

KRONIKA

== DWUTYGODNIK ==
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW
UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Biuro Administracji i Ekspedycji: Marszałkowska № 73.
Biuro Redakcji: Szkolna № 8.
== Telefon № 1264. ==

LEKARSKA

Wychodzi dwa razy na miesiąc. — Przedpłata wynosi w Warszawie: rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50, z przesyłką pocztową: rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4. — **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnym piśmem lub za jego miejsce; następnie po 10 kop. za wiersz. **Numer pojedynczy kop. 60.** — Rękopisy nie zwracają się. — Wszystkie artykuły są płatne.

Ogłoszenia przyjmuje Księgarnia E. WENDE i S-ka, Krak.-Przedm. Nr. 9.

Spis rzeczy: I. Przypiot pozapleiowy, podał D-r Walery Giedgowd, str. 1. — II. Dział sprawozdawczy, str. 3. — III. Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne, str. 7. — Bibliografia, str. 27. — Od redakcyi, str. 30. — Kronika bieżąca, str. 32. — Ogłoszenia.

Mleko sterylizowane w Proszku „GALAKTON”

Najlepsze mleko do wszelakiego użycia—gdyż jest mlekiem prawdziwym, naturalnym.

Najhygieniczniejsze, gdyż jest absolutnie sterylizowane, wolne od wszelkich domieszek i łatwo strawne.

Gdzie używają „Galakton” dziatwa jest zdrowa — ich mózgi, krew, nerwy są silne — gdyż należycie odżywiane.

Galakton dodaje sił i przedłuża życie.

Jedyny pokarm dla niemowląt, dzieci, osób osłabionych, podróżujących, wojskowych i t. p.

Sprzedaż wszędzie — Kantor Warszawa, Marszałkowska 137
Tel. 6056.

Mleko nie zawierające mikroobów.

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przymiot pozapłciowy

PODAŁ

D-r WALERY GIEDGOWD

lekarz fabryczny w Józówce.

Przymiotem pozapłciowym (*syphilis extragenitalis*) lub też przymiotem niewinnych (*syphilis insontium*) nazywamy przypadki tego cierpienia, powstające nie w zależności od stosunków płciowych.

Przymiot płciowy może być również następstwem nienaturalnych czynności płciowych. Aczkolwiek już w epidemii przymiotowej w końcu XV stulecia obserwowano przymiot pozapłciowy, jednak dopiero pierwszy Fournier w roku 1881 zwrócił należyłą uwagę na rolę, właściwą pozapłciowemu sposobowi zarażenia.

Stopień rozprzestrzeniania się przymiotu pozapłciowego zależy jest od stanu dobrobytu mieszkańców danego kraju ewentualnie okolicy, dalej od sposobu ich życia, kultury, zamieszkania do czystości i t. d. Fournier w monografii „*Les chancres extrogenitaux*“ z roku 1897 ogłosił 1124 przypadki przymiotu pozapłciowego z własnej obserwacji, a Münchheimer naliczył w literaturze do 1897 roku — 10265 przy-

padków. Według Fournier'a, w 7—10% wszystkich przypadków przymiot nabywa się drogą pozapłciową. Blaschko podaje procent $3\frac{1}{2}$, według Jullien'a odsetka równa się 4 u mężczyzn i 12 u kobiet, Münchheimer podaje 6—7%, Joseph 2—9%, Bloch 4%, Krefting 15%. W Rosyi Bogoliubow podał dla Kronsztadu 4%, Gründenberg dla Rygi — 3%, prof. Ge dla Kazania 18—38%, Sperańskij dla szpit. Miąsnickiego w Moskwie 5—9%, Dmitrjew dla Petersburga 28%. W miastach rosyjskich przymiot pozapłciowy spotykamy rzadziej (niż po wsiach), zachorowania zaś masowe bywają tam stosunkowo rzadko, gdyż mieszkańcy tychże są więcej kulturalni i mieszkają higieniczniej.

Epidemie w miastach zdarzają się niekiedy wśród żołnierzy, artelu i robotników fabrycznych. Wśród ludności wiejskiej w Rosyi przymiot rozszerza się przeważnie drogą pozapłciową i ogarnia często całe rodziny, a nawet i wsie, przy czem wynosi on tam często 50—90%, wszystkich przypadków przymiotu. Bielousow podaje dla gub. Riazańskiej 74%, Popow dla Kurskiej 85%, Dmitrjew dla Włodzimierskiej 91%.

Drogi, jakimi się rozszerza przymiot pozapłciowy, bywają rozmaite. Zarazek przymiotu znajduje się we krwi chorego i tkankach. Wydzieliny normalne chorych na przymiot: łzy, ślina, pot, mleko i t. d. nie są zaraźliwe. Surowica krwi również nie zawiera w sobie zarazka, natomiast białe ciała krwi, jak również przeniesione przez krew części tkanek zdolne są zainfekować.

Według pojęć współczesnych, ślina i mleko mogą zarazić wtedy tylko, gdy zmieszane są z krwią lub też komórkami tkanek. Mleko chorych na przymiot nie byłoby szkodliwe dla ssawców, gdyby można było uniknąć domieszki z nadżarc, pęknięć lub też łopatek na brodawkach. Zараżenie przymiotem pozapłciowym występuje, podług Lesser'a ¹⁾: a) bez-

¹⁾ Lesser. Deutsche Medic. Woch. 1897. Ver. Beil. 136.

pośrednio wskutek pocałunków, ukąszenia, karmienia piersią, u personelu lekarskiego podczas wykonywania rozmaitych rękoczynów przy chorych, dotkniętych przymiotem, 2) drogą pośrednią za pomocą naczyń do jedzenia i picia, wspólnych ręczników i t. d. (d. c. n).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby skóry.

I. P. Cohn. **Zapalenie cewki moczowej bez gonokoków, lecz z obfitą ilością laseczników grypowych.** (La Sem. Méd. Nr. 38. 1905).

Przypadki zapalenia cewki moczowej, mające pozór rzeżączki, coraz więcej zwracają na siebie uwagę klinicystów.

Spostrzeżenie autora dotyczy mężczyzny, lat 24 mającego, który w czasie badania — (trzy tygodnie po podejrzanym stosunku), miał wypływ ropny z cewki, połączony z nieznacznym bólem. Przed 2¹/₂ tygodniami wydzielina ta nie posiadała charakteru zwykłej rzeżączki, wygląd jej podobny był raczej do płwociny śluzowo-ropnej. Piewsza część moczu, trochę mętnawa, zawierała nieco nitek, druga była zupełnie przezroczysta.

Badanie powyższej wydzieliny, niezależnie od zwykłych mikroorganizmów, wykazało duże laseczniki, barwiące się mocniej w środkowej części, aniżeli na obwodzie, lecz zupełną nieobecność gonokoków. Hodowle, robione na rozmaitych odżywkach, uwydatniły obecność dwóch zasadniczych laseczników: jedne z nich należały do grupy otoczonych torebką (encaptulées); drugie zaś tworzyły małe skupienia, przeświecające, składające się z czystych laseczników grypy; gonokoków, pomimo wielokrotnych badań, pomiędzy nimi nie udało się wyodrębnić.

Przebieg kliniczny cierpienia w podanym przypadku zaznaczył się zapaleniem przyjądrza lewego, które to zapalenie rozwinęło się na czwarty dzień po wstąpieniu chorego do szpitala. Niezależnie od tego chory w 7-m tygodniu dostał słabego niezłytu pęcherza moczowego, z wyjątkiem którego stan trwał bez

zmiany przez całe dwa miesiące pobytu w szpitalu; stosowanie jodku potasu w dużych dawkach i olejku anyżowego, jak również zastrzykiwania i głębokie wkraplania roztworów azotanu srebra polepszenia nie sprowadziły.

Który z dwóch laseczników, wykrytych w wydzielinie z cewki, był przyczyną omawianej choroby, autor nie może rozstrzygnąć, albowiem jeden i drugi z nich może być czynnikiem ropotwórczym na błonach śluzowych człowieka. Ze względu jednak na obfitość laseczników grypy i istnienie w tymże czasie influenzy, jest skłonny więcej przypisać działanie to lasecznikowi grypy.

J. Wojciechowski.

2. Ch. Andry. **Gonokoki przerzutowe skóry.** (Angio dermite suppurée à gonocoques. Annales de dermat. et syphil. Nr. 6. 1905.

Bardzo ciekawe spostrzeżenie autora, poniżej w skróceniu załączone, osłabia z jednej strony zakaźność gonokokową, z drugiej powstawanie z tejże przyczyny zakaźnej rumienia wielopostaciowego.

X... 19 lat mający. Cierpienie rzeżączkowe zaczęło się 5-go Marca 1905 r. 13-go Marca chory wstąpił do polikliniki; wtedy znaleziono: 1-o zapalenie stawu mostko-obojęczkowego prawego; 2-o znaczną bolesność ruchów szyi, spowodowaną zajęciem stawów kręgowych od 5-go do 8-go; silną bolesność i obrzęk w okolicy drugiego stawu małego palca prawej ręki; 4-go wysypkę ogólną, podobną do płonicy. Wypływ rzeżączkowy obfity i charakterystyczny. Narządy wewnętrzne bez zmiany. Stan ogólny dobry.

17-go Marca różycza płonicza prawie zupełnie znikła, lecz w okolicy obu kolan, na jednym z bardzo bolesnych przy ruchach napiętków, na powierzchni wewnętrznej małego palca prawego i okolicy łokcia prawego znaleziono pewną liczbę wykwitów czerwono-niebieskich, podobnych do rumienia wielopostaciowego.

20-go Marca większa część wspomnianych wykwitów zamieniła się na pryszczyki, które następnymi dniami przeszły krostki (pustulae) i ropnie, po przecięciu których skóra była głęboko nacieczona, a kości końców stawowych wspomnianego małego palca obnażone.

Dnia 7-go Kwietnia wypływ z cewki moczowej składał się z komórek nabłonkowych, wielojądrowych i mikrobów zewnętrzno-komórkowych, trudnych do określenia, rana palca pokryła się obfitą ziarniną; stan pozostałych stawów bez zmiany; chory bardzo cierpi.

18-go Kwietnia. Znaczne polepszenie; na skórze, pokrywającej przednio-wewnętrzzną powierzchnię stawów kolanowych, przedewszystkiem lewego, zauważono 5 do 6 plam rumieniowych, z których największe były silnie nacieczone i wystające.

23-go Kwietnia w ropie rzeźączkowej odkryto jeszcze gonokoki; rana na małym palcu zabliznia się.

15-go Maja. Chory opuścił szpital zupełnie zdrow, z wyjątkiem pewnej sztywności napięstka.

Badanie drobnowidzowe wykazało: w małych ropniach obfitą ilość gonokoków, znajdujących się wewnątrz komórek; naskórek nieco zgrubiał, mało zmieniony. Warstwa brodawkowa zniszczona, a miejsca, zajmowane przez nie, wskazują naczynia włosowate, nadzwyczaj rozszerzone i przepełnione krwią.

Warstwa rozrodcza naskórka głęboko zmieniona; komórki jej wydłużone, wystrzępione z zarodnią przezroczystą, jądra biedne w chromatynę, porozdzielane obręczkiem czysto surowicznym, bez śladu leukocytów.

Na poziomie warstwy ziarnistej mała liczba pryszczyków, napęczniałych wysiękiem ziarnistym; warstwa rogowa prawie normalna, nieco zgrubiała, nacieczona leukocytami.

We właściwej skórze, zaraz pod nabłonkiem, znaczny naciek, zawierający komórki wielojądrowe. Te ostatnie były rozsiadane w siatce, utworzonej z resztek zniszczonej tkanki łącznej. Wszystko jest poprzeplatane licznymi naczyniami, silnie rozszerzonymi i zawierającymi krew; miejscami arterye i weny silnie obrzękłe i pozbawione światła. Zmiany powyższe w pewnych punktach wytworzyły ropnie, przedewszystkiem około starszych wynaczynień, znajdujących się w ich środku. Bardzo znaczna ilość wielojądrowych komórek zawierała gonokoki, typowe ze względu na postać, skupienie, siedlisko i odbarwienie się sposobem Garam'a. Pewna ilość tych leukocytów z gonokokami była połączona w wielkie makrofagi, zarówno jak w ropie.

Skóra miejsc zajętych rumieniem przedstawia również zmiany około-naczyniowe, silniej jednak wyrażone, aniżeli w zwykłym rumieniu wielopostaciowym.

Posocznica gonokokowa może wystąpić na skórze w rozmaitej postaci:

1-0 jako rumień zwyczajny, płoniczy, wielo-postaciowy i t. d.

2-0 jako wysypka krostkowa z gonokokami.

3-0 w postaci ropni podskórnych, rozwijającym się najczęściej na palcach.

4-0 jako zastrzały gonokokowe.

Opisany przypadek zawiera prawie wszystkie te postaci, które mogły rozwinąć się zarówno od bezpośredniego działania gonokoków, jak i ich toksyn.

Badanie drobnowidzowe stwierdziło również istnienie prawdziwego zapalenia naczyń (angiodermis) ropnego gonokokowego, rozwiniętego na poziomie naczyń krwionośnych.

Wiadomo, że posocznice gonokokowe są częste, albowiem zajęcia rzeźączkowe stawów spotykamy dosyć często, autor sądzi, że jednak pewna liczba rumieni wielo-postaciowych jest tego samego pochodzenia.

Obecność gonokoków w ropniach podskórnych i w ropie wykwitów krostkowatych została niejednokrotnie stwierdzona, odkrycie jednak mikrobów tych w skórze, zakażonej drogą naczyń krwionośnych, należy do opisanych po raz pierwszy.

J. Wojciechowski.

3. E. Gans. **Przypadek wydzielania się indykanu przez skórę.** (La Sem. Méd. Nr. 31. 1905).

Indykan uważany był dawniej jako produkt ciał białkowych, powstający pod wpływem fermentacji w kiszka, w ostatnich jednak latach znaleziony został w licznych stanach chorobowych, pozostających w niezależności od tej nienormalnej czynności kiszki; n. p. w przewlekłych ropieniach, nowotworach, mocznicy cukrowej i t. p. W przypadkach tych odkrywano indykan w morzu (indykanurya).

Podręczniki lekarskie nie wspominają jednak nic o wydzielaniu się tego ciała z potem; spostrzeżenie autora i inne fakty analogiczne, opublikowane, dawniej wskazują, że wydzielanie się indykanu tą drogą może być niekiedy bardzo znaczne.

Przypadek autora dotyczy kobiety, 35 lat, która, nie będąc nigdy poważnie chora, była jednak stale gniewliwą, zmęczoną, skarżyła się na zaparcia stolca i wzdęcia brzucha, jak-

również lekkie zawroty głowy. Pewnego dnia po skończonej miesiączce zauważyła niezwykle zabarwienie swej koszuli; na powierzchni odpowiadającej kolumnie kręgowej, od szyi aż do kości krzyżowej zauważyć było można liczne, małe plamki niebieskie punkcikowate lub wielkości łebka od szpilki, widzialne bardzo wyraźnie na koszuli trzymanej pod światło. Istniało również kilka punkcików niebieskich na miejscu odpowiadającemu piersiom. Następnym dni ilość plam na bieliźnie, codziennie zmienianej, zmniejszała się szybko, sprawa jednak cała trwała około 4-ch miesięcy, ulegając nasileniu w czasie miesiączki. Po kilkumiesięcznej przerwie plamy niebieskie znów wystąpiły i trwały przez cały czas ciężkiej choroby jej męża; później już więcej nie pokazywały się.

W czasie pierwszego wystąpienia plam moczu zawierał 0,026‰ indykanu, we trzy miesiące potem było 0,035 w litrze. Niezależnie od tego analiza chemiczna plam, znajdujących się na bieliźnie, wykazała, że składają się one z indykanu, wydzielonego potem.

Występowanie w danym przypadku indykanu z potem zdaje się być w zależności z jednej strony z nienormalną fermentacją, wywołaną zaparciem stolca, z drugiej zaś, z zaburzeniami systematu nerwowego; niezależnie od tego miesiączka zdaje się również odgrywać pewną rolę w wytwarzaniu tego związku.

J. Wojciechowski.

4. O najlepszych sposobach zadawania jodu.

Lieven (Münch med. Wochenschr. 13,95) radzi podawać jodek potasu w znacznym rozcieńczeniu, np. 1 na 500,0 wody. Związek ten znosi się również dobrze w połączeniu z żelazem i strychniną, podług nast. przepisu:

Rp. Kalii jodati 30,0. Ferri citrici ammon. 4,0.
Strychnini nitr. 0,02. Elaeosacchari menthae
pip. 5,0. Aq. flor. aurant. ad 120,0.

S. Przyjmować po łyżeczce od kawy z wodą.

Niezależnie od tego w czasie leczenia rtęcią chory bierze po łyżeczce od kawy rozpuszczonej w wodzie soli Aacheńskiej.

Hübner (Med. Ricord. Kwiecień 1905) zwraca przede wszystkim uwagę na czystość jodku potasu; mleko i sirupus Sarsaparillae comp. w dużych ilościach uważa za najodpowiedniejsze płyny, służące do rozcieńczenia leku, przyj-

mowanego zawsze po jedzeniu. Ciepłe kąpiele, brane codziennie, zabezpieczają od wysypek jodowych, powstających na skutek rozkładu jodku potasu przez kwasy tłuszczowe. Przepisując choremu jodek potasu, nie należy jednocześnie wpylać do oka kalomelu, gdyż tenże, tworząc z jodem jodek rtęci, działa przyżegająco.

Częstokroć małe dawki jodku potasu wywołują jodnicę (jodismus), gdy tymczasem duże nie czynią tego.

Należy również zwracać uwagę na zmiany w płucach, nie będące w zależności od przymiotu, gdyż jodek potasu spowodować może silne podrażnienie błony śluzowej.

J. Wojciechowski.

5. G. L. Curtis. **Przyczyna marszczenia się zębów i paznogi.** (La Sem. méd. Nr. 42. 1905).

Od wielu lat autor spostrzegał u pewnych osób na paznogciach i rękach to zmętniałe plamy, to bruzdy poprzeczne, przypominające poniekąd zmarszczki, znajdujące się na rogach krów. Wspomnianym zmianom nie przypisywano żadnego znaczenia, a jednak zależą one od przyczyn dostatecznie zbadanych i posiadają pewną wartość rozpoznawczą.

Podług autora, zagłębienia poprzeczne, spostrzegane na rękach i paznogciach, są w związku z samozatruciem i objawami gościcowymi, którym często towarzyszą, gdy tymczasem linie podłużne są w zależności od zaburzeń ze strony kanału pokarmowego (colitis, proctitis, haemorrhoides i t. d.).

Curtis miał również możność przekonania się, że kobiety, cierpiące na gościec w czasie brzemienności, rodzą dzieci, u których później na rękach rozwijają się wspomniane zmiany; z drugiej strony, u dzieci, cierpiących na gościec w epoce rozwoju emalii zębów stałych, ta ostatnia również posiada później zmarszczki i brózdy.

Zmętniałe plamy, napotymane na zębach i paznogciach u pewnych osób mają to samo znaczenie i są następstwem samozatrucia, będącego w związku z zaburzeniami w odżywianiu.

Zmiany paznogi pozwalają sądzić o czasie i ciężkości przebytego cierpienia; jeżeli linia zmarszczek znajduje się blisko swobodnego brzegu paznogi, to cierpienie mogło trwać około 4-ch miesięcy; jeżeli zmiany zajmują środek paznogi, to można przyjąć 2 miesiące czasu od chwili wystąpienia cho-

roby; bruzda, znajdująca się blisko macierzy paznogciowej, wskazuje na cierpienie przebyte przed 2-ma do 3-ch tygodniami.

Bruzdy podłużne, nierówne i popękane, wskazują na głębokie zmiany ze strony kanału pokarmowego; długość i ilość ich jest w związku z czasem trwania choroby.

Opisane zmiany taką ważną odgrywają rolę w oczach autora, że brak ich uważa za dowód, iż chory nie był dotknięty ani poważnym gościem, ani też dłuższy czas trwającym cierpieniem kanału pokarmowego.

6. Bosellini. **Świerzbowiec pochodzenia zwierzęcego u ludzi.** (Annales de Dermat. et Syphil., Nr. 8 i 9. 1905).

Autor miał możność spostrzegania trzech przypadków świerzby pochodzącej od konia i dwóch od świń.

Świerzba pochodzenia zwierzęcego odznacza się szybkim rozwojem u ludzi, co następuje po dostaniu się pasorzyta na jakiegokolwiek miejsce skóry, najczęściej jednak początkowy rozwój choroby spotyka się na przedramieniu; szerzenie się choroby odbywa się bez najmniejszej prawidłowości i umiejscowienia; świąd, będący pierwszym objawem odczynu skóry, jest rozmaitego nasilenia, stosownie do ilości pasorzytów i wrażliwości danego organizmu. Po świądzie występuje pokrzywka, bądź pod postacią bąbli ograniczonych, bądź też obrzęków rozlanych; objawom tym towarzyszy często wysypka pryszczkowata, najczęściej jednak pryszczko-pęcherzykowa.

Przebieg choroby jest pomyślny; nastąpić może samowyleczenie, cierpienie ustępuje jednak szybciej pod wpływem działania środków przeciwpasorzytniczych.

Stosownie do natężenia choroby, można rozróżnić dwie jej postaci; łagodną, odznaczającą się świądem i objawami pokrzywkowymi, znikającą po 2 do 3 tygodniach; drugą, ciężką, do której przyłączają się zaburzenia naczynio-ruchowe i wspomniane wysypki, trwającą od 6 do 10 tygodni.

Świerzbowiec ten z jednego człowieka na drugiego nie przechodzi.

J. Wojciechowski.

II. Chirurgia.

7. Rosenheim. **Leczenie kamicy żółciowej.** (Deutsche med. Wochft. N-r 41—1905).

Kamica żółciowa jest obecnie jedną z najczęstszych chorób. Z dorosłych zapada na nią, a raczej posiada ją prawie 10 dziesiąty człowiek, jak to sekcyje wykazują. Wiele przypadków przebiega jednak bez żadnych objawów i o cierpieniu tem ani nie przypuszcza się. Jest to już faktem stwierdzonym, że kamica przebiegać może zupełnie bez żółtaczk i typowej kolki, a nawet nieraz dość duże kamienie odchodzić mogą bez objawów najmniejszych drogami naturalnymi lub fistułami. Najwięcej na tę chorobę zapadają kobiety i to po 60 roku życia. Przyczyn choroby upatrują wiele, i tak: zakażenie drobnoustrojami i to drogą krwi, n. p. po tyfusie lub drogą przewodu pokarmowego, dalej utrudnione krążenie wskutek wad serca, otłuszczenia i t. d. Wielki wpływ na powstawanie choroby tej wywierają cierpienia żołądka, niezupełna akcja przepony u kobiet, sznurowanie się i t. d. Napad wywołać może wpływ psychiczny, zaziębienie; menstruacja, środek przeczyszczający i t. p. Zajęcie zapalne woreczka cechuje bolesność tegoż, trwająca czas dłuższy nawet. Kamicy towarzyszy często jako cierpienie pierwotne lub następca nadkwasota żołądka lub tegoż nieżyt, a w razie zmian okołopęcherzykowych, niedowład tegoż lub rozszerzenie. W większej ilości przypadków choroba przebiega pomyślnie i może zniknąć zupełnie bez śladu, w innych znów przebiega często ciężko, wywołując poważne powikłania lub następstwa. Gdy choroba nie daje żadnych objawów poważnych, powinniśmy wychodzić z zasady «*quieta non movere*». Przypadki lżejsze z lekkimi i rzadkimi napadami kolki leczymy w razie napadu narkotykami (n. p. morfina z dodatkiem 0,001 antropiny), gorącymi okładami i piciem gorących napojów. Po przejściu ataku należy polecić spokojne leżenie w łóżku jeszcze przez pewien czas, a nie pozwolić choremu zaraz wstawać. Zachować należy przytem dyetę, polecić chorym jeść często, n. p. 5 razy dziennie w małych porcjach (dyetę mieszaną). Środki przeczyszczające jednym pomagają, u drugich wywołują znów napad. Leczenie w kąpielach poleca autor: 1) gdy chory w domu do przepisów lekarza stosować się nie może, 2) gdy istnieją powikłania ze strony przewodu pokarmowego, 3) gdy żółtaczk często powraca, odchodzą kamienie a wątroba pozostaje powiększoną i bolesną. W razie zajęcia samego pęcherzyka kąpielowe leczenie nie pomoże nic, a cierpienie to właśnie może jest i najczęstszem. Przypadki ciężkie leczy

najlepiej zupełny spokój, leżenie w łóżku, ewentualnie pomódz może czasem jod w małych dawkach, podawany dłużej (Dunin — Mintz), lub rtęć jako sublimat 0,1 : 10,0 dwa razy dziennie po 5 kropel, kalomel, osławione tabliczki Glaser'a (rtęć z podofylliną, kamforą i mentolem). Salicyl czasem też pomaga. Z leczenia oliwą nie był autor nigdy zadowolony. Obecnie polecają *eunatrol* (kwas oliwny w połączeniu z sodem) lub *cholelysinum* (20% roztwór takiż sam). Leczeniu chirurgicznego powinny podlegać zaś następujące przypadki: 1) ostre zakaźne zapalenie woreczka, 2) chroniczny otok tegoż: 3) ropienie okołoworeczkowe lub ropnie wątroby, 4) zamknięcie przewodu żółciowego, 5) zrosty okołopęcherzykowe, 6) wodniak woreczka, 7) niedrożność kiszek z kamicy, 8) zajęcie zapalne trzustki. Wobec obecnego postępu chirurgii wyniki są bardzo zachęcające, dają bowiem w przypadkach niepowikłanych zaledwie 3—5% śmiertelności.

D-r Adolf Kłesk.
(Kraków).

8. Schlesinger. **O wycinaniu stercza.** (Deutsche med. Wochft. N-r 41—1905.

Wycinanie stercza należy do tych operacji, które bardzo szybko zyskały sobie prawo obywatelstwa w chirurgii. Tak n. p. jeszcze w podręczniku chirurgii Bergmann'a—Brunsa z r. 1901 czytamy: „Dittel nie znajdzie chyba naśladowców pod tym względem.” Wyniki też są jednak dobre. Statystyka autora obejmuje 13 przypadków, operowanych na oddziale Israel'a. Operuje się tam chorych nawet w późnym wieku, bez względu na zakażenie pęcherza, a nawet operowano i przy zajęciu miedniczek nerkowych. Pęcherz leczy się przed operacją urotropiną i płukaniem, jeżeli to nic nie pomaga, to przystępuje się i tak do operacji, lecz potem sączkować trzeba skrupulatnie pęcherz. Nigdy nie wiemy, która część gruczołu uciska, często najwięcej wystająca jest niewinna, wycinanie więc częściowe, lub podane przez Rydygiera wycinanie wszystkiego a wyjątkiem części cewkowej nie prowadzi do celu. Gruczoł powinno się usuwać cały, choćby z poświęceniem części cewki. Często jednak wyluszczenie nie jest tak trudnem. Cystoskopia w obec tego, co wyżej powiedziano, nie ma wielkiego znaczenia. Poprzednia operacja Bottiniego utrudnia potem bardzo wyluszczenie. Autor jest za

operacją nadłonową, a nie od strony międzykrocza, gdyż pierwsza pozwala: 1) lepiej dojść do części środkowej gruczołu, 2) jest prostszą, 3) pozwala usunąć ewentualne kamienie lub inne cierpienia pęcherza. Najlepiej dają się wyluszczać gruczoły twarde i to tem łatwiej, im są większe. Ułatwiać nieraz może operację sposób Proust'a, polegający na przecięciu gruczołu aż do cewki i następowem dopiero odluszczeniu. Pęcherz powinno się sączkować. Amerykanie jednak nie zostawiają nawet cewnika na stałe. Chorzy powinni po zabiegu rychło wstawać. Po operacji nadłonowej niedomykalność pęcherza ma być rzadszą, jak przy operacji od międzykrocza. Albarran wspomina, że gruczoły często są zmienione nowotworowo. Autor obserwował na 13 przypadków tylko w jednym przemianę złośliwą.

Wyniki w ogóle są dobre (jedno zejście śmiertelne).

D-r Adolf Klęsk.
(Kraków).

9. Försterling. **O pojedynczych podskórnych szczelinach kości długich.** (Deutsche med. Wochft. N-r 41 — 1904.

Urazowe pojedyncze podskórne szczeliny długich kości są cierpieniem bardzo rzadkiem i zaledwo kilka jest znanych z literatury. Dawniej bez pomocy promieni Röntgena nie można było po prostu ich rozpoznać i dlatego uważano je za silne stłuczenia. Dopiero ściśle badania stłuczeń promieniami röntgenowskimi wykazały, że w przypadkach niektórych spotyka się drobne pojedyncze szczeliny w kości, nie przechodzące przez całą grubość i dlatego nie wywołujące ani nadmiernej ruchomości, ani przesunięcia. Jedynym objawem ich jest ogromna bolesność w jednym miejscu i niemożność utrzymania się n. p. na nogach przy szczelinie której z kości kończyny dolnej. Autor obserwował 2 podobne przypadki, radzi też dobrze „stłuczenia” zawsze nie tylko prześwietlać, lecz i fotografować, i to w 2 pozycjach, gdyż mała szczelina może ująć uwagi w inny sposób. Leczenie powinno być tak samo ściśle, jak przy złamaniu lub nadłamaniu. Rokowanie jest pomyślne.

D-r Adolf Klęsk.
(Kraków).

10. Haeckel. **Podwiązanie żył nasiennych i podbrzusnych w ropnicy połogowej.** (Deutsche med. Wochft. N-r 41—1905).

Chirurgia stosuje już od dawna z dobrym skutkiem podwiązanie żył w razie grożącej ropnicy ogólnej, n. p. na kończynach przy ciężkich ropówkach i zatok żylnych przy zakrzepach pochodzenia usznego. Podobny sposób postępowania przy ropnicy połogowej polecił też Trendelenburg i przypadek jego zakończył się pomyślnie; podobnie jeden Michels'a i w ostatnich czasach dwa również pomyślne Bum-m'a. Zachęcony tem wykonał autor podwiązanie żył nasiennych i podbrzusnych w przypadku przewlekłej połogowej ropnicy. Skutek był zupełnie dobry: chora wyzdrowiała, obserwował tylko autor przemijające obrzmienie prawego uda. Drugą podobną operację, jednak z wynikiem niepomyślnym, wykonał autor w przypadku ostrej połogowej ropnicy. Z powodu anomalii przy operacji nie był pewnym, czy podwiązał żyłę podbrzusną, z tego też powodu, gdy dreszcze nie ustępowały, w 20 dni po pierwszej operacji podwiązał żyłę biodrową wspólną. Zabieg ten chora przeniosła dobrze: nie wystąpiło nawet obrzmienie uda, lecz w końcu uległa cierpieniu.

Wyniki dotychczasowe, choć skąpe, zachęcają jednak do tej operacji.

D-r A. Klęsk.

(Kraków).

11. Kummell. **Leczenie operacyjne przerostu gruczołu krokowego.** (Arch. f. klin. Chir. T. 77. Zeszyt 4.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego, a mianowicie za pomocą wycięcia, znalazło pierwszych głównie zwolenników w *Ameryce*. Z początku leczono przerost wycinaniem częściowym od strony cewki (Mercier), a ulepszeniem tego sposobu jest operacja Bottinie'go. Operację rzezoną wykonał Kummell 52 razy. W 45 wynik był pomyślny. Jest ona bardzo mało bolesną, ewentualnie należy tylko znieczulić tylną część cewki. Niebezpieczeństwa nie przedstawia, robi się ją pod kontrolą palca. Rynienki wypalone powinny być tylko dość głębokie, by i wynik był dobry. Po operacji chorzy mogą zaraz chodzić, co dla ludzi starych jest bardzo ważnem. W r. 1893 polecił Bier, celem wywołania zaniku przerostu gruczołu, podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych. Wyniki są może i dobre, operacja jednak dla ludzi starszych

jest za poważną. Ścisły związek jąder z gruczołem, jakoteż częsty zanik stercza u zwierząt kastrowanych i eunuchów naprowadził na myśl kastracyi przy przeroście stercza. Operację taką wykonał w r. 1893 Ramm. Wyniki uważać należy za bardzo pomyślne. Zabieg jest niewielki, starzy pacjenci zgadzają się na niego chętnie. Kümmell wykonał kastrację 26 razy, z tego w 22 przypadkach wynik był zadowalniający i chorzy mocz oddawali sami po operacji. Zmian psychicznych po kastracyi, opisywanych i spostrzeganych przez niektórych operatorów, nie spotkał. W miejsce kastracyi wprowadzono wycięcie vas deferens. Stosował je autor 7 razy, w 3 z wynikiem dość dobrym. Goldmann polecił przyszywanie opadniętego pęcherza, celem zniesienia zauków. Pod tym względem autor nie ma doświadczenia. Obecnie stosuje jednak prawie wyłącznie wycięcie, dawniej częściowe, obecnie zaś wyluszczenie kompletne. Z torebki gruczoł daje się wyluszczyć bardzo łatwo. Cewka leży w środku gruczołu, rzadko na jego przedniej powierzchni. Krwotok po wyluszczeniu bardzo mały. Operował od strony międzykrocza 10 razy, od strony pęcherza 9 razy. Umarło z tego 4 chorych. Wybór cięcia zależy od tego, gdzie gruczoł lepiej się rysuje, czy od kiszki stolcowej, czy od pęcherza (badanie cystoskopem nie powinno być nigdy zaniechane, bo wiele przerostów odnosi się właśnie do części pęcherzowej). W razie, gdy obniżenie punktu zamarzania krwi jest poniżej 0,6, wykonuje Kümmell tylko operację Bottinie'go. Wyniki są dobre z wyjątkiem przypadków, gdzie detrusor już jest porażony. Wycięcie stosować należy w przypadkach krwotoków, niemożności dalszego cewnikowania i znacznych zmian w pęcherzu.

Autor operuje w znieczuleniu łądźwiowem.

D-r A. Klęsk.

(Kraków).

12. Tilmann. **Znieczulenie łądźwiowe stovainą.**
(Berl. klin. Wochft. N-r 34—1905).

Autor stosuje obecnie tylko znieczulenie łądźwiowe stovainą. Używa gotowego 10% roztworu, który przed użyciem gotuje. Do strzykawki napełnionej roztworem po wkluciu wciąga trochę płynu mózgodzeniowego, by lepiej roztwór rozmieszać. Znieczulenie robił 42 razy. Występowało ono najpóźniej w 15 minut, zawiodło tylko raz i to w przypadku,

gdzie znieczulano po raz drugi. Widać z tego, że następna dawka przy powtórnem znieczuleniu powinna być silniejszą. Znieczulenie ustępowało w $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ godzin. Średnia dawka stovainy 0,06. Głównie używał autor znieczulenia przy operacjach na kończynach dolnych i dolnych częściach brzucha. Następowych powikłań nie widział autor żadnych. Po operacji podaje chorym szklanę wina. Wysokie ułożenie chorych w łóżku chroni od bólu głowy. W razie mdłości przy operacji wstrzykuje olejek kamforowy. *Stovainę* uważa autor za środek idealny do znieczulenia łądźwiowego. W końcu zrobił autor jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie, które może zarazem być środkiem leczniczym. Otóż, u chorego z rwą kulszową miał autor operować wodniak jądra. *Po znieczuleniu łądźwiowem nerwoból ustąpił zupełnie na 4 dni.* W obec tego autor zrobił energiczne bezkrwawe wyciągnięcie nerwu i w 8 dni chory pozbył się swego cierpienia. Zachęcony tem, wykonał autor to znieczulenie jeszcze w 3 przypadkach rwy i radzi gorąco w ciężkich przypadkach znieczulenie i naciągnięcie bezkrwawe nerwu w czasie wolnym od bólu.

D-r A. Klęsk.
(Kraków).

13. Ekehorn. **Sprawność nerki po cięciu sekcyjnym.** (Arch. f. klin. Chir. 78—I 1905).

Autor badał sprawność nerek u chorych, którzy przebyli cięcie sekcyjne, a to celem przekonania się, czy zabieg ten wpływa ujemnie na nerkę, czy też jest dla niej obojętnym. Badania szczegółowe przeprowadził w 3 przypadkach w $1\frac{1}{2}$ —6 miesięcy po dokonanej operacji i doszedł do następujących wyników:

1. Cięcie sekcyjne nie wywołuje często upośledzenia sprawności nerki, zwłaszcza w najbliższych miesiącach po operacji;
2. Zmiany, które wystąpić mogą, objawiają się zmniejszoną ilością wydzielanego moczu przy równocześnie zmniejszonym tegoż nasyceniu. Głównie wydziela się w zmniejszonej ilości mocznik.

Badania te skąpe uważa autor sam dopiero za wstęp do dalszych, które przeprowadzić należy w różnych okresach i dalszych po operacji.

D-r A. Klęsk.
(Kraków).

14. Heile. **Autoliza jako czynnik leczniczy w chirurgii i wzmacnianie tejże z pomocą promieni Röntgena.** (Arch. f. klin. Chir. T. 77. Zeszyt 4).

Salkowski i inni wykazali, że w organach wyjętych z organizmu znajdują się fermenty, działające rozkładająco na różne części komórkowe. Hofmeister przypuszcza, że takie fermenty tworzą się i za życia i działaniem ich może jest rezolucya w zapaleniu płuc, działanie zaczynowe wątroby przy otruciu fosforem i t. d. Autor wykazał, że przy „rozejściu się gruźliczych ropni tworzą się fermenty, rozpuszczające włóknik, czego zwykła ropa uczynić nie potrafi. Fermenty te biorą swój początek z rozpadu leukocytów. Rozpad ten, objawiający się wydzielaniem zasad purynowych i kwasu moczowego, występuje silnie także po naświetlaniu promieniami Röntgena. Śledziona królika naświetlanego rozpuszcza też włóknik, czego śledziona nie naświetlana nie czyni. Autor sądzi, że wskutek naświetlania tworzą się fermenty rozkładające tłuszcz, węglowodany i białko, a oprócz tego zaczyny wiążące toksyny i działające zabójczo na drobnoustroje. Światło działa na organizm wybitnie, n. p. rozkłada czerwień wzrokową, wywołuje kurcz komórek barwikowych i t. d. Twórcami tych autolitycznych fermentów są leukocyty, a raczej ich rozpad. Autor też starał się wywołać miejscowe nagromadzenie się tychże i miejsca takie następowo naświetlał. Po wstrzyknięciu n. p. 15—30 cm. 2% zawiesiny aleuronatu podskórnie i prześwietlaniu, tworzyły się w tem miejscu wrzody, podczas gdy kontrolne zwierzęta, którym wstrzyknięto obojętny płyn, pozostawały zdrowymi. Sposób ten wzmacnia niejako miejscowe działanie promieni i z tego też powodu może promienie X. działają głównie na miejsce zajęte jakąś sprawą zapalną. To wywoływanie autolizy przeniósł autor i na inne sprawy chorobowe, mianowicie na zapalenie otrzewny, zrobiwszy spostrzeżenie, że przy zapaleniu otrzewnej właśnie obficie kwas moczowy i zasady purynowe się wydzielają. Wstrzykiwał więc zwierzętom śródtrzewnowo 40 cm. 2% kwasu nukleinowego lub aleuronatu, przez co powodował leukocytozę. Następnie zakazał otrzewną z pomocą b. coli i naświetlał promieniami Röntgena w celu wywołania rozpadu lenkocytów, a przez to wytworzenia się autolitycznych fermentów. Rezultaty otrzymał pomyślne, zwierzęta zostawały przy życiu, podczas gdy kontrolne ginęły. Lenkocytoza wywołana z otrzewnej jest też

ogólną i pod wpływem naświetlania opada znacznie, n. p. z 40,000 na 1,000, przyczem i temperatura ciała spada. W następnych dniach lenkocytoza podnosi się znowu. Autolizę spotykamy także przy stosowaniu przekrwień podług Bier'a (bo również wydziela się wtedy obficie z moczem kwas moczowy i zasady purynowe), dalej przy podskórnych złamaniach kości z rozległym zmiżdżeniem części miękkich, przy wycinaniu wola sposobem Mikulicza (wiele tkanki zostaje tutaj podwiązanej lub okłótej). Tworzące się z rozpadu fermenty wywołują wtedy tak zwaną gorączkę z wessania. Autor uważa tę autolizę za ważny czynnik leczniczy, radzi też próbować wywoływać sztuczną leukocytozę i następnie naświetlanie chorego organu w różnych cierpieniach, np. stawowych.

D. r Adolf Klęsk.
(Kraków).

III. Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

15. **Leczenie acetonurii u dyabetyków za pomocą dużej dawki sera t. zw. parmezanu.** Według doświadczeń jednego z lekarzy z Karlsbadu, Dr. Simon'a, w przypadkach, w których usunięcie tłuszczów (w szczególności masła) nie wystarcza, ażeby usunąć acetonurję — dostatecznym jest dawać chorym parmezan w wysokich dawkach (100 gr. dziennie) w bulionie lub herbacie. Autor leczył 3-ch chorych. Jeden znacznie się poprawił, biorąc po 40 gr. parmezanu dziennie — aceton zupełnie zginął, gdy chory zaczął brać po 80 gramów parmezanu. W 2 pozostałych przypadkach tak samo otrzymał autor doskonałe wyniki. Chorzy brali po 50—70 lub 60—100 gr. dziennie. U żadnego z chorych nie było zaburzeń po spożyciu tak pokaźnej ilości sera. Ilość cukru pozostała bez zmiany przez cały czas leczenia.

(Sem. méd., Nr. 36, 1905 r.).

M. B.

16. Nicolau i Lipschütz. **Nowy preparat jodu „Jothion“.** (Pressa medicala romana, Nr. 10, 1905 r. i Archiv. f. Dermat. u. Syph. Tom. 74).

Jothion przedstawia się jako żółtawy płyn, zawiera od 70 do 80% jodu, rozpuszcza się w oliwie i w glicerynie. Stosuje się go

smarując nim skórę za pomocą pędzla 2—5 cm. sz. Inni stosują następującą maść: Jothioni 1, Vaselini et Lanolini po 2. Okazało się, że jothin świetnie się wzyra, szybko się rozkłada we krwi i limfie na jodnatrium i jako taki wydziela się z moczem i śliną. Tym sposobem unika się przewodu pokarmowego, co często przeszkadza w stosowaniu jodu. Jothion nie wywołuje żadnych zaburzeń ze strony skóry. Oprócz tego Jothion przeciwdziała rozwojowi najrozmaitszych drobnoustrojów, które wywołują choroby skóry i włosów i ropienie.

W. B.

17. Meyer. **O stosowaniu kwasu pikrynowego w leczeniu chorób skórnych.** (Therapeut. Monatsh., Nr. 5 1905 r.).

Autor stosował kwas pikrynowy albo dodając go w ilości $\frac{1}{2}$ — $1\frac{0}{10}$ do zwyczajnej pasty cynkowej, albo dodając do mieszaniny stearyno-kwaśnego cynku i płynnej parafiny w stosunku 1 : 1. Tylko wyjątkowo używał autor do tego maści, która składała się z różnych części wazeliny i lanoliny albo stosował gorące kąpiele miejscami dodając $\frac{1}{2}$ — 1% kwasu pikrynowego. Badał autor działanie kwasu pikrynowego w najrozmaitszych przypadkach wyprysków. W większej części przypadków wynik prędko objawiał się tem, że wydzieliny się zmniejszały, zmniejszało się też swędzenie. Najlepiej działał on przy wypryskach potowych na rękach, najgorzej przy wypryskach na goleniach.

Stosując maści nigdy nie zauważono ujemnych objawów, jak to notowano przy innym leczeniu. Nigdy też nie występowały objawy ogólnego zatrucia. W każdym razie nie należy zaniedbać badania moczu i kiszek, należy też pamiętać o tem, że kwas pikrynowy farbuje, nie należy go więc stosować przy wypryskach na twarzy itd.

W. B.

18. Vörner. **Nadmanganian potasu, jako tani lek tamujący krew miejscowo.** (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 38. 1905 r.).

Autor już od roku używa nadmanganianu potasu w postaci roztworu, proszku lub pasty, jako leku tamującego krew miejscowo z dobrym wynikiem. Używa on roztworu wodnego skoncentrowanego. Pastę przyrządza się w ten sposób, że miesza się nadmanganian potasu sproszkowany z maścią parafinową w stosunku 2 : 1. Drobną proszek nadmanganianu potasu trudno bardzo otrzymać, dla tego autor postępuje w następujący sposób: bierze dwie części nadmanganianu potasu i jedną część krzemionki, zwilża całą tę masę, wysusza i wtedy proszkuje.

Technika stosowania tego leku jest bardzo prosta. Tamponikiem uciska się krwawiące miejsce i potem szybko nakłada się ten środek w jakiegokolwiek bądź postaci. Przy mniejszych krwotokach już po jednym razie mamy wynik, przy silniejszych należy kilka razy to samo powtarzać. Środek ten trzeba przyciskać mocno do krwawiącej powierzchni. Od nadmanganianu potasu miejsce przyjmuje kolor czarno-brązowy. Zakażenia autor ani razu nie zauważył. Ma on jedną wadę, że wywołuje lekkie palenie, tak że go trudno stosować u osób bardzo wrażliwych. Można temu zapobiedz, gdy się albo przed operacją robi znieczulające zastrzyknięcie, albo kładzie po operacji ziarenko kokainy na ranę.

Stosował on ten sposób tamowania krwotoków przy wycinaniu kondylomatów, papillomatów, znamiączek i innych nowotworów skórnych. Unikał on tym sposobem nakładania dużych niezręcznych opatrunków uciskających, które, mówiąc nawiasem, chorym ogromnie przeszkadzają i nie pozwalają się zajmować czemkolwiek. Oprócz tego unika się krwawień. Tym sposobem tamował autor i tętniące krwotoki, jak na przykład przy odcięciu rakowatego członka. Nawet silne krwotoki z nosa można tym sposobem zatrzymać i wyleczyć przez stosowanie tego środka przez czas dłuższy. Ropiejąc ziarninujące powierzchnie pod wpływem tego środka prędko się osuszają ściągają się i goją. Ma się rozumieć, należy w takich przypadkach pamiętać, że, im większa ropiejąca powierzchnia, tem słabszy roztwór należy stosować.

Autor poleca stosowanie pasty, gdyż nadmiar takowej łatwo zmyć oliwą, nie wodą, która może, mieszając się z pastą, wywołać straszne krwawienie.

W. B.

19. **Wyciąg z drzewa mangowego.** (*Rhizophon mangla*), jako **środek przeciw trądowi**, używany przez ludność Kuby — stosują też w przypadkach trądu Dugne i Mareno. Autorowie używają wyciągu płynnego z kory drzew 5-cio letnich i starszych, która jest wysuszona na powietrzu. Dają oni z łyżeczki od kawy codziennie rano i wieczorem po tygodniu powiększają o jedną i tak dalej stopniowo, dopóki nie, dojdą do 8 łyżeczek dziennie. Można dawać też wyciąg pod po stacją pigułek 6 do 8 gramów dziennie. Rzadko kiedy chory dostaje po leku nudności, wymiotów, bóleści lub rozwolnienia. Na owrzodzenia kładą autorowie kompresy, moczone w 30% roztworze wodnym wyciągu. Dobrze też dawać chorym codziennie na noc przed snem kąpiel 30 — 40°, do której dodaje się napar z kory w takiej ilości, by wodę za-

barwić na czerwono. Według zdania autorów, leczenie powyższe wywołuje znakomite polepszenie już po 15 — 20 dniach: apetyt się poprawia, sen powraca bóle mięśniowe (lepragia) giną. Po miesiącu skóra staje się różową potem blednie — owrzodzenia zaczynają się goić około 8-go miesiąca. Obrzęk twarzy znika. Powraca też czucie.

Wyzdrowienie zależy od tego, kiedy się zaczęło leczenie. Jeśli zaraz na początku choroby, to można wyzdrowieć po 8-miu—12-tu miesiącach. Ci chorzy, u których zajęte są narządy trawienia i inne przychodzą do zdrowia w ciągu 2—5 lat (60%). Jeżeli choroba jest w 3-im okresie, wyciąg nie działa ani na nerwy, ani na cały organizm, może jednak powstrzymać rozwojenie i gorączkę — polepszyć apetyt, nawet choremu przybywa wagi. W jednym nawet przypadku nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Tyle autorowie (są to dane z praktyki prywatnej); powtórne jednak badania, robione w tym kierunku, nie dały tak zachęcających wyników (w leprosorium hawańskie doświadczenia robione były też pod okiem autorów). Badania te robione na 2-ch seryach: chorych: w jednej było 10-u chorych — w drugiej 7-u — znajdowali się oni jednak w mniej dobrych warunkach higienicznych. Jeden z chorych wyzdrowiał po roku, drobnoustrojów (bac. Hasnen'a) nie znaleziono w surowicy krwi, 16 poprawiło się bardzo w ten sposób, że nie było objawów, ze strony skóry i błony śluzowej, zaczęły też porastać brwi i rzęsy, czucie wróciło — w surowicy krwi jednak zawsze był lasecznik.

Na zasadzie tych wyników komisya rewizyjna zachęca wszystkich do dalszych badań nad nowym lekiem.

(La Sem. méd. Nr. 40. 1905).

M. B.

20. **Amylum nitrosum** (azotyn amyłowy), jako środek zatrzymujący krwotoki — uważany jest za taki przez Moss'a, który stosował go w 2-ch przypadkach z doskonałym skutkiem. W jednym przypadku — inhalacye z amył. nitros. powstrzymały krwotok u chore z rodziny cierpiących na krwawiączka po operacyi (wycięcie cyst 2 jajników). Wtórny krwotok był tak silny, że powtórnie otworzono jamę brzuszną — mimo wszelkich środków stan chorej stawał się coraz groźniejszym, w końcu autor zaordynował inhalacye z amyłum nitr.: po 5 minutach tętno się poprawiło, krwotok ustał, chora wkrótce wyzdrowiała. W drugim przypadku krwotoku (wskutek ciąży zewnątrz—macicznej) wewnętrznego autor przypisuje inhalacyom z amyłum nitr.—fakt, że mógł chorą operować. gdyż środek ten powstrzymał krwawienie i że chora wyzdrowiała.

(La Sem. méd. Nr. 42. 1905).

M. B.

21. **Natrium glycocholicum w kolce wątrobianej** daje doskonałe wyniki d-rowi Richardson w dawkach po 0,30 trzy razy dziennie — nawet dawki większe nie wywołują nudności; jeżeli jednak kuracja trwa dłużej (jeżeli idzie o to by napady się powtarzały) to lepiej zmniejszyć dawki w ten sposób by miesięcznie nie przekraczać 16 gr., t. j. można dawać dziennie nie więcej, jak 0,50. Stewenson otrzymał z lekiem tym także doskonałe wyniki. Wyleczył on zupełnie 3-ch chorych, przyczem dawał im przez 3 tygodnie po 0,30 trzy razy dziennie, przez następne 3 tygodnie po 0,30 tylko 2 razy dziennie — i jeszcze przez 3 tygodnie po 0,30 raz dziennie.

(La Sem. méd. Nr. 41. 1905).

M. B.

22. **Leczenie gruźlicy nerek zapomocą gwajakolu** uważa Schiller za skuteczne wbrew twierdzeniu, że tylko zabieg operacyjny może coś pomódz, należy tylko stosować powyższe leczenie zaraz na początku choroby.

Autor opisuje dwa przypadki. W jednym chory cierpiał już na gruźlicę jąder, która została wylewną po 7 zastrzyknięciach gwajakolu i jodoformu. Otóż mocz tego chorego zawierał krew, laseczniki Kocha, komórki nabłonkowe nerek i pęcherza. Ażeby zwalczyć gruźlicę nerek w zarodku, autor zaczął dawać choremu gwajakol do wewnątrz — co spowodowało wyzdrowienie. Chory czuł się doskonale (objawów ze strony nerek nie było) przez 13 lat. W drugim przypadku znaleziono w moczu u 3 letniej dziewczynki chorej na gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, komórki odpowiadające kanalikom nerek i laseczniki Kocha. 3 razy zastrzyknięto gwajakol z jodoformem do szyjki i główki kości biodrowej oraz podawano gwajakol do wewnątrz. Stan chorej znacznie się polepszył — dziecku po roku przybyło 20 funtów; zdawało się, ono że jest zupełnie zdrowem, mimo to znaleziono w jasnym moczu kilka laseczników Kocha. Natychmiast zaczęto dawać gwajakol, chora od 8-u lat ma się zupełnie dobrze, mocz jest normalny. Autor daje gwajakol naraz mało, lecz kilka razy dziennie. Dorosłym daje po 12 — 20 kropli na dawkę w 130 — 200 kr. przegotowanej wody 5 do 6 razy dziennie, dzieciom od 3 do 12 kropel stosownie do wieku, kilka razy dziennie. Leczenie bez względu na stan chorego powinno trwać kilka miesięcy.

(La Sem. méd. Nr. 41. 1905).

M. B.

23. **Leczenie metritis cervicalis blennorrhagica za pomocą zastrzykiwań kwasu mlekowego pod błonę śluzową** dało dobre wy-

niki d-r Chandler z Filadelfii. Autor wyjaławia najpierw pochwę i szyjkę macicy zapomocą wody gorącej poczem, wyciera tamponami umaczanymi w wodnym roztworze kwasu octowego z drzewa (ac. pyrolign.); przyciąga szyjkę zwykłym sposobem i zastrzykuje naokoło szyjki pod tkanę śluzową zapomocą szprycy Prawaza po kilka kropel kwasu mlekowego, robiąc kilka nakłuć. Zastrzykiwania wywołują bardzo powierzchowny strup, który znika bardzo szybko. Autor leczył tym sposobem 35 osób (przypadki były ostre i chroniczne); po trzech tygodniach w wydzielinach szyjki nie było zupełnie gonokoków — toż samo stwierdzono po 5 i 8 miesiącach, ztąd wniosek, że wyzdrowienie było trwałe.

M. B.

(Sem. méd. Nr. 42. 1905).

24. Miejscowe przypalanie stężonym kwasem karbolowym czyraków i kilaków gruźliczych.

Przypalania czystym kwasem karbolowym lub stężonym roztworem były już używane w różnych chorobach (p. Sem. méd. 1893, str. CXXXVIII i 1895, str. 260 i dodatek str. CXIV). Obecnie asystent prof. Hoffmanna Dr. Vö r n e r z Lipska leczy za pomocą kwasu karbolowego czyraki i kilaki gruźlicze. Jeżeli czyrak jest niewielki, wystarcza posmarowanie samego środka czystym kwasem rozpuszczonym w spirytusie lub wodzie, jeżeli jest większy i chory już ma go dawniej to dobrze, jest wprowadzać do środka dość głęboko cienki zgłębnik maczany w kwasie. Jeżeli jest ropienie — to albo robi się nakłucie, albo smaruje to miejsce, które się samo otworzyło. Czasami wystarcza jedno posmarowanie, czasami trzeba je powtórzyć kilkakrotnie (codziennie w ciągu 8-u dni); w ogóle kuracja trwa tem dłużej, im cierpienie jest starsze: na 24 czyraki i antraksy wyleczył autor 12 (głównie na karku) dość dużych za pomocą jednorazowego posmarowania; inne, których wielkość dochodziła niekiedy do 15 cc. średnicy wymagały dłuższej kuracji (5 dni).

Co się tyczy owrzodzeń skrofulicznych które goją, się samostnie, to zauważył autor, że jednorazowe posmarowanie kwasem karbolowym (wodnym roztworem lub spirytusowym) przyspiesza gojenie. Leczenie powyższe oddaje, podobno, doskonałe usługi w tych przypadkach, w których owrzodzenia skóry idą w parze z zajęciem okostny i kości. Tym sposobem wyleczył autor owrzodzenie pochodzenia gruźliczego napięstka po 8 smarowaniach — smarowanie powyższe nie dało żadnych wyników (u tego samego chłopca)

przy leczeniu wilka twarzy i toż samo w innych 2-ch przypadkach wilka.

(Sem. méd. Nr. 43. 1905).

M. B.

25. **Radioterapia w chorobie Mikulicza** dała dobre wyniki D-r R a n z i z Wiednia; leczył on chorego za pomocą a1szeniku, jodu pod postacią syr. ferri jodat, i kali jodatum bez skutku dopiero radioterapia pomogła; już po 6-u posiedzeniach, z których każde trwało 7 minut, zniknęły zupełnie guzy, znajdujące się z obydwóch stron parotis. Autor przypisuje wynik ten własności wybiórczej (electio) promieni Röntgena na tkankę limfoidną — której nadmiar zauważył R a n z i w gronach gruczołów.

(Sem. méd. Nr. 44. 1905).

M. B.

26. **Badanie krwi w przypadku krwawiaczki.**

Emile-Weil badał krew chorego, który cierpiał na sporadycznie powtarzającą się krwawiaczkę. Ostatnio po wyrwaniu trzech zębów, chory, 45-0 letni, silny, mężczyzna dostał krwotoku, który doprowadził go do anemii. Autor znalazł w milim. sześć. 2.280.000 czerwonych ciałek i 0,60 hemoglobiny. Hematoblasty i ciała białe — jak w normalnej krwi (in vitro krew zebrana z weny w okolicy łokcia), przedstawiało to, co autor wraz z D-r Gilbert nazwali „Coagulation plasmatique (p. sem. méd., 1898 r. str. 446). Oprócz tego autor zauważył, że ogrzewanie lub dodanie chlorku sodu przyspieszało krzepnięcie, surowica krwi chorego nie miała żadnego wpływu na krzepnięcie krwi osobników normalnych, gdy tymczasem dodanie do krwi chorego surowicy krwi ludzi normalnych lub zwierząt, lub też płynu przy pleutis sero — fibrinosa — wywoływało prawie normalne krzepnięcie krwi, wziętej od chorego cierpiącego na krwawiaczkę. Ztąd wniosek, że fakt, iż krew hemofilików nie zaraz krzepnie, zależy jest nie od substancji t. zw. substances anticoagulantes, ale od nieobecności lub zniszczenia niektórych substancji normalnych, prawdopodobnie terkrzepnienia czyli mentu. żw. „trombose“ dodanie krwi (osób zdrowych lub zwierząt) zawierającej ów pierwiastek powoduje normalne ścinanie się krwi hemofilików. Wreszcie, ponieważ krew hemofilików po pewnym czasie sama z siebie krzepnie, autor przypuszcza, że u osób cierpiących na krwawiaczkę istnieje tylko t. zw. thrombasia, a nie athrombasia.

M. B.

27. Pesci. **O wartości terapeutycznej chlorku barytu.**

Autor badał działanie chlorku barytu na ciśnienie krwi — oddawanie moczu i tętno u 43 chorych (12 chorych na wysięk opłucny, 4 na myocarditis, 8 na niedomykalność zastawek i t. p.).

W ogóle dobrze znoszona jest dawka 0,20 — można ją nawet uważać jako lekkie diuretecium, autor zaleca ten środek u chorych cierpiących na pleuritis serosa — u których inne diuretica nie dają dobrych wyników. Chlorek barytu można też dawać w zapaleniu miąższowem nerek, z tym jednak, warunkiem, by ciśnienie krwi nie było podniesione.

W cierpieniach serca w okresie kompensacyi chlorek barytu wzmacnia ściany naczyń, toż samo dzieje się w chorobach zakaźnych w tych przypadkach, gdzie mamy pulsus dicrotus bądź wskutek opadnięcia ścianek naczyń, bądź osłabienia mięśnia sercowego.

Z drugiej zaś strony nie należy podawać chlorku barytu (tegoż zdania jest i Miesowicz, patrz Sem. méd. 1905 r., str. 283.) w przypadkach, w których ciśnienie krwi jest b. podniesione, serce zaś b. osłabione.

(Clinica medica 1905. Sierpień).

M. B.

28. **Salicylan żelaza w róży i w zapaleniu migdałów** stosuje Gray z dobrymi wynikami. Dotychczas twierdzono, że w lekarsztwach nie można łączyć chlorku, salicylu i chlorku żelazowego, gdyż tworzy się osad salanu żelaza. — Otóż, łatwo bardzo jest otrzymać roztwór przez dodanie chloranu potasowego.

Autor przepisuje następującą mieszankę:

Natri salicyl. 4,0.

Aq. destil. 60,0.

Dissolve adde

Ferri perchlorati liquidi 8,0.

Kali chlorici 2,0.

Glycerini 15,0.

Aq. destil. q. s. ad 90,0.

Misce adde.

Aq. dest. q. s. ad 250.

Ds. 2 łyżki stołowe co 3 godziny.

Po 2 — 3 dawkach znikają bóle miejscowe — ból głowy i ogólne niedomaganie ustępowały po 8-u godzinach — tyle przy róży. Też same dobre wyniki otrzymywał autor w zapaleniu migdałów (o zbawiennem działaniu salicylu sody pisał Meyer, p. Sem. méd.

1898 r., str. 178) bez względu na to, czy angina jest pochodzenia szkarlatynowego, reumatycznego czy dyfterytycznego. W 250 przypadkach tylko raz jeden trzeba było na polepszenie czekać 48 godzin. Już po pierwszej dawce chory zasypia — temperatura spada, opuchnięcie gardła oraz bóle zmniejszają się. Wrazie ropienia ropa się wsysa — tak, że można się obejść bez przecięcia — błony, nawet te, które zawierają laseczniki Löfflera, giną po 24 godzinach; 20 razy tylko na 280 przypadków pozostały 48 godzin, raz 4 dni. Prócz leczenia salicyłem żelaza w przypadkach amygdalitis acuta stosuje autor miejscowe smarowania i płukanie roztworem jodu.

(La Sem. méd. Nr. 45. 1905).

B. M.

29. Comby. **O rodzinnem zarażeniu gruźlicą u dziecka.**
(Arch. d. Méd. des Enf. Nr. 11. 1905).

Autor na zasadzie długoletnich badań klinicznych dochodzi do następujących wniosków.

1. Dziedziczność gruźlicy jest bardziej powierzchowną, niż prawdziwą. Gruźlica rzadko tak wśród ludzi, jak wśród zwierząt udziela się od matki płodowi.

2. Nie istnieje ani tak zwana dziedziczność gleby (h. de terrain) ani nasienia (h. degaine). Niema ani subiektywnych ani obiektywnych objawów t. zw. usposobienia — skłonności do gruźlicy u małych dzieci, istnieje tylko zarażenie w rodzinie.

3. Każde dziecko bez względu na to, kto je rodzi, ma skłonność do gruźlicy, dziedziczność nie wywiera tu żadnego wpływu. Jeżeli dziecko matki chorej nagruźlicę jest od niej natychmiast oddzielone, to nie zapadnie na gruźlicę, jeżeli pozostanie z matką to i dziecko dostanie gruźlicy. Jestto gruźlica nabyta przez zarażenie, nie zaś dziedziczna.

4. Mówiono, że gruźlica udziela się przez przewód pokarmowy — oskarżano mięso, mleko zwierząt gruźliczych. Surowy nadzór nad rzeźniami, mleczarniami i t. p. zniósł obawę przeniesienia gruźlicy przez zwierzęta.

A jednak śmiertelność wskutek gruźlicy ciągle się zwiększa.

5. Jeszcze mniej udziela się gruźlica przez skórę i błony śluzowe i t. p.

6. Najprostszą drogę, którą dostaje się zarazek, jest droga oddechowa, jak to wykazały liczne badania.

7. Anatomicznie rzecz biorąc — widzimy na sekcjach, że gruźlicą są najczęściej zajęte gruczoły oskrzelowe — inne lokalizacje

są rzadsze i pochodzą od zajęcia gruczołów. Gruźlica gruczołów jest najpierwszą u dzieci. Autor nie znalazł nigdy pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego (owrzodzeń kiszek i t. p.); jeżeli istnieje, to jest ona wtórna poprzedzona gruźlicą płuc i przez nią wywołana. Dziecko dotknięte nacieczeniem płuc — jamami i t. p. pluje do własnego żołądka i zakaża kiszki. Tak więc, najprzód zachorowują płuca. Jestto droga, którą wchodzi zarażenie rodzinne.

8. U starych dzieci zarażenie może mieć miejsce po za obrębem rodziny (na spacerze, w szkole, pensyonatach i t. p.) i tu jednak największy wpływ wywiera zarażenie w rodzinie, które u małych dzieci jest wyłączone.

Noworodki i ssawcy mogą być zarażone tylko w rodzinie przez rodziców, blizkich krewnych, przez znajomych i t. p. Autor przytacza przykłady dzieci zarażonych przez matkę, ojca, dziadków, wujów, ciotki, kuzynki, służbę, nauczycieli i t. p.

9. Zarażenie w rodzinie następuje b. wczesnie w szczególności przez matkę, (autor przytacza przypadek zserowacenia gruczołów okołoskrzelowych u 45-dniowego dziecka). W ogóle nie obserwował autor gruźlicy przed 3-im miesiącem; im bardziej się oddalamy od tego wieku, tem jest gruźlica częstszą — akt ten przemawia za zarażeniem, a przeciw dziedziczności.

10. Jeżeli zarażenie w rodzinie jest tak niebezpieczne, należy, dzieci natychmiast usunąć, o ile w rodzinie chory jest ktoś na gruźlicę. Dzieci chorych na gruźlicę, zaraz wysłane na wieś, mają mało szans stać się tuberkulikami (3 na 100). Jeżeli pozostają w rodzinie, umierają na gruźlicę (50%).

11. Należy przeto natychmiast odosabniać dzieci, nie pozwalając, by się wychowywały tam, gdzie się znajdują tuberkulicy — z jednej strony, z drugiej zaś uważać na ognisko zarazy, t. j. na samego tuberkulika (zabraniać pluć na ziemię, nakazać noszenie specjalnej sopluczk i t. p.).

Należy uświadamiać rodziny, przedstawiać im niebezpieczeństwo zarażenia rodzinnego, przez członków rodziny, służbę i t. p.), by zmusić tym sposobem społeczeństwo do zachowania ostrożności

Matylda Biehler.

BIBLIOGRAFIA.

D-r med. A. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. III Choroby opłucnej i śródpiersia. II Suchoty płucne.

Już kilka tygodni temu donieśliśmy o ukazaniu się 3-go tomu „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych.” D-ra med. A. Sokołowskiego, zawierającego: Choroby opłucnej i śródpiersia oraz Suchoty płucne. Ogromny ten tom, obejmujący sam 809 stronic tekstu i skorowidz, zamyka wielkie dzieło, liczące przeszło 1600 stronic druku.

Zjawienie się tak wielkiego dzieła jest faktem szerszego znaczenia w każdej literaturze, tem bardziej w naszej ubogiej, zwłaszcza w podręczniki lekarskie oryginalne. Oprócz wielkiego doświadczenia i wiedzy, trzeba mieć dla dokonania podobnego dzieła wielką wolę i energię wraz z poszanowaniem zobowiązania, w które się weszło względem społeczeństwa.

Recenzye, które pisałem o obu poprzednich tomach, zwalniają mnie dziś przy ocenie tomu trzeciego od powtarzania ogólnych cech wartości dzieła i zalet pisarza—pozostały one te same.

Przystępując do szczegółów, muszę choroby opłucnej wziąć osobno od suchot, są to wszakże dwa sztucznie tylko w jednym tomie złączone dzieła. Otóż pozwolę sobie zaznaczyć, że opis topograficzny opłucny jest za pobeżny; przechodzenie jej ze ścian, tworzenie przestrzeni dopełniających, stosunki do przepony i do otrzewny, tworzenie śródpiersia mogłyby być tu więcej uwzględnione.

To się uwidocznia następnie przy omawianiu przestrzeni Traube'go, której znaczenie było dawniej cenione tak bardzo przy odróżnianiu zapalenia włóknikowego płuc lewostronnego od wysięku opłucnej l., „clou” dyagnostyczne polega na tem, że przestrzeń tę dzieli sinus compl. pl. s., wypełniający się przy wysięku, a pozostający wolnym przy zapaleniu płuca.

Niemile wrażenie sprawia powtarzające się kilkakrotnie (44, 57) określenie: przechodzenie wysięku surowiczego w ropny. Może jeszcze jako potoczne określenie dopuszczalne — dziś nie jest ono naukowem i razi, chociaż następnie, mówiąc szczegółowo o tej sprawie, wyjaśnia ją autor należycie.

Podobnym archaizmem jest i wyrażenie: membrana pyogenica.

Przy omawianiu bólu w zapaleniu (s. 44) surowiczem opłucnej autor podaje różne dlań objaśnienia, nie wspomina jednak nic o mechanicznem tarciu chorych powierzchni, przedstawiających się jakby po podziałaniu weżykatoryi, i o znikaniu bólu, kiedy zgromadzający się wysięk oddali trące się powierzchnie.

Objaw Skody zależy nie tyle od kurczenia się płuca, co od utraty sprężystości tkanki płucnej wskutek ucisku przez wysięk.

Przy opisie techniki operacyjnej przekłócia (s. 84) w celu wypuszczenia wysięku zapomocą igły — autor zapomina kazać rurkę wypełnić wodą; jeżeli przypadkiem ciśnienie płynu jest mniejsze, lewar się nie wytworzy.

Przy rozpatrywaniu wysięków ropnych i cuchnących nie wspomina autor o bardzo złośliwych postaciach gnilnych, przy których wytwarzają się gazy cuchnące tak obficie, że dają niekiedy objawy odmy, bez wszelkiego połączenia z drzewem oskrzelowem (Dietlafoye 1900).

O zmianach syfilitycznych na opłucnej nie ma wzmianki.

Rozdziały o suchotach płucnych stanowią właściwie osobne dzieło, które z pewną szkodą dla siebie zostało wtłoczone w ostatni tom „Wykładów.” W opracowaniu swem wykracza ono po za ramy podręcznika i nastrojone jest na ton wyższy dzieła oryginalnego. Umiłowanie przedmiotu, że tak powiem, z którym się całe życie miało do czynienia, a zwłaszcza tych poszczególnych jego działów, które wychodzą po za wąskie ramy chorej jednostki (historia, statystyka, etyologia)—uwydatnia się b. dodatnio w ich opracowaniu: wyzbyły się one suchości podręcznika i dały autorowi pole do rozwinięcia szerszych poglądów współczesnej nozologii; to też czytają się one z żywym zainteresowaniem.

Nauka o suchotach ogromnie się rozszerzyła w ostatnich 25 latach, potworzyły się w niej specjalności, wymagające zupełnego oddania się im, jak anatomia, patologia z bakteryologią, klinika i lecznictwo. Całość tych prac i poszukiwań już trudno dziś ująć we wszystkich szczegółach. To też w każdej próbie przedstawienia stanu współczesnej phtizeologii—zawsze będzie pewna nierównomierność, pewne części będą przedstawione obszerniej niż inne, zależnie od tego, jaką z nich zajmował się autor specjalnie.

To też i w dziele Sokołowskiego widzimy, że pierwsze miejsce zajmuje klinika i leczenie suchotników. O ile z anatomii podaje tylko to, co uważa za konieczne na podstawie prac innych, a także w przedstawieniu etyologii opiera się na doświadczeniach innych badaczy, o tyle w dziale klinicznym przedstawia chorych, jak mu się samemu przedstawiali, jak układali się mu w pewne grupy i gatunki mniej lub więcej charakterystyczne, jak jego oku — zaznaczał się — dzięki pewnemu współdziałaniu pierwiastku chorobowego i sił ustroju — przebieg choroby i jaki wpływ wywierały — stosowane środki i metody lecznicze.

O ile w pierwszych działach Sokołowski staje przed nami jako uczony i krytyczny sprawozdawca, o tyle w ostatniej części widzimy go jako samodzielnego badacza bezpośrednio i oryginalnie patrzącego i widzącego wśród chaosu nieskończonej różnaitości, jaki mu nasuwa różnorodny świat chorych suchotników.

Przechodząc do szczegółowego rozpatrzenia pracy, zauważę, że autor doprowadziwszy czytelnika do ostatniej niemal doby phtizeologii i rozpatrując kwestye sporne, zostawia je często otwartymi i nie daje

czytelnikowi poznać swego osobistego zdania. Zapewne, że jako u niepracującego nad temi pytaniami — wstrzeźliwość taka może być usprawiedliwioną, ale w podręczniku dla uczącej się młodzieży, byłoby może więcej pedagogicznie wskazać, ku czemu się autor skłania osobiście, chociażby pod obawą, że przyszłość rzeczy wyświekli inaczej.

To zaś pociąga za sobą pewną chwiejność w przedstawieniu rzeczy, a przy poruszaniu tej samej kwestyi w różnych miejscach spotykamy się czasem z orzeczeniami niemal sobie przeczącymi. Tak np. zdania o zakażeniu mieszanem na str. 437, 449 i 547 o znaczeniu dziedziczności (261, 287, 290), żydzi a odżywianie się (295, 305).

Po za temi usterkami właśnie dział historii suchot i etyologii są napisane bardzo ciekawie i barwnie, przy tem S. uwzględnił stosunki naszego kraju we wszystkich zaborach na podstawie własnych spostrzeżeń i prac badaczy polskich.

W rysie historycznym znajdujemy ciekawe wzmianki o uczonych polakach, którzy w swych dziełach pisali o suchotach.

Co się tyczy literatury, którą posiłkował się autor—to mamy tu wymienione przeważnie tylko wielkie podstawowe dzieła, mające znaczenie epokowe w rozwoju nauki o suchotach. Cytat w ścisłem znaczeniu autor nie podaje, ma to i dobrą stronę, ale byłoby nieraz dużem ułatwieniem, gdyby miejsce, na które się autor powołuje, było podane ściśle. Polscy autorzy, którzy pisali o suchotach, są wyliczeni bardzo pilnie.

Pozwolimy sobie jeszcze zwrócić uwagę Szanownego autora, że zmniejszanie się % śmiertelności z gruźlicy (644) dzięki, jakoby, środkom ochronnym, à la Cornet, datuje już od wcześniejszej znacznie pory i to w całej Europie, a nawet w Warszawie (p. Polak).

Na str. 649, należałoby wspomnieć o mleku kwaśnem, którego tyle u nas się spożywa.

W leczeniu za mało autor poświęca uwagi wynikom stosowania tuberkuliny, np. pracom Petruscky i H. Weickera -- o skombinowanym etapie leczenia suchot tuberkuliną i klimatem.

Wreszcie odnośnie języka zaznaczyć też same jego zalety, co w poprzednich tomach — poprawność, styl łatwy prosty i jasny — żywy i potoczny tam, gdzie na to pozwala przedmiot. Niemile uderza częste używanie „takowy,” czasem parokrotnie na jednej stronie.

Dla pożytku czytelnika i gwoli oczyszczeniu dzieła od przypadkowych błędów zwracam uwagę na zauważone: str. 47 kirtometr (nie krytometr), str. 171 u góry—cyfra niedokładna, 225 Broussais (nie Broussel), str. 244 — opuszczone „w krowim“ (gnoju), str. 535 oddech (zam. szmer), 656 dziedziczności (zam. dziedzicznej, s. 739 — złe przecinki, s. 750 — zamiast południowym brzegu j. G. — powinno być — północno-wschodnim.

Przeczytałem dzieło Sokłowskiego z przyjemnością i pożytkiem i sądzę, że powiązanie tych wrażeń zrodzić się musi w umyśle każdego czytelnika. Winno to być najlepszą rękojmnią poczytności dzieła, które musi się znaleźć w ręku zarówno poczynającego ucznia medycyny,

jak również lekarza, chcącego uczynić suchoty przedmiotem ściślejszych studjów. Dział zaś kliniczny tego tomu, podobnie jak poprzednich, zachowa swą wartość trwale, jako wierne obrazy natury, zawsze się jednako przedstawiającej.

O. Hewelke.

D. 1 stycznia 1906 r.

Rok bieżący stanowić powinien epokę w życiu naszego narodu. W tym bowiem roku rozstrzygnięty być winien samorząd w Królestwie. Po raz pierwszy korzystać będziemy z urzędzeń, stworzonych przez społeczeństwo ku jego dobru i ku budowie lepszej przyszłości.

Czeka nas przytem praca olbrzymia, przez lat 40 cofaliśmy się ciągle skutkiem niesprzyjających warunków i w warunkach tych mogliśmy znaleźć pewne usprawiedliwienie, w rok zaś odbudować będziemy musieli wszystko, na co kraj czekał tak długo i dać takie podwaliny, abyśmy mogli dowieść świata, że nie na próżno domagaliśmy się samorządu, że jesteśmy doń przygotowani zupełnie.

Jedną z reform niezmiernie ważnych będzie, niewątpliwie, reforma służby zdrowia w Królestwie i urzędzeń higienicznych.

Prasa lekarska sprawy te omawiała niejednokrotnie, w r. 1898 powstało wiele pod tym względem projektów, ówczesny rząd wyznaczał pono jakieś komisye, które, jak zwykle, nic nie zrobiwszy—usnęły, zostawiając trochę zapisanego papieru i garść nowych dowodów, że sprawy życiowe mogą być rozstrzygane jedynie przez znających życie obywateli, a nie w gabinetach szczelnie dla życia zamkniętych.

Dziś do tej sprawy wrócić musimy, omówić ją jaknajszczegółowiej i, opracowawszy jeden plan działania, wprowadzić go w życie.

Nim to zrobimy, zapoznamy się ze stanem obecnym, choć w krótkich zarysach.

Po r. 1863 wprowadzono do Królestwa system centralizacji: wszystkie sprawy, a więc i sprawy zdrowia rozstrzygano w Petersburgu w departamencie lekarskim. Departament ten ma pod swą władzą wydziały lekarskie gubernialne i urząd lekarski w Warszawie; jeszcze niższą jednostką administracyjno-lekarską są lekarze powiatowi i miejscy.

Wydział gubernialny z inspektorem na czele ma obowiązki sanitarno-policyjne i stanowi zarazem pierwszy etap dla nadzoru nad działalnością lekarzy i aptekarzy, mając w swem gronie asesora farmacyi. Od niego zależą koncesye na apteki i składy apteczne, świadectwa lekarskie, oględziny nowozacieżnych (apelacya). Lekarz powiatu i miejski pełni obowiązki lekarza sanitarnego i sądowego,

uczestniczy w komisjach poborowych, prowadzi statystykę zdrowia itp.

Widzimy z tego, że połączono tu dwie odrębne czynności: sądowo-lekarską i higieniczną w jednej osobie, a że za kilkaset rubli lekarz utrzymać się nie może, obok tych czynności na cały powiat, musi praktykować.

Wobec takiego nawału pracy najdzielniejsze nawet jednostki podołać pracy nie mogą, a wobec szczupłego uposażenia zmuszone są zwiększać w różny sposób swoje dochody.

Gorzej w szpitalach. Ich stan znamy dobrze. Z nielicznymi wyjątkami są one pod zarządem gubernialnych, ew. miejskich rad dobr. publicznej, złożonych z samych urzędników czynnych i dymisjonowanych, zarządzających szpitalami bez udziału lekarzy, którzy są tylko technikami, źle lub wcale niepłatnymi.

Olbrzymie sumy, złożone dawniej przez społeczeństwo, stopniały przy tej gospodarce, a szpitali brak nie tylko na prowincyi, ale w Warszawie, gdzie wprowadzono oddzielny podatek szpitalny.

Cóż mamy mówić o inwestycjach higienicznych, skoro Warszawa dotąd nie ma ani kamery dezynfekcyjnej, ani zakładu palenia śmieci. Jedyna Warszawa ma w jednej swej lewej części kanalizację, inne miasta stoją na takim poziomie, jak miasta niemieckie przed 60 laty.

A jeśli Warszawa i Łódź zyskały nowsze urządzenia, stało się to dzięki ofiarności samego społeczeństwa i braku opieki ze strony władz; temu brakowi opieki zawdzięcza Warszawa i Łódź Pogotowie, masę ambulatoryów, a nawet szpitali prywatnych (dla nieuleczalnych, dla dzieci itp.). Oczywiście, że dalej iść tak nie może i musimy szukać wyjścia z tego położenia.

Pierwszym krokiem na drodze poprawy stosunków musi być wybór rady zdrowia krajowej, złożonej wyłącznie z lekarzy, którzy muszą mieć nadzór i zarządzać wszystkimi instytucjami w Królestwie. Rada taka musi mieć obowiązek opracowania systematycznego reorganizacji służby zdrowia.

Za zasadę wziąć należy 4 postulaty:

- 1) sprawy sanitarne oddzielić należy od sądowych i leczniczych;
- 2) w każdym powiecie musi być przynajmniej jeden lekarz sanitarny;
- 3) w każdym powiecie musi być jeden, a w mieście gubernialnem po 2, w Warszawie zaś i Łodzi po 10 — 15 lekarzy sądowych,
- 4) w każdym okręgu sądu gminnego, czyli w 3 gminach musi być 1 lekarz szpitalny, akuszerka, 3 babki i niższy personel szpitalny.

Ostatni postulat wymaga wyjaśnienia.

Okręg sądowy lub 3 gminy muszą utrzymywać szpitalik na 8—10 łóżek i ambulatoryum, w każdym mieście powiatowem musi być szpital ogólny na 30—50 łóżek, w każdym mieście gubernialnem szpital powszechny z oddziałami: chirurgicznym, wewnętrznym, ogólnym, wenerycznym i położniczym. Obok tego w każdej guber-

nii musi być sanatorium dla suchotników, dom przytułku dla nieuleczalnych, oraz dom wychowawczy dla podrzutków.

Zasadą ogólną dla każdego szpitala musi być autonomia bezwzględna, zarząd spoczywa w rękach wybranych obywateli pod prezydencją lekarza, kontrola tylko i zbieranie statystyki należy do krajowej rady zdrowia.

Tak przedstawia się nam szkic ogólny urządzeń sanitarno-lekarskich w Królestwie, o szczegółach pomówimy w następnych zeszytach.

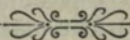
Kronika bieżąca.

—z— Powrócili Do Warszawy z Dalekiego Wschodu kol. J. Piotrowski, Malinowski, Karpiński i Orzeł.

—z— Numer niniejszy został opóźniony z powodu bezrobocia zecerów w końcu r. z.

—z— Oglądaliśmy wyborny aparat dezynfekcyjny o pojemności 5 m. sz., wykonany w fabryce Warszawskiej Patschke i Ś-ka. Aparat kosztuje 4000 rbl. i może służyć do dezynfekcji parowej i formalinowej w próżni.

—z— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że zeszyty Biblioteki lekarskiej, zawierające dokończenie Jessnera Chorób skóry i Ołtuszewskiego Chorób mowy — wyjdą w końcu b. m. Opóźnienie nastąpiło z przyczyny ciągłych przerw w pracy w drukarni,



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

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