowie leczniczych,

i szpryce do ich wstrzykiwania.

BUSKO D-r GRABOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego
Ordynuje od lat 12-tu.

FRANZENSBAD

ŹRÓDŁO NATALII

Zalecona przez pierwsze powagi lekarskie.

Moczędna.

Smak przyjemny.

Wyłączna przesyłka **HEINRICH MATTONI**, Franzensbad, Karlsbad,
Wiedeń, Budapeszt.

SZCZAWA—LETYNOWA.

Skuteczna we wszystkich przypadkach dżatezy moczowej, przy piasku moczowym, przy chorobach nerek, pęcherza, reumatyzmie, podagrze i t. p.

APTEKA JANA IWAŃSKIEGO

przy ulicy Twardej № 34.

Posiada fartuchy sterylizowane dla użytku p. p. lekarzy, w domach prywatnych. Okrywają one całkowicie ubranie lekarza i zabezpieczają od przenoszenia zarazków chorobotwórczych od chorych zakażonych.

Cena fartucha rs. 2 kop. 25; wypożyczenie do domów łącznie ze sterylizacją rs. 1 tygodniowo.

OJCÓW.

Zakład hydropatyczny „Goplana“.

Lecznica dla chorych nerwowych cały rok otwarta. Ścisły internat. Opiekunka dla chorych i pań panien. Wodolecznictwo, psychoterapia, gabinet elektryczny, kąpiele elektryczne, mechanoterapia, wody mineralne. Zajęcia fizyczne dla chorych, gimnastyka. Zakład urządzony według wszelkich wymagań higieny i wygody. Czytelnia, rozrywki, gry towarzyskie, fortepian, bilard, kregielnia. Wille do wynajęcia częściowo lub w całości. Wycieczki w sąsiednie malownicze okolice. Powozy i bryczki na zamówienie dostarcza Administracja Ojcowa do Olkusza, stacyi kolei iwangrądbrowskiej, odległej o 19 wiorst od Ojcowa. Poczta na miejscu, telegraf w budowie. Broszury na żądanie wysyła się gratis i franco. Chorych umysłowo i epiletyków Zakład nie przyjmuje.

Dyrektor zakładu

Dr. Stanisław Niedzielski.

WZNOWIENIE

GAZETA POLSKA

WZNOWIENIE

pismo polityczne, społeczne i literackie.

Po upływie sześciu miesięcy, na które „Gazeta Polska“ była w Grudniu r. z. zamknięta przez p. ministra spraw wewnętrznych, pismo nasze **zaczyna znowu wychodzić od 1-go lipca r. b.**

Zawiadamiając o tem publiczność polską, Redakcja uprzejmie prosi o **wczesne nadsyłanie zamówień** pod tym samym co poprzednio adresem: Warszawa, Warecka 14.

Cena „Gazety Polskiej, z przesyłką pocztową: Kwartalnie rs. 3, półrocznie rs. 6. W Warszawie z odnośnieniem: miesięcznie kop. 80, kwartalnie rs. 2 kop. 40.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktorom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindeażgi lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencję: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacje.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704. Wysyła pocztą za zaliczeniem.