

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

I. Przyczynek do anatomii patologicznej nabłoniaków gruczołu krokowego.

PODALI

Motz i Majewski.

Guzy epithelialne gruczołu krokowego tworzą się bądź z wytworów nabłonkowych alweolarnych (raki alweolarne), bądź też z wytworów mniej lub więcej alweolarnych, którym towarzyszy lub poprzedza tworzenie się uchyłków gruczołowych. Gruczoły nowopowstałe są zazwyczaj znacznie mniejsze od normalnych gruczołów stercza. Ilość ich jest w niektórych przypadkach bardzo mała (adeno-carcinoma); w innych, natomiast, bardzo znaczna (adeno-epithelioma d'Albarran et Hallé). Dwie ostatnie odmiany stanowią znaczną większość guzów nabłonkowych gruczołu krokowego.

W raku alweolarnym i w adeno-karcynomacie tkanka łączno-mięśniowa gruczołu krokowego podlega zwykle stwardnieniu. W adeno-epiteliomacie to przeistoczenie włóknikowe nie ma miejsca lub też tworzy się bardzo powoli.

Ponieważ rozpoznanie kliniczne raka gruczołu krokowego

stawia się na podstawie obecności tkanki włóknikowej wewnątrz gruczołu, zatem częste zachowanie normalnej spójności gruczołu znacznie utrudnia rozpoznanie kliniczne w wielu bardzo przypadkach guzów prostaty.

Ganglionarne rozprzestrzenianie się guzów gruczołu krokowego jest rzeczą prawie stałą. Badania nasze w tym kierunku dały nam wynik dodatni w 25 przypadkach na 26 przypadków raka gruczołu krokowego, klinicznie rozpoznanych na oddziale szefa naszego, prof. Guyon'a.

Nacieczenia rakowate pęcherzyków nasiennych spostrzegano w 20 przypadkach. Są one często znacznie wyraźniejsze ze strony lewej, aniżeli z prawej.

Błona brzuszna zajęta była sprawą nowotworową w trzech przypadkach. Kiszka prosta, która zazwyczaj w rakach prostatomiednicowych bywa okrażoną masami rakowatymi, pozostaje zwykle nietkniętą.

Rozszerzanie się nowotworu na kręgi i na spojenie łonowe nie należy do rzadkości. Na pęcherz moczowy sprawa nowotworowa często przechodzi. Stwierdziliśmy to w 25 przypadkach na 26 raka gruczołu krokowego, klinicznie rozpoznanego. Nacieczenie to występuje bądź w formie skrytej, widocznej tylko pod drobnowidzem, bądź też pod postacią wytworów, dostępnych dla gołego oka.

Gdy nowotwór nie rozszerzył się znacznie w kierunku pęcherza moczowego, wtedy przedstawić się on może pod postacią bądź małych gruczołków, mniej lub więcej owrzodzonych i rozsianych na trigonum, bądź pod postacią grubych wałów, podnoszących błonę śluzową pęcherza, lub też małych nowotworów, mniej lub więcej bezszypułowych.

W innych przypadkach guz sprowadza nacieczenie i szerokie owrzodzenie okolic pęcherza.

Przejsie nowotworu na cewkę spostrzegano 7 razy; w dwóch przypadkach były tylko wegetacje nowotworu, w 4 przypadkach tylna część cewki przedstawiała głębokie owrzodzenia, w jednym przypadku była nawet zupełnie zniszczoną.

Ciała jamiste były zajęte w 3 przypadkach.
Przerzuty znaleziono u 5 chorych; trzy razy w wątrobie,
dwa razy w opłucny i płucach, raz w nerkach i raz w biodrze.
(5 lutego 1906).

II. Przewlekły zanikowy nieżył nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAE

D-r J A N S Ę D Z I A K

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego
Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(*Dalszy ciąg*).

4) Nadużycie w paleniu (*Abusus in tabaco*) zdaniem mojem, może również mieć wpływ ujemny na rozwój nieżytu zanikowego nosa (na 1142 przyp. notowałem ten moment etyologiczny 120 razy, tj. 10,5%).

Zdaniem mojem na fakt ten zwraca się zbyt mało uwagi.

5) Również stosunkowo często (40 razy na 1142 przyp.) notowałem u moich chorych nadużycia w napojach wysokowych (*Abusus in Baccho*); tym sposobem i temu momentowi przyczynowemu przypisuję dużą rolę w powstawaniu zanikowego nieżytu nosa.

6) Do bardzo ważnych również przyczyn usposabiających do tej sprawy chorobowej należą jeszcze fizyologiczne, jakoteż i patologiczne sprawy narządów płciowych u kobiet— a więc przedewszystkiem zaburzenia w miesiączkowaniu (*amenorrhoea*, *dyssmenorrhoea*, oraz *menorrhagia*), których notowałem 8 przypadków, następnie okres przejściowy u kobiet

(Climacterium)—8 przyp.; ciąża (16 przyp.), jakoteż karmienie (13 przyp.), wreszcie sprawy chorobowe macicy (metritis — 4 przyp.).

Jako dowód istnienia związku przyczynowego między obu temi sprawami chorobowymi może służyć powszechnie znany fakt pogarszania się nieżytu zanikowego nosa wzgl. ozeny (foetoris) podczas peryodów.

W wielu razach (8 przyp.) notowałem w swoich przypadkach masturbatio u młodzieży obojga płci, tak, że momentowi temu przypisuję również pewną rolę usposabiającą w powstawaniu zanikowego nieżytu nosa.

7) Z innych spraw chorobowych notowałem w mojej praktyce następujące: morbus Brighti (8 przyp.); jak wiadomo t. zw. pharyngitis sicca, towarzysząca zwykle sprawie zanikowej w nosie jest do pewnego stopnia patognomoniczna dla tego cierpienia; następnie: vitium cordis (4 przyp.), angina pectoris (4), paralysis agitans (2 przyp.), pleuritis (2 przyp.), cystitis (2 przyp.), wreszcie actinomycosis (1 przyp.).

(d. e. n.).

III. Przymiot pozapłciowy

PODAŁ

D-r WALERY GIEDGOWD

lekarz fabryczny w Józówce.

(Dokończenie).

Stwardnienia piersi rozpoznawane bywają późno, kobiety bowiem, uważając je za zwyczajne krostki, późno udają się do lekarzy. Tutaj, jak i w innych okolicach, decydującym objawem rozpoznawczym jest obrzmienie okolicznych gruczołów chłonnych, przedewszystkiem pachwowych, a następnie szyjowych, potylicowych i nakoniec—pozostałych gruczołów.

Ze swej praktyki zanotować mogę następujące przypadki stwardnień piersiowych.

1) Kobieta zaraziła się od podrzutka, który miał „wysypkę i pęknięcie skóry.” Dziecko zmarło; u chorej wystąpiło owrzodzenie sutki. Wtarła sobie 32 frykcye. Po roku zauważyłem naloty na migdałkach; gruczoły pachwowe wielkości bobu, pozostałe zaś—nieznacznie powiększone.

2) Kobieta, lat 25, zamężna. Z trojga dzieci jedno 2-letnie żyje, dwoje zaś umarło w 4-tym i 5-tym miesiącu, niewiadomo na jaką chorobę. Przed 6—7 miesiącami dawała 2 razy swą pierś dziecięciu sąsiadki. Przed 3-ma miesiącami wystąpiła wysypka na piersiach, która nie znikła dotychczas. Miesiąc temu wystąpił ból gardła i głowy. 1902 5/XII. — Defluvium capillitii, naloty na migdałkach, gruczołki pachwinowe i szyjowe powiększone, szczególnie z prawej strony. Na prawej sutce obok brodawki wymacuje się stwardnienie, pokryte brunatnym strupem. Papulae cutis. Chora była w mej kuracyi 1 1/2 roku, po upływie którego to czasu objawy przymiotu nie znikły jeszcze zupełnie.

Stwardnienia pierwotne brzucha (1—3) obserwowano od ukąszeń, baniek i t. p. Na pępku u dziecka widziano owrzodzenie, wywołane zakażeniem przez akuszerkę.

Stwardnienia pierwotne narządów płciowych, nabyte drogą pozapłciową, spotyka się przeważnie u dzieci ⁴⁾; u chłopców żydowskich często w następstwie wymaganego rytuałem wysysania krwi po obrzezaniu (5—6). Taylor opisuje przypadki zarażenia w waterklozecie mężczyzn dorosłych, mających owrzodzenia na mosznie; zarażenie w następstwie tatuowania opisał Bergasse ⁷⁾. U kobiet zarażenie występuje wskutek

¹⁾ Samuel Rom. Intern. klin. Rundsch. 1891, Febr. 22.

²⁾ Krefting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar 1894.

³⁾ Neuman. Deutsche med. Woch. 1902, XV, 266.

⁴⁾ Tulinow. Wracz. 1889, XXI, 616.

⁵⁾ Stein. Wien. med. Woch. 1895, N-r 49.

⁶⁾ Biedert Vogel. Podręcznik chorób dziecięcych.

⁷⁾ Bergasse. Arch. de méd. et pharm. milit. 1895, Mars.

łechtania palcem przez mężczyzn organów rodnych ¹⁾; niekiedy położnice zarażają się od babek (2—3).

Stwardnienia odbytu (4—6) obserwowano u chłopców często w następstwie pederastyi. Stwardnienia w tem miejscu często mają pęknięcia, skutkiem czego trudno je rozpoznać ²⁾. Stwardnienia pośladków obserwował Heuss ⁵⁾.

Stwardnienia uda (Neuman ⁸⁾, Völckers ⁹⁾. W przypadku Völckers'a zakażenie nastąpiło prawdopodobnie w domu wesolym.

Stwardnienia kolan i przedudzi (Krefting ¹⁰⁾, Zieleniew ⁶⁾ obserwowano w następstwie baniek, postawionych pod główką kości strzałkowej ⁴⁾. Chłopiec skutkiem upadnięcia na ulicy zdarł sobie z kolan naskórek; przybiega wówczas doń pani dobroczyzna i przykleja mu swą śliną plasterki angielski, w następstwie czego wywiązało się stwardnienie pierwotne kolana (Fournier).

Ja obserwowałem następujący przypadek: Mężczyzna, lat 27, skaleczył się w piwiarni w nogę. Właściciel sklepu, w celu zatamowania krwi, splunął na ranę i ślinę rozmazał ręką.

W 3 tygodnie potem wystąpiła „ranka,” a następnie, po kilku tygodniach (około Wielkiej Nocy 1902 r.) wysypka na skórze.

Ani „ranki,” ani też wysypki nie widziałem, gdyż leczył go w tym czasie inny lekarz. Pomimo starannej kuracyi wystąpił ból gardła w pół roku potem, w następstwie czego kontynuował leczenie swoiste. 1903 26-X — zwrócił się o poradę do mnie po raz pierwszy. Skarży się na zawroty głowy;

¹⁾ Stein. Wien. med. Woch. 1895, N-r 49.

²⁾ Fischer. The Lancet. 1895, Februar 16.

³⁾ Duczyński. Wracz. 1889, VI, 167.

⁴⁾ Samuel Rom. Intern. klin. Rundsch. 1891, Febr. 22.

⁵⁾ Heuss. Monatsschr. f. prakt. Dermat. 1896, N-r 9.

⁶⁾ Zieleniew. Wracz. 1890, XXXII, 735.

⁷⁾ Bieck. Deutsche med. Woch. 1895, Ver. Beil., VI, 37.

⁸⁾ Neuman. Deutsche med. Woch. 1902, XV, 266.

⁹⁾ Völckers. Deutsche med. Woch. 1902, Ver. Beil. XII, 92.

¹⁰⁾ Krefting. Arch. f. Derm. u. Syph. Januar, 1894.

skonstatowałem perforatio septi nasi. Gruczołki wszędzie nieco powiększone, szczególnie zaś prawe pachwinowe. Na prawym przedudziu blizna skóry. Po 6-tygodniowej dokładnej kuracyi stan podmiotowy poprawił się. Następnie przez 4 miesiące był w mej kuracyi, poczem więcej się nie pokazał.

Stwardnienia pierwotne podeszwy.

Lesser zebrał w literaturze tylko 4 przypadki stwardnień podeszwy. W przypadku, obserwowanym i opisanym przez Lesser'a, u 28-letniej praczki wystąpiło z początku swędzenie podeszwy, a następnie owrzodzenie krwawiące ze znacznym rozpadem tkanek. Autor sądzi, że chora podczas prania bielizny, zanieczyszczonej ropą przymiotową, przeniosła zarazek palcem, drapiąc swędzącą podeszwę. Gruczoły podkolanowe nie były obrzmiałe.

Z dostępnych mi pism z lat ostatnich, zaczynając od 1895 roku, zebrałem 2346 przypadków stwardnień pozapłciowych. Przypadki te dadzą się rozsegregować podług umiejscowienia i odsetki w sposób następujący:

Stwardnienia warg—30%, sutki—19%, paszczy—12%, okolicy oczu—7%, jamy ustnej—6%, palców—3 $\frac{1}{2}$ %, odbytu—3%, języka—3%, podbródka—2%, ramienia—1 $\frac{3}{4}$ %, policzka—1 $\frac{3}{4}$ %, brzucha—1 $\frac{1}{4}$ %, nosa—1 $\frac{1}{4}$ %, tułowia—1 $\frac{1}{4}$ %, kobiecych organów rodnych—1 $\frac{1}{4}$ %, uda—1%, ręki (oprócz palców)—1%, uwłosionej części głowy— $\frac{3}{4}$ %, czoła— $\frac{3}{4}$ %, grzbietu— $\frac{3}{4}$ %, męskich organów płciowych— $\frac{1}{5}$ %, ucha— $\frac{1}{5}$ %, kolana— $\frac{1}{5}$ %, przedudzia— $\frac{1}{5}$ %, stopy— $\frac{1}{5}$ %, szyi— $\frac{1}{10}$ %, przedramienia— $\frac{1}{10}$ %, pośladków— $\frac{1}{10}$ % i gardzieli— $\frac{1}{10}$ %.

O rozpoznaniu stwardnień pozapłciowych wspominaliśmy wyżej przy opisie rozmaitych przypadków. Wzmiankowaliśmy już również i o tem, że stwardnienia występują w różnych postaciach w miejscu wejścia do organizmu zarazka. Różnorodność postaci stwardnień wraz z niezwykle umiejscowieniem tychże powoduje trudność rozpoznawczą, która ułatwia rozprzestrzenianie się przymiotu za pośrednictwem stwardnień pozapłciowych. Przy rozpoznaniu, oprócz owrzodzenia, najwięk-

sze ma znaczenie obrzmienie typowe gruczołów okolicznych. W przypadkach wątpliwych oczekiwać należy objawów wtórnych.

Co się tycze przepowiadni przymiotu, nabytego drogą pozapłciową, to, zdaniem Fournier'a, mniemanie niektórych autorów o zależności stopnia złośliwości przymiotu od umiejscowienia stwardnienia nie sprawdza się ani w obserwacjach tego autora, ani też w danych statystycznych. Ciężkie postaci przymiotu występują jak przy zakażeniu płciowym, tak też i przy pozapłciowym; przy tem ostatniem jednak widzimy je, być może, częściej, lecz to zależy po większej części od późnego rozpoznania choroby i, co idzie za tem, od spóźnionego leczenia, dalej—od wczesnego wieku u dzieci lub też późnego u starców i wreszcie od złych warunków higienicznych, sprzyjających wystąpieniu zakażenia pozapłciowego. Krefting, co prawda, oponuje przeciwko wnioskowi Fournier'a i twierdzi, że przymiot twarzy przebiega ciężko, lecz Heuss ¹⁾ zwraca słuszną uwagę, że wszystkie niemal przypadki Krefting'a dotyczą kobiet i dzieci, u których gorszy przebieg choroby można wytłomaczyć wiekiem i słabszym organizmem.

Zdanie Fournier'a co do rokowania przy przymiocie pozapłciowym potwierdzają: Münchheimer, Feibes, Beckerelli i inni. Ja, w mym małym materyale, nie zauważyłem, jak niżej zobaczymy, złośliwości przebiegu przymiotu pozapłciowego.

Leczenie przymiotu pozapłciowego niczem się nie różni od leczenia tej choroby, nabytej przy spółkowaniu. Wobec niezmiernego niebezpieczeństwa przymiotu, który szkodzi nie tylko jednostce i rodzinom, lecz nawet przynosi uszczerbek całym pokoleniom, środki zapobiegawcze miałyby wielce doniosłe znaczenie. Lecz, jeżeli one nie doprowadziły do pomyślnych rezultatów przy przymiocie płciowym, w którym wiadome są jak droga zarażenia, tak również i sposoby obro-

¹⁾ Heuss. Monatsschr. f. prakt. Dermat. 1906, N-r 9.

ny, to tem mniejszych wyników można oczekiwać od nich w walce z przymiotem pozapłciowym. Jesteśmy przekonani, że tylko szerokie uświadomienie jednostek i społeczeństwa co do możliwości zakażenia pozapłciowego może rzeczywiście wpłynąć na zmniejszenie się tego zła.

W państwach kulturalnych, jak wyżej wspominaliśmy, liczba przypadków przymiotu pozapłciowego wynosi od 2 — 9% wszystkich przypadków przymiotu, tymczasem gdy w niektórych okolicach Rosyi liczba jest zatrważającą, dochodzi bowiem do 90%. Źródłem tego jest nieświadomość kardynalnych prawideł higieny i niedbalstwo o zdrowy pokarm, mieszkanie i ubranie. Uświadomienie społeczeństwa — chociażby częściowe — w sprawach, dotyczących higieny, należy do obowiązków towarzystw higienicznych i lekarskich, działanie których, niestety, jest dziś pod tym względem bardzo ograniczone. W przyszłości może i szkoły przyjmą na siebie tę odpowiedzialność.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć liczby i dane, dotyczące przymiotu pozapłciowego w Józówce. Z 9 lat ostatnich w księdze szpitala miejscowego zanotowano 1061 przypadków przymiotu: mężczyzn 62%, kobiet 24% i dzieci 14%. Z tej liczby na zakażenie pozapłciowe przypadły 63 przypadki: mężczyzn żonatych — 20%, kawalerów — 10%, kobiet zamężnych — 8%, pańien — 6% i dzieci 56%. Co się tycze rokowania przypadków, obserwowanych w Józówce, to wogóle nie okazały się one złośliwymi. Ze wszystkich 63 przypadków zakażenia pozapłciowego tylko 3 przeszły szybko w trzeciorzędny okres choroby, co stanowi 4,7%. Na 998 przypadków przymiotu, nabytego drogą spółkowania, 91 przypadków przeszło w okres objawów późnych, co stanowi 9,1%, czyli więcej, niż przy zakażeniu pozapłciowym. Z tych danych widać, że wzmiankowane wyżej zdanie Fournier'a co do niezależności objawów ciężkich przymiotu od umiejscowienia stwardnienia pierwotnego sprawdza się i na chorych w Józówce.

Podług stanowiska społecznego chorzy, leczeni w Józówce

na przymiot pozapłciowy, byli następujący: 1 wyższy urzędnik, 1 lekarz, 1 nauczyciel, 1 kupiec, 1 kobieta z inteligencji, 1 akuszerka, 1 felczer, 10 robotników fabrycznych, 7 żon i córek robotników, 2 dzieci urzędników i 37 dzieci robotników.

Z danych tych widzimy, że chorzy na przymiot pozapłciowy reprezentowali tutaj wszystkie niemal stany. Wielu z nich mogłoby się ustrzedz choroby, gdyby wiedzieli o niebezpieczeństwie przed zakażeniem i środkach zapobiegawczych. Najczęściej choroba powstawała skutkiem obcowania z chorym członkiem rodziny. Publiczność powinna wiedzieć z jednej strony o tem, że przymiot rozprzestrzenia się nie tylko przez spółkowanie, z drugiej zaś—z mniejszą pogardą winna patrzeć na dotkniętych przymiotem, często notabene niewinnie. Chorzy ci wówczas nie byłiby zniewoleni do ukrywania swego cierpienia, leczyliby się prawidłowo i, wreszcie, nie byłiby źródłem zarazy dla otoczenia. W następstwie tego liczba przypadków przymiotu pozapłciowego spadłaby znacznie.

IV. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Krobia miała dwa szpitale: 1) Szpital św. Ducha istniał już na początku XVII w.; wizyta Happa z r. 1610 mówi: „Szpital św. Ducha za miastem, z drzewa wystawiony, gliną wylepiony, nie wiadomo przez kogo fundowany na niepewną liczbę ubogich. Zawiera

w sobie dwie izby, jędnę dla zdrowych ubogich, drugą dla chorych i kalek. Prócz tego posiada własną łaźnię i inne przynależności (attinentia)." Był pod zarządem urzędu miejskiego, miał własne role, ogrody i małe kapitały.—2) Szpital przy kościele św. Mikołaja; mówi o nim wizyta Wolskiego z r. 1667: „Szpital przy kościele parochialnym krobskim jest z drzewa postawiony, w dobrym stanie, o jednej wielkiej izbie i pięciu małych izdebkach. Dom ten postawił pan Stanisław Konarzewski i obrócił go w szpital ubogich, przydawszy doń na wieczny fundusz 150 złp."

Kroki (pow. rosieński); król Jan Kazimierz nadał szpitalowi r. 1651 wieś Piple, obszaru włók 18 z górą; ze wsi tej szpital miał dostawać co rok: „soli beczkę jedną, śledzi beczkę, żyta purów 24, owsa purów 24, siana wozów 15, dREW OSI 13, lnu funtów 100, kur 12, gęsi 12 i pieniędzmi zł. 150." Dom szpitalny „wspaniale zbudowany" przez biskupa księcia Stefana Giedroycia, w r. 1809 zgorzał.

Krośniewice (osada, pow. kutnowski); szpital z kaplicą św. Ducha, niewiadomo przez kogo i kiedy fundowany, dziś już nie istnieje.

Krosno; był pierwotnie szpital przy kościele św. Ducha, później obrócono na szpital kolegium jezuickie, Przytułek na 12 ubogich założył i uposażył Władysław Jagiełło. (*Zapis. 63—64*).

Kroszyn (pow. nowogrodzki); plac pod budowę szpitala i uposażenie dla ubogich ofiarował w r. 1626 książę Zygmunt Radziwiłł.

Krotoszyn; szpital był przy kościele św. Fabiana i Sebastjana.

Krupie (pow. szawelski); w r. 1786 oficer wojsk litewskich, Szkultyn ofiarował 200 talarów bitych na utrzymanie w szpitalu ubogich.

Krzemieniec (gub. wołyńska); szpital na 12 ubogich założyła tu w r. 1546 królowa Bona; w r. 1550 nadała mu dwa łany roli, na której później powstała wieś Bonówka. — O istnieniu szpitala żydowskiego można się przekonać z aktu z r. 1576. (*Zapis. 65*).

(d. c. n.)

V. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

99. Gebele. **Leczenie złamań kości.** (Münch. med. Wochft. N-r 39, 1905).

Promienie Röntgen'a pouczyły nas dopiero, jak często kości zrastają się źle w opatrunkach gipsowych, zakładanych dawniej na długi czas. Jeżeli dodamy do tego wady inne opatrunków ustalających, jak wywoływanie zaniku mięśni, zeszywnienia stawów i złej funkcji kończyny, dojść musimy do przekonania, że ta dawna metoda jest zupełnie mylną, korzyści nie daje bowiem żadnych, a szkodzić może wiele. Przyczyny te sprawiły, że zaczęto leczyć złamania wprost przeciwnie, t. j. jedynie wczesnym masażem i ruchami bez ustalenia. Jordan postąpił pośrednio, bo zakłada opatrunek ustalający do zdejmowania i masuje złamanie co dzień od początku, przeskakując na pierwszych posiedzeniach przy masowaniu miejsce złamania. Wielkim postępem w leczeniu złamań są opatrunki ustalające do chodzenia przy złamaniach kości podudzia. Zapobiegają one zanikowi mięśni przynajmniej. Doświadczenie autora opiera się na 2000 złamań, leczonych od r. 1900 do 1 czerwca roku 1905 w klinice chirurgicznej monachijskiej. Sposób postępowania jest następujący:

Przy złamaniach typowych kości promieniowej zakłada się szynę Schede'go na 6 — 8 dni. Po tem masaż podług Jordana 4 dni i kąpiele, po tem ruchy czynne, w końcu masaż samego miejsca złamania i ruchy bierne. Czas leczenia 3 tygodnie. Podobnie postępuje się przy złamaniach kości sprychowej, lub promieniowej wyżej, dalej przy złamaniach dolnej i górnej nasady kości ramieniowej, z tą różnicą, że opatrunek ustalający zostawia się przez 14 dni. W złamaniach obu kości przedramienia, lub samej kości ramieniowej, pierwszy opatrunek zostaje 3 tygodnie, zresztą leczenie podobne. Wyjątkowo tylko, w razie wielkiej skłonności do przesunięcia, używa się przy złamaniach kości ramieniowej wyciągu. Złamanie łokcia leczy się w szynie, w położeniu prawie wyprostowanym z ustaleniem odłamków plastrami przez dni 14, po tem

masaż. Złamanie podudzia leczy się ambulatoryjnie. Masaż, potem opatrunek gipsowy do chodzenia wprost na ciało. Przy złamaniach kostek opatrunek ten leży 2—3 tygodnie, przy złamaniach podudzia samego—3—4 tygodnie (ewentualna zmiana wśród tego czasu). Dobrze działają tu także kąpiele z gorącego powietrza. Leczenie złamań uda i tegoż szyjki odbywa się głównie za pomocą wyciągu bardzo silnego (do 25 kilo) przez 3 tygodnie, potem szyna Thomas'a. Złamania rzepki leczy się też konserwatywnie, jedynie w razie wytworzenia rzekomego stawu, lub braku złączenia szew następowy. Złamania, powikłane ranami, leczy się w opatrunkach ustalających z oknami.

D-r A. Kłesk.

(Kraków).

100. Strubell. **Patologia i terapia ropień jamy szczękowej.** (Münch. med. Wochft. N-r 38, 1905).

Przyczynami, wywołującymi ropienie w jamie szczękowej, są w większej części choroby zakaźne (influenza, nawet zapalenie płuc i inne), dalej choroby zębów i nosa. Jednym z najgłówniejszych objawów choroby, jest uciążliwy ból głowy, występujący tak w nerwie nad- jak i podoczodołowym. Z innych symptomów podnieść należy wpływ ropny, nieraz cuchnący, z nosa, zmieniający nieraz swe nasilenie, zależnie od położenia ciała, obrzęk policzka i t. d. W następstwie ropień jamy szczękowej zauważono zmiany w zmyśle węchowym, cierpienia żołądkowe, dychawicę oskrzelową, a nawet psychozy. Rozpoznanie ułatwia nam badanie nosa z równoczesnem płukaniem jamy, a także prześwietlenie, podane przez Herynga. Naturalnym otworem jamę szczękową trudno bardzo płukać, trzeba też czynić to raczej z pomocą nakłucia, które zarazem w lżejszych przypadkach jest leczeniem. Celem uniknięcia możliwego wejścia igłą do jamy oczowej, lepiej jest robić nakłucie (prostą igłą) z dolnego przewodu nosowego, tu bowiem niebezpieczeństwa niema, chyba przy wyjątkowej budowie szczęki igła przebić może i ścianę twarzową jamy i ukazać się w rowie psim (fossa canina). Nieostrożne płukanie wtedy, jeżeli się operator na czas nie spostrzeże, wywołać może obrzęk wodny policzka i silne bóle. Obrzęk ten wsysa się zresztą szybko. Wielu nie widzi jednak żadnych korzyści z takich płukań i stosuje inne metody, więc w pierwszym rzędzie Cowper'a (sączkowanie od strony zęba po wyjęciu te-

goż), a dalej, w razie, jeżeli zęby są zdrowe i ropienie nie ztąd pochodzi, metodę Krause-Mikulicza (sączkowanie nosem po przebicciu ściany nosowej). Z więcej radykalnych metod wspomnieć należy o usuwaniu ścianki przedniej (twarzowej) jamy szczękowej podług Desault-Küster'a, utworzeniu szerokiego połączenia jamy szczękowej z jamą ustną i nosową i wyłożeniem jamy płatem błony śluzowej, wziętej z nosa (Jansen-Bönninghaus). Jedną, może, z najlepszych metod jest sposób Luc'a i Caldwell'a, przekształcony przez Hajek'a, a polegający na otworzeniu ścianki przedniej, oczyszczeniu jamy, przesunięciu błony śluzowej naciętej maszli dolnej do jamy i wytamponowaniu jamy przez nos, z poprzedniem szczelnem zaszcyciem błony śluzowej w jamie ustnej. Tok postępowania poleca też autor następujący: z początku próba przez 4 — 6 tygodni płukaniem z pomocą nakłucia, potem leczenie sposobem Krause-Mikulicza, a w końcu, w rok lub kilka, gdy sprawa nie ustępuje, dopiero operację sposobem Luc-Caldwell-Hajek'a.

D-r Adolf Klęsk.

(Kraków).

101. Klemm. **Tworzenie się torbieli w kikutach wyrostka robaczkowego.** (Münch. medicin. Wochft. N-r 41, 1905).

Otoki wyrostka robaczkowego, lub i tworzenie się większych torbieli znane są powszechnie. Zbierający się płyn nie tylko rozciąga mechanicznie ściany wyrostka, lecz i te grubieją i przerastają odpowiednio, zwłaszcza warstwa mięsna. O wiele rzadszemi jednak są torbiele, powstające z resztek wyrostka robaczkowego, i takich przypadków obserwował autor 3. Powstają te sprawy najczęściej u chorych, którym wykonano li tylko nacięcie ropnia bez wyjęcia wyrostka. Często bardzo wyrostek choruje u podstawy lub i w swym przebiegu; część obwodowa zostaje oddzieloną od środkowej i kikut obwodowy staje się wtedy źródłem tworzenia się przewlekłych ropni lub i torbieli. Po nacięciu ropnia, mogą się samoistnie wyleczyć tylko przypadki, w których albo wyrostek został zupełnie zniszczony, lub sprawa umiejscowioną była na końcu obwodowym. Jeżeli zaś sprawa zajmowała część bliżej jelita ślepego, wyleczenie będzie chyba rzadkością, o wiele zaś częściej spotykamy nawroty choroby, lub groźne powikłania. Przy wycinaniu wyrostka powinno się też pilnie uważać, by go usuwać tuż przy

jelicie ślepem, ewentualnie, gdy jest zniszczony, odszukać resztki, ażeby mieć pewność, że operacja będzie radykalną i od nawrotów uchroni. Bezwątpienia, takie wyszukiwanie nie jest łatwe, operacja staje się przez to cięższa, nic też dziwnego, że z dniem każdym zwiększa się zastęp chirurgów, zwolenników jaknajwcześniejszego operowania, zwłaszcza, że statystyki wykazują, że rezultaty bardzo wczesnego operowania zupełnie nie są gorsze od statystyk operacyi na zimno.

D-r A. Klešk.
(Kraków).

102. Braun. **O kilku nowych środkach znieczulających (stowaina, alypina, nowokokaina).** (Deutsche med. Wochft. N-r 42, 1905).

Zasłużony na polu znieczulania miejscowego, prof. Braun z Lipska, podaje nowy przyczynek w postaci wypróbowania klinicznego wprowadzonych świeżo 3 środków znieczulających: stowainy, alypiny i nowokokainy. Jak wiemy, ideałem środka znieczulającego miejscowo powinny być: 1) nie trujące własności, 2) dobra rozpuszczalność w wodzie, 3) oddziaływanie nie bardzo kwaśne, ani bardzo zasadowe (by tkanek nie drażnić i nie wywoływać wielkiej bolesności), 4) zdolność przetrwania wyjałowienia przez gotowanie, 5) zdolność łączenia się z preparatami nadnercza (nie wywoływanie przekrwienia), 6) zdolność do wsysania się przez błony śluzowe.

Stowaina jest mniej trującą od kokainy. Oddziaływa jednak kwaśno, wstrzyknięcie jest bolesne i drażni tkanki. Rozczyny 5—10% wywołują nawet zgorzel tkanek. *Stowaina* wywołuje także przekrwienie i krwawienie przy operacyi, na błony śluzowe działa drażniąco (szczególnie na spojówkę), połączenie z nadnerczyną nie wiele pomaga. Dotąd okazała się za to *stowaina* jednym z najlepszych środków, używanych do znieczulania łądzwiowego.

Alypina, podobna ze składu do *stowainy*, daje się bardzo dobrze gotować, działa silnie znieczulająco, można ją łączyć z nadnerczyną, jest mniej trującą od kokainy, rozczyny jej jednak drażnią tkanki, a 5% już wywołać mogą zgorzel. Za to rozczyny 10% znieczulają przez smarowanie tak dobrze błony śluzowe, jak i kokaina.

Znieczulenie łądzwiowe alypiną z dodatkiem nadnerczyny jest idealnem.

Nowokokaina, środek dopiero co wprowadzony w życie, rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1 : 1, daje się dobrze gotować w roztworze, działa silnie znieczulająco, lecz krócej, jak kokaina. Jest jednak od tej ostatniej znacznie mniej trującą (dawka dla człowieka, zdaje się, najwyższa leży jeszcze po nad 0,25 pro dosi), przez co stosować można roztwory więcej zgęszczone. Tkanek nie drażni nawet w 10% roztworach, łączy się dobrze z nadnerczyną.

Wypróbował jej działanie autor w 150 operacjach, najlepiej stawać ją w 2% roztworze. Błony śluzowe znieczula *nowokokaina* dobrze, podobnie działa też bez zarzutu w znieczuleniu lędźwiowem, badania nad tem są jednak jeszcze w toku.

D-r Adolf Klęsk.
(Kraków).

103. Joseph. **Działanie naturalnego, a sztucznie wywołanego obrzęku.** (Münch. med. Wochft. 1905, N-r 40).

Mimo to, że obrzęk należy do czterech kardynalnych objawów zapalenia, mało zwracano dotąd na niego uwagę. Jednak obrzęk ten jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym natury. Badania wykazały, że mimo istnienia zakażenia i drobnoustrojów w ognisku zapalnym z obrzęku nigdy nie udało się ich wyhodować, jest on zawsze jałowym. Fakt ten zwrócić musiał na siebie uwagę. Tak n. p. obrzęk występuje bardzo szybko po zadziałaniu na organizm jadu chemicznego. Ukąszenie węża wywołuje obrzęk, szybko się rozwijający, którego celem nie jest nic innego, jak rozcieńczenie jadu. Bakteryje produkują podobne jady, te ostatnie rozpuszczają się w obrzęku, a ponieważ w roztworach takich drobnoustroj żyć nie może, cofa się więc do ogniska zapalnego i obrzęk pozostaje jałowym. To wysysanie niejako toksyn jest więc czynnikiem leczniczym obrzęku. Autor robił doświadczenia następujące: wywoływał sztuczny obrzęk podług Bier'a na kończynie królika i następnie wstrzykiwał w te miejsca strychninę w śmiertelnej dawce. Z 7 zwierząt pozostało 6 przy życiu, podczas, gdy wszystkie kontrolne zginęły. Wywoływanie sztucznego obrzęku prócz tego powoduje wydzielanie się ciągle płynu do rany, co sprawia większą wydzielinę, jakgdyby naturalne płukanie, przez co nie potrzebujemy stosować, tak bolesnego dla chorych, tamponowania ran. Tampon, wysychając, nietylko

nie spełnia swego zadania, ale powoduje nieraz obumieranie tkanek czułych, n. p. ścięgna i ich pochewek.

Duży obrzęk, zbierający w sobie nieraz kilka litrów płynu, rozcieńcza znów jad, utrudniając przez to dostanie się tegoż do dalszych części organizmu szybko w większej ilości.

D-r Adolf Klęsk.

(Kraków).

104. Reichel. **Powikłania po operacji wola.** (Münch. med. Wochft. N-r 42, 1905).

Autor opisuje 3 przypadki, w których po operacji wola wystąpiły rzadsze powikłania. W pierwszym zostawiono część gruczołu wielkości jaja kurzego. W następstwie wystąpiła tężyczka, a potem charłactwo, to ostatnie ustąpiło w rok po operacji z równoczesnem powiększeniem się pozostawionej części gruczołu. W drugim, zupełnie podobnym, przypadku charłactwo zaczęło ustępować również dopiero, gdy gruczoł pozostały zaczął się powiększać, powiększenie to pochodziło od przemiany rakowatej. Trzeci przypadek zakończył się nagłą śmiercią na stole operacyjnym, przy robieniu opatrunku. Otwarcie tchawicy i sztuczne oddychanie bez skutku. Sekcja wykazała obustronną odmę piersiową, która powstała z pęknięcia opłucny koło wnęki płuc. Pęknięcie to tłumaczy sobie autor zapadnięciem się nagle spłaszczonej przez wole tchawicy i próbami forsownemi wydechu. Na mocy tych przypadków przychodzi autor do wniosków:

- 1) Przy dużych wolach pozostawienie nawet kawałka gruczołu, wielkości kurzego jaja, nie ochrania nieraz od występowania tężyczki lub charłactwa. Niebezpieczeństwo to zwiększa się, gdy operujemy chorą ciężarną.
- 2) Powikłania wymienione leczy się dobrze preparatami gruczołu tarczycowego.
- 3) Powikłania ustępują w miarę nawrotu wola, choćby ten nawrót był na tle nowotworowem.
- 4) Im większe wole, tem powikłania wspomniane łatwiej wystąpić mogą.

D-r Klęsk.

(Kraków).

105. Hessmann. **Zwichnięcie ramienia z pęknięciem tętnicy pachowej.** (Münch. med. Wochft. 1905, N-r 42).

Autor opisuje przypadek zwichnięcia u starego człowieka barku, w którym to przypadku lekarz forsownie odprowadził ramię, przy czym, zdaje się, pękła miażdżycowo zmieniona tętnica pachowa. Wobec tego w kilka dni przystąpiono do podwiązania tętnicy podobojczykowej. Pacjent wyzdrowiał zupełnie. Z 20 przypadków podwiązania tętnicy podobojczykowej (zebranych z literatury), zaledwo w 2 wystąpiła zgorzel kończyny górnej, podczas, gdy z 12 podwizań tętnicy pachowej w 5. Za to śmiertelność po podwiązaniu tętn. podobojczykowej jest większa.

Klęsk.

106. Simon. **Śródbrzuszne skręcenie sieci.** (Münch. med. Wochft. N-r 41, 1905).

W ostatnich dziesiątkach lat zwrócono uwagę na wydarczające się niekiedy skręcenia wielkiej sieci. W ogóle opisanych dotąd w literaturze jest 29 podobnych przypadków. Autor mówi tu, naturalnie, o śródbrzusznych skręceniach, skręcenia bowiem po za jamą brzuszną (n. p. w przepuklinach, są zjawiskiem bardzo częstym). Statystykę powiększa autor jeszcze o 2 swoje przypadki śródbrzuszego skręcenia sieci. Jeden z nich jest o tyle bardzo zajmującym, że powodu skręcenia absolutnie nie można było wykazać. Chory zgłosił się z objawami guza chelboczącego, zajmującego prawą dolną połowę brzucha, tak, że rozpoznano ropień wyrostka robaczkowego. Operacja wykazała zaś skręcenie sieci dwa razy w sensie chodu zegarka, bez zrostów lub zmian w wyrostku robaczkowym. W drugim przypadku znalazł autor śródbrzusne skręcenie sieci, ta ostatnia jednak była zgrubiała i chorobowo zmieniona, pacjentka miała bowiem równocześnie przepuklinę, do której sieć często schodzić musiała i, oprócz tego, torbiel jajnikową. P a y r studyował przyczyny skręcania się organów jamy brzusznej, umieszczonych na szypułach. Obwinia on o to głównie żyły, które mają przebieg kręty i są znacznie dłuższe od odpowiednich tętnic. Przy silniejszym napelnianiu się żył chcą się one rozprostować, a, nie mogąc tego uczynić, wywołują skręcenie szypuły. Podobnie działa nierównomierny wzrost i waga rosnącego guza na szypule.

D-r A. Klęsk.

(Kraków).

107. Rothfuchs. **Przypadek urazowego pęknięcia dróg żółciowych.** (Münch. med. Wochft. N-r 41, 1905).

Pęknięcie dróg żółciowych należy do przypadków rzadszych. Przypadek autora odnosi się do robotnika, który został uderzony czterema (spadającymi z wysokości) workami, napełnionymi cukrem, w głowę i plecy. Przy upadaniu miał ręce wyciągnięte naprzód, wskutek czego wgniótł sobie oba łokcie, silnie upadłszy, w jamę brzuszną. Prócz złamania prawej kostki zewnętrznej, nie przedstawiał żadnych innych uszkodzeń, skarżył się tylko na ból w lewym boku. Zwolna zaczęły się dopiero zjawiać objawy podrażnienia otrzewny, częściowa niedrożność kiszek, czwartego dnia żółtaczka, skąpomocz, a w końcu, gromadzenie się płynu. 15 dnia po urazie wydobyto za pomocą nakłucia między pępkiem a spojeniem 2 litry płynu żółciowo zabarwionego, i po 3 dniach przystąpiono do zabiegu, na który chory wreszcie się zgodził. Przy operacji znaleziono zupełnie zdrową wątrobę, również pęcherzyk żółciowy, dobrze napełniony, jak niemniej jego przewód. Reszta umieszczoną była i zlepioną tak silnie zrostami i złożami włóknika, że nie pozostało nic innego, jak jamę całą wytamponować. Dziennie odchodziło potem około 200—300 ccm. żółci. Stolec przez 2 tygodnie jasny, potem prawidłowy. W miesiąc ustąpiło zupełnie wydzielanie żółci i chory w 2 miesiące, prawie zdrow, zupełnie opuścił szpital. W obec braku zmian w pęcherzyku i w obec tegoż napełnienia, autor przypuszcza, że pękniętym musiał być jedynie przewód żółciowy wspólny. Podskórne pęknięcia pęcherzyka są rzadkie (ogółem znanych 70), a jeszcze radsze dalszych dróg żółciowych, bo znamy dotąd, podług Laverenz'a, 9 pęknięć przewodu żółciowego, 6 wątrobowego, 1 pęcherzykowego, 8 razy przewodów śródwątrobowych. Bardzo często nie można powiedzieć, który przewód pękł, objawy występują bowiem zwykle dopiero w pewien czas, gdy już zrosty i zmiany zapalne są silnie rozwinięte. W kilku przypadkach, opisanych w literaturze, osiągnięto wyleczenie li tylko za pomocą częstych punkcyi. Leczenie to jest jednak nie chirurgiczne i wątpliwe. Przy pęknięciu woreczka należy go zeszyć lub wszyć w powłoki, przy pęknięciu przewodu pęcherzykowego — wyciąć woreczek, przy pęknięciu przewodu żółciowego można wykonać połączenie woreczka z kiszka, lub sączkowanie przewodu. W żółci znajdowano po większej części mikroorganizmy, choć w skąpej ilości (Miyake, Hartmann). Śmiertelność podskórnych pęknięć dróg żółciowych wynosi około 20%.

D-r A. Kleśk.
(Kraków).

II. Choroby wewnętrzne.

a) Patologia ogólna.

108. G. Tarozzi. **O ukrytym stanie zarodników tężca w ustroju zwierzęcym, oraz o możliwości wywołania tężca pod wpływem urazu lub zgorzeli.** (Biophysikalisches Centrbl. 1905).

Po podskórnem wstrzyknięciu zarodników tężca znajduje się u świń morskich dosyć często, u królików zaś stale w wewnętrznych narządach. Zarodniki, zastrzyknięte do układu krwionośnego, znajdowano po upływie miesiąca we wszystkich narządach, później (po trzech miesiącach) już tylko w wątrobie. Przy kombinacji urazu i zastrzyknięciu jadu antraksu, lub też zastrzyknięciu wody lub kwasu mlecznego do nerki z przewiązaniem żyły nerkowej, wybuchał tężec jednocześnie z pojawieniem się ognisk zgorzelinowych, w których można było wykryć zarodniki tężca.

Doświadczenia te wskazują drogę, na jakiej powstać może samoistny tężec u ludzi. H. Kucharzewski.

109. Coldesi. **O odporności błony śluzowej pochwy u zwierząt względem zakażenia bakteryjnego.** (Riv. d'Igiene e San. pubbl. 1905).

Na podstawie badań nad królikami i świnkami morskimi, przychodzi autor do wniosku, że głębsza część kanału pochwy jest jałową i że błona śluzowa pochwy przedstawia silny opór przeciwko wtargnięciu drobnoustrojów chorobotwórczych. Śluz z pochwy krowy nie posiada jednakże in vitro siły bakteryo-bójczej, jest za to dobrą pożywką, która jednak osłabia nieco siłę hodowli. H. K.

110. M. Zuelzer. **O wpływie promieni Radium na pierwotniaki.** (Archiv. f. Parasitenkunde, Bd. V. H. 3).

Badano wpływ radium na pierwotniaki. Kapsel, pokryty 10 mg. radium, zbliżano do rozmaitych infuzoryi, a mianowicie: Pelomyxa, Amoeba limax, Arciella, Difflugia, Actinosphaerium, Spirostomum, Paramaerium i t. d., poczem w rozmaitych odstępach czasu badano zachowanie się żyjatek pod drobnowidzem. Wyniki tych badań nie są jednakowe. Nie-

które intuzorya, jak Pelomyxa zabite zostały już w przeciągu 10 m. Inne i po dłuższem promienowaniu radium okazywały nieznaczne zmiany. Dzielenie się jądra u rozmaitych odmian było bądź zupełnie wstrzymane, bądź też wyraźnie zwolnione. Badania wykazały, że promienie radium w pierwszej linii uszkodzają jądro, następnie zaś protoplazmę. Jeżeli działanie to nie poszło za daleko, to ustroje te mogą jeszcze ożyć.

Dłuższe działanie promieni radium zabija bez wyjątku wszystkie obserwowane pierwotniaki. Brakuje jednakże doświadczeń porównawczych z żyjątkami kontrolującymi, znajdującymi się w tych samych warunkach, co i wystawione na działanie radium.

H. Kucharzewski.

b) *Patologia szczegółowa.*

III. I. Lossen. **Badania nad komórkami, spotykaniem w płynach i powłokach surowiczych w zapaleniu opłucny i otrzewny człowieka.** (Deutsches Arch. f. klin. Med. B. 86, H. 1—3).

Badania były przedsięwzięte w tym celu, aby przez porównanie preparatów mikroskopowych płynów z wynikami poszukiwań histologicznych dotkniętej błony surowiczej określić, jaki zachodzi stosunek między znajdowanymi w wysięku postaciami komórek, a odbywającą się w tkance sprawą zapalną. Okazało się, że charakter komórek wysięku mniej zależy od bodźca, wywołującego zapalenie, niż od natężenia zapalenia; ostatni moment, zdaje się, odgrywa tutaj główną rolę. Wysięki gruźlicze zwykle wykazują postać limfocytową, dlatego, że podstawowa ich sprawa ma mało natężone drażnienie zapalne, a nie dlatego, że działa tu swoiście lasecznik gruźliczy. Wielojądrowy charakter komórek wysięku przy obecności gruźlicy płuc należy objaśniać nie zakażeniem mieszanem, lecz głównie większem natężeniem sprawy zapalnej.

Przybłonki spotykamy w płynach rozmaitego rodzaju; przeważają one wtedy, gdy niema mocniejszego odczynu zapalnego, a więc widzimy je w płynach, warunkowanych ogólnym lub miejscowym zastojem. Jednakże, na zasadzie ilości przybłonek nie można twierdzić napewno, czy mamy do czynienia z płynem zapalnym, czy zastoinowym, chociaż wyłączna

ich obecność zwykle uprawnia do przypuszczenia zastoju. Anatomiczne badanie 19 błon surowicznych wykazało obecność rozmaitych komórek. Zwracało uwagę zmniejszenie się w błonie surowiczej ilości komórek o wielopostaciowym jądrze (ge-lapptkörnig), gdy w płynie było ich dużo, oraz prawie zupełny brak pozanaczyniowych czerwonych krążków w preparatach anatomicznych, gdy większość płynów surowicznych zawierała więcej czerwonych, niż białych ciałek.

T. B.

112. Prof. O. de la Camp. **Wynik leczenia sanatoryjnego suchotników i opieka nad rodzinami tychże.** («Lun-genheilstättenerfolg und Familienfürsorge.») (Zeit. f. Tuberk. B. VIII, H. 2).

C. miał sposobność zbadać 2778 członków 750 rodzin, których mężowie przebywali w sanatorium Grabowsee. Z 573 badanych żon 46% były chore na płuca, 28% na inne choroby. Z 1043 dzieci 63% było zółzowatych, 19% gruźliczych. Liczby te oświetlają doskonale, do jak strasznych warunków powracają chorzy z sanatoryów. C. słusznie przekłada punkt ciężkości w walce z gruźlicą na udoskonalenie opieki nad rodzinami, zapobieganie gruźlicy u dzieci i na poprawę zdrowotności mieszkań.

T. B.

113. Prof. H. Kossel. **Badania porównawcze nad gruźlicą ludzką i zwierzęcą.** (Zeitschr. für Tuberkulose. B. VIII, H. 2).

Wyniki swych badań K. zawarł w następujących zdaniach: 1) Badanie bakteryologiczne gruźliczo zmienionych tkanek człowieka, bydła i nierogacizny wykrywa dwa odrębne typy laseczników gruźliczych, które można określić, jako typus humanus i typus bovinus. 2) Daleko posuniętą gruźlicę bydła należy odnosić wyłącznie do zakażenia lasecznikiem typu bydlęcego. 3) Świnie są wrażliwe w wysokim stopniu na laseczniki typu bydlęcego, w mniejszym na laseczniki typu ludzkiego. 4) Gruźlica człowieka polega w pierwszej linii na zarażeniu lasecznikiem typu ludzkiego. 5) Zmiany gruźlicze u człowieka może wywoływać i lasecznik typu bydlęcego. 6) Przenoszenie się laseczników typu bydlęcego na człowieka może się odbywać przez pokarmy, pochodzące od gruźliczych zwierząt, a przede wszystkim z mlekiem zwierząt chorych na gruźlicę wrzodziejącą. 7) Rola, jaką odgrywa zakażenie gru-

źlicze ze źródła zwierzęcego na rozszerzanie się gruźlicy ludzkiej, jest niewielka w porównaniu z niebezpieczeństwem, idącym od suchotniczego człowieka.

T. B.

114. O. Frese. **Badania nad powstawaniem i istotą odoru w nieżycie cuchnącym nosa (ozaena).** (Deutsches Archiv. f. klin. med. B. 86, H. 1—3).

Na podstawie dokładnych poszukiwań chemicznych autor doszedł do następujących wniosków. Odór w ozaena nie jest pojedynczym, lecz „bukietem” rozmaitych woni, mianowicie substancji lotnych, które wytwarzają się przy gniciu białka. Godną uwagi jest obecność dużej ilości lotnych kwasów tłuszczowych, które, prawdopodobnie, powstają nie wskutek gnicia białka, lecz wskutek bezpośredniej przemiany zasadowego tłuszczu. Wydzielina w nieżycie cuchnącym w chwili sączenia się nie cuchnie; dopiero następnie, pod wpływem działania licznych drobnoustrojów, szybko się rozkłada. Tak zwany bacillus ozaenae nie jest w stanie sam przez się wywołać cuchnącego rozkładu wydzieliny; prędzej powodują go zawarte w wydzielinie rozmaite rodzaje drobnoustrojów, z których wiele, jak się przekonano, mają zdolność powodować cuchnący rozkład białka. Cuchnące produkty trzeciorzędnego syfilisu nosa mają te same właściwości, co i produkty zwykłego cuchnącego nieżyty.

T. B.

III. Choroby układu nerwowego.

115. Roque i Corneloup. **Wstrzykiwania hermofenyłu w przymocie mózgu.** («Syphilis cérébrale et injections d'hermophényl.» Lyon médical. N-r 21, 1905).

Z 4 przypadków, leczonych wstrzykiwaniami hermofenyłu, w 2-ch ustąpiły zupełnie objawy: cephalaea nocturna, epilepsia Jacksonii, hemiplegia, aphasia, po zastrzyknięciu 1,52 hermofenyłu w 13 iniekcjach. W 3-cim przypadku porażenia mózgowych przymiotowych nastąpiła znaczna poprawa. W 4-m nie było poprawy, lecz autopsya wykryła w tym przypadku tumor cysticus meningealis, uciskający prawą półkulę mózdzku, zatem było błędne rozpoznanie.

Autorowie w ciągu 7 tygodni zastrzykiwali 1,52 (= 0,60 merkuryuszu) hermofenyłu w 13 zastrzyknięciach. Bólom i gorączce po zastrzyknięciach pierwszych zapobieżono przez do-

danie do następnych zastrzyknięć anestheticum. Nie występuje oddziaływanie zapalne miejscowe. (Hermofenyl = phenolum disulfonatum mercurii et sodii, zawiera 40% merkuryuszu metalicznego, rozpuszcza się w zimnej wodzie. Z roztworu 1 : 500 zastrzykuje się 4 cc. co 3 dni. Przyp. ref.).

Rzeczniowski.

116. Raymond i Guillain. **Przypadek Syryngobulbii. Syndrom Avellis'a w przebiegu syryngomyelii spastycznej.** («Un cas de syringobulbie. Syndrome d'Avellis au cours d'une syringomyélie spasmodique.» *Revue Neurologique*. N-r 2, 1906).

Zmiany, wywołujące w rdzeniu objawy syryngomyelii, spotykają się też w opuszce i dają powód do różnych objawów opuszkowych, z których najwcześniejszymi są *porażenia ostatnich nerwów czaszkowych*. Błędy rozpoznania są częste. Chora ma lat 41, cierpi na gruźlicę płuc. Nie miała przymiotu, nie podlegała alkoholizmowi. Początek choroby 1896—zaburzenia fonacyi i mowy. W 1898, jako drugi objaw, trudność podnoszenia prawego barku i ramienia, w tym stopniu, że jeść i czesać się musiała lewą ręką. Porażenie rozpoczęło się od osady kończyny, w końcu roku wypadła z ręki igła i zdarzały się oparzenia bez bólu. W 1896 r. jeszcze trudność w przelękaniu, zwłaszcza płynów, które wracają przez nos.

16 września 1898 badanie wykrywa: głos nosowy, łuk podniebieniowy lewy reaguje na lechtanie, prawy porusza się tylko podczas mówienia. Odruch gardzieliowy zmniejszony. Ruchomość języka prawidłowa. Żrenice oddziałują dobrze—nystagmus kołowy w pozycjach skrajnych. W górnej kończynie brak wyraźnego zaniku. Ramię prawe nie może być podniesione wyżej linii poziomej. Wyprostowanie przedramienia słabsze, niż zgięcie, prawa kiść ręki trzymana w lekkim zgięciu. Odruch łokciowy i napiętka silniejsze ze strony prawej, niż z lewej. Ruchy w odcinkach dolnych kończyn dobre. Odruchy kolanowe wzmożone, ślad drżenia spinalnego z prawej strony. Zaburzenia czucia nieznaczne: hypaesthesia na ułkucia w okolicy szczęki dolnej prawej. W górn. kończynie czucie skóry prawidłowe, percepcye stereognostyczne nieprawidłowe, chora nie może odróżnić klucza od szpilki. W doln. kończynie czucie znaleziono nienaruszone. Brak zaburzeń troficznych.

Głos jest nosowy, mowa prawie niezrozumiała. Porażenie struny głosowej prawej i zasłony podniebieniowej z praw. str.

Gruźlica w 2-gim stopniu w wierzchołku lewym. Stara otitis suppurativa z praw. str.

Od 1898 porażenie się zwiększa. Od 1901 prawa ręka stopniowo zamknęła się, tylko ruchy zachowały: paluch i wskaźiciel. Ręka ta przyjęła położenie charakterystyczne dla syringomyelii spastycznej.

Stan w grudniu 1905:

Kończyna górna prawa. 3 ostatnie palce zgięte na dłoń, kontraktura ich mięśni, zgięcie ich może być dowolnie zwiększone, wyprostowanie zupełnie niemożliwe. Zgięcie i rozgięcie napięstka stosunkowo lepiej zachowane. Duży palec i wskaźiciel mają ruchy normalne. Chora posługuje się nimi, jak szczypcami. Zgięcie przedramienia na ramię dokonywa się trudniej z oporem, przeciwnie—rozgięcie dobre i nie można pokonać oporu w rozgięciu. Unoszenie ramienia możliwe tylko do linii poziomej.

Kończyna górna lewa. Chora skarży się na utratę siły mięśniowej i w tej kończynie. 2 ostatnie palce mają skłonność do zgięcia, lecz ruchy palców zachowane. W łokciu zgięcie mniej dobre, niż wyprostowanie. Pewna trudność założenia dłoni lewej na głowę. Zanik mięśni nie widoczny.

Badanie elektryczne mięśni w lipcu 1905 wykazuje: Brak oddziaływania zwyrodnienia, ilościowe osłabienie w biceps i deltoideus dexter, a zwłaszcza w trapezius dexter. Zaburzenia naczynioruchowe: ręce i przedramiona chłodne, skłonność do dermatografii.

Chora, chodząc, pociąga nieco stopy. Chód, jak przy paraplegii spastycznej.

Odruchy: kolanowe bardzo zwiększone z obu stron, trepidatio spinalis z obu stron. Odruch Babińskiego z obu str. Odruchy kontra-lateralne adduktorów wyraźne z obu stron. Odruch żwaczy wzmożony. Ze strony kręgosłupa skłonność do kyphosis bez wyraźnej scoliosis. Skłonność do deformacji kl. piersiowej (Thorax en bateau). Brak zaburzeń w mięśniach twarzy. Wyraźny zanik mięśni podniebienia i zasłony podniebiennej z prawej strony; głos nosowy, częste zwracanie płynów przez nos, musi jeść bardzo powoli. Badanie krtani wykrywa zupełne porażenie struny głosowej prawej, skompensowane dotykaniem do niej struny głosowej lewej podczas jej

drgania, co tłumaczy d. zadowalniający stan fonacyi. Głuchota prawostronna wskutek porażenia podniebienia. Częsta potrzeba oddawania moczu. Ślady sklerozy w lewym szczycie płuc.

Czucie. Czucie dotykowe i bólowe normalne, z wyjątkiem małego pasa w części zewnętrznej przedramienia lewego, gdzie stwierdza się anestezyę dotykową i bólową. Percepcya stereognostyczna zniesiona w obu rękach. Chora popełnia błędy w lokalizacyi percepcyi czuciowych na klatce piersiowej, całym tułowiu, kończynach, szyi i twarzy, szczególnie po str. prawej. Zaburzenia czucia termicznego nie są ani stałe, ani absolutne, lecz zdaje się, że wrażenia termiczne gorzej są postrzegane po str. prawej, niż lewej. W jamie ustnej odróżnia chora dokładnie ciepotę i smak pokarmów.

Przyznać należy trudność rozpoznania podobnego klinicznego przypadku w pierwszych okresach. Zaburzenia czucia termicznego (syringomyelia) zjawiły się późno. W 1898 r. chora miała zaburzenia ruchowe w górn. kończ. prawej, zaburzenia mowy i połykania, zależne od porażenia prawej połowy podniebienia, gardzieli i krtani. Hypaesthesia i paraesthesia w prawej połowie twarzy. Zaburzenia zmysłu stereognostycznego w prawem ręku, nystagmus podczas poruszeń oczami, wzmoczenie odruchów ścięgowych i pewne zaburzenia delikatniejszych ruchów ręki. Można było mieć na widoku sclerosis en plaques z objawami opuszkowymi. To rozpoznanie w dalszym przebiegu nie potwierdziło się. Wystąpienie zaburzeń czucia termicznego kieruje rozpoznanie na korzyść syringomyelii, i to specjalnej jej postaci spastycznej. Objawy spastyczne wysuwają się przez cały czas przebiegu choroby na widownię. Położenie prawej ręki (ruchomość normalna dużego palca i wskaziciela, a przykurczenie pozostałych palców) jest b. dla tej klinicznej postaci syringomyelii charakterystyczne (main en pinçe); prócz tego (kyphosis, thorax en bateau etc.).

Zwrócić trzeba uwagę na objawy jednostronne przez czas długi. Nadto zasługują na uwagę objawy opuszkowe (syringobulbia). Asocjacja porażenia zanikowego połowicznego zasłony podniebiennej i struny głosowej stanowi syndrom Avellis'a i odpowiada porażeniu wewnętrznej gałęzi n. spinalis.

Przypominamy, że trzy syndromy kliniczne odpowiadają mogą patologii jednostronnej bucco - pharyngo - laryngealnej: s. Avellis'a, s. Schmidt'a i s. Jackson'a.

S. Avellis'a nazywa się porażenie jednostronne i ho-

mologiczne zasłony podniebiennej i krtani i jest wyrazem porażenia wewnętrznej gałęzi N. spinalis i występuje rzadko.

S. Schmidt'a polega nadto na porażeniu m. trapezii i sterno-mastoidei i jest objawem porażenia całkowitego n. spinalis.

S. Jackson'a bywa wtedy, gdy do porażenia podniebienia i krtaniowego dołącza się hemiatrophia języka—będąca objawem porażenia jednostronnego N. hypoglossi.

W danym przypadku nienaruszalność N. facialis stwierdza opinię, że vago-spinalis, a nie facialis jest nerwem ruchowym podniebienia. Pharynx i larynx, jako związane czynnościowo, mają też i innerwację wspólną. *Rzeczniowski.*

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

117. U dziecka z dziedzicznym przymiotem znaleziono przy pęcherzycy na skórze liczne krętki blade. Narządy wewnętrzne nie okazywały żadnych zmian przymiotowych, tu też nieznaleziono spirochaetów. (Soc. Biol. T. 58). *H. K.*

118. D-r G. M. Meyer (Columbia) zastrzyknął psu do żył bromek radium, poczem rozmaite narządy w stanie suchym i sproszkowanym wprowadzał do elektroskopu. Krew, wątroba, płuca, nerki, trzustka i mięśnie ukazały się wyraźnie radioaktywnymi, najwięcej zaś krew. *H. K.*

(Biophysicalisches Cetrtralbl. 1905).

119. Remlinger opisuje przypadek śmierci w 9 dniu choroby u chorego na wściekliznę, w sześć miesięcy po ukąszeniu w palec przez mysz. Przedłużenie okresu wylęgania oraz samej choroby tłumaczy się małą ilością jadu, jaka, dzięki małym zębom myszy, do rany się dostała. *H. K.*

(Soc. Biolog. T. 58).

Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Kraków, 15 lutego 1906 r.

We środę d. 14 lutego w sali Towarzystwa Lekarskiego odbyło się posiedzenie, na którym po odczytaniu przez sekretarza Towarzystwa sprawozdania z posiedzenia poprzedniego, prof. D-r Piltz

mówił o zaburzeniach czucia u chorych nerwowych. Prof. Piltz przedewszystkiem zaznaczył, że badanie chorych nerwowych powinno być dokonywane w trzech kierunkach: należy zbadać ruchy, odruchy i czucie; na to ostatnie często w praktyce mało zwraca się uwagi, co bezwarunkowo jest błędem, gdyż badanie sfery czucia daje nam cenne wskazówki co do umiejscowienia sprawy chorobowej. Ogólne czucie bywa powierzchowne (dotykowe, bólowe, termiczne) i głębokie (kostne, stawowe, wibracyjne, stereognostyczne). Zaburzenia w sferze czuciowej mogą się objawiać jako wzmoczenie, osłabienie i zniesienie czucia. Na zakończenie swego przemówienia prof. Piltz przytoczył kilkanaście przypadków rozmaitych zaburzeń czucia w różnych sprawach chorobowych, ilustrując je odpowiednimi rysunkami. Następnie referent przedstawił szereg chorych z zaburzeniami czucia. Przedewszystkiem więc trzy przypadki paraliżu postępującego.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny 43-letniego, który w 20 roku życia przeżył kiłę; od paru lat zaś cierpi na zaburzenia nerwowe i psychiczne. Źrenice u tego chorego są nierówne, odruchy kolanowe i Achillesa zniesione, nadto zauważyć się daje ataksję i zaburzenia czucia w formie hypalgezji na całym prawie ciele. Przy uważnem atoli badaniu zauważyć można na szyi wyraźny pasek skóry z normalnem czuciem. Pasek ten okala szyję w postaci *kołnierzyka*.

Zaburzenia czucia, gdzie dało się skonstatować taki „kołnierzyk,” spotykał prof. Piltz już poprzednio 9 razy u paralityków postępujących, nawet w okresach bardzo wczesnych. W drugim i trzecim przypadku (paralys. progress.), przedstawionym przez referenta, również dało się skonstatować obecność charakterystycznego „kołnierzyka,” przy istniejących jednocześnie zaburzeniach mowy, ataksji, miosis, objawach Argyll-Robertson'a, Romberg'a, Westphal'a i in. Na zasadzie swoich obserwacji prof. Piltz wyraża przypuszczenie, iż, być może, ta szczególna cecha zaburzeń czucia w paraliżu postępującym (obecność wyżej wspomnianego „kołnierzyka”), której nigdy dotąd nie zauważył u tabetyków, będzie mogła być punktem oparcia przy rozpoznaniu różniczkowem między wczesnymi okresami paralys. progress., a *tabes dorsalis*. Prof. Piltz zwraca uwagę, iż, aby przydać temu objawowi znaczenie rozstrzygające, trzebaby badania w tym kierunku przeprowadzić na większej ilości chorych, niż to się mu udało dotąd. Następnie referent przedstawił jeszcze dwa przypadki *tabes dors.* z zaburzeniami o charakterze radykularnym, przypadek *Spasmi facialis* z drgawkami prawej powieki o charakterze klonicznym i przypadek *haematomyeliae centralis*, gdzie mięśnie stopy i dłoni dawały wyraźną reakcję zwyrodnienia, a zaburzenia czucia bólowe i termiczne były bardzo znaczne, dotykowe zaś słabe.

W drugiej części posiedzenia D-r Rydel przedstawił przypadek (Poliomyelitis alcoholica), dotyczący 21-letniego muzykanta, u którego stwierdzono alkoholizm dziedziczny; osobiście też od 17 roku życia nadużywał napojów wysokowych, zwłaszcza piwa.

W dzieciństwie miał kilka ataków epileptycznych; od 15 roku życia uczuwa przy zmęczeniu kurcze w łydkach, a od roku i w rękach. W niektórych grupach mięśni daje się zauważyć drgawki fibrylarne; zanik mięśni nogi prawej w *regio n. peronei*; ruchy osłabione; odruchy kolanowe i Achilles'a słabo utrzymane na nodze lewej. W mięśniach kończyn górnych ogólna atafia; analgezya palców stopy; obecność w niektórych mięśniach reakcyi zwyrodnienia oraz niektóre objawy myotonii Tomsenowskiej. Przy chodzeniu chory podnosi nadmiernie kolana do góry. Ten, charakterystyczny dla Poliomyelitis, chód referent proponuje nazywać terminem polskim „*chód brodzący*.” Na zakończenie D-r Rydel przeprowadził drobiazgową dyagnozę różniczkową tego przypadku, zatrzymując się na rozpoznaniu *Poliomyelitis alcoholica*. Do dyskusyi nie doszło, wobec czego przewodniczący, d-r Rutkowski, posiedzenie zamknął.

Bronisław Wejnert.

W SPRAWIE LEKARZY FABRYCZNYCH.

Rok temu na tem miejscu poruszałem sprawę pomocy lekarskiej w fabrykach i instytucjach i zaznaczałem wtedy, że jedyną postacią, odpowiadającą interesom lekarzy oraz robotników, jest pomoc lekarska, oparta na wolnym wyborze lekarza, wynagradzanego nie pensją stałą, a od każdego chorego oddzielnie. Sprawa ta, w nawale innych, dotąd jeszcze należycie uregulowaną nie została, czas więc postawić ją na porządku dziennym i rozpocząć dyskusyę seryo nad tem, jak w przyszłości organizować pomoc lekarską w fabrykach, na kolejach i t. p. instytucjach, zatrudniających znaczną liczbę pracowników.

Jeżeli poruszam rzecz tę publicznie, jeżeli dziś właśnie chcę wrócić do niej, czynię to dla tego, że niektóre koła zajęły się już wprowadzeniem w życie postulatów, które omawiałem w moich artykułach, w sposób, który mógłby zaszkodzić samej reformie, tak pożądaney dla lekarzy i robotników.

Sprawy ogólnospołeczne muszą być traktowane obiektywnie i spokojnie, żadne względy uboczne roli w nich grać nie powinny, inaczej myśl, najzdrowsza w zasadzie, będzie spaczona w zarodku i, zamiast polepszenia, wprowadzimy zamęt.

W jednej np. z fabryk warszawskich zaproponowano wybór lekarza przez samych robotników i wybór ten został dokonany, czy jest to jednak droga najlepsza, śmiem wątpić.

Rozumiem, że wybrać sobie mogą posła, delegata w sprawie pojedynczej i t. p., ale wybrać lekarza mogą wtedy tylko, gdy znam go dobrze, lub gdy lekarz ten dał się poznać *ze swej wiedzy fachowej* mnie, lub tym, którym wierzę. Lekarz jest pracownikiem specjalnym, wszyscy lekarze mają jedne i też same prawa, ocena

zdolności jego musi być dokonywana przez osoby kompetentne lub też drogą zaufania osobistego. Wybory zaś powszechne przez ludzi, którzy dotąd z lekarzem tym nie mieli żadnej styczności, dają pole ze strony lekarzy do zabiegów, nie mających nic wspólnego z medycyną.

Nie chcę twierdzić, że tak było w danej fabryce, że wybór lekarza odbył się tam pod naciskiem, tym razem nie ze strony fabrykanta, ale osób po za fabryką stojących, zaznaczam tylko, że forma ta w dalszej praktyce okazać się może złą i wprowadzić w stosunki lekarskie niepożądane czynniki.

Że tak, jak jest dziś, ostać się może, że sprawa pomocy lekarskiej w fabrykach musi niebawem doczekać się rozwiązania pomyslnego, że postać tej sprawy zmienić się musi radykalnie, pisaliśmy już tyle razy, tylekroć Kronika zabierała głos w tej sprawie, iż nie widzę dobrej racyi jeszcze raz jej omawiać, sposób jednak, dziś praktykowany, nikomu trafić do przekonania nie może i trzeba szukać lepszego.

Dla lepszego zrozumienia sytuacji zwrócić należy uwagę, że czynność lekarza fabrycznego dzieli się na 3 części. Lekarz fabryczny, jako przedstawiciel fabrykanta, ma obowiązek badać robotników przed przyjęciem do zajęcia, wobec ustalonych zwyczajów, że fabryka wypłaca wynagrodzenie, baczycy, aby pod pozorem choroby nie nadużywano wypoczynku, oraz leczyć personel fabryczny i jego rodziny.

Trzy te czynności, jak dotąd, były zwykle połączone w jednej osobie, a że nadto fabrykant sam wybierał lekarza, często z pośród swych znajomych i krewnych, że kazał mu jednocześnie być terapeutą, chirurgiem, okulistą, akuszerem etc., nic dziwnego, że pomoc ta w większości wypadków była fikcją i że robotnicy albo jej nadużywali z krzywdą lekarza, albo też nie korzystali z niej zgoła, żądając od lekarza tylko poświadczenia t. z. biuletynów i recept, które otrzymywali od lekarzy na mieście lub w szpitalach.

Z chwilą zaprowadzenia w szpitalach porad ambulatoryjnych i wydawania lekarstw darmo, poczekalnie ambulatoryjów zaroili się od ludności roboczej, tembardziej, że w szpitalach przyjmują specjaliści i że ludność robocza do zasięgania porad u specjalistów przyzwyczajają się coraz bardziej.

Wynikło z tego, że ciężar pracy z bark lekarzy fabrycznych, płatnych oddzielnie, spadł na barki niewynagradzanych lekarzy ambulatoryjów, a w części na miasto, asygnujące pieniądze dla ambulatoryjów.

Takie są ujemne strony pomocy dzisiejszej; rodzi się pytanie, jak temu zaradzić? Czy wybór jednego lekarza przez robotników zmieni w czemkolwiek zło? Sądzę, że nie, gdyż: 1-o fabrykant, który jednak koszty pomocy ponosi, będzie podejrzewał lekarza o zbyt nie pobłażanie robotnikom i nigdy nie będzie miał zupełnej wiary w orzeczenia lekarza, 2-o przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarz nie będzie w możności godnie odpowiedzieć zadaniu i, będąc czy to lepszym chirurgiem, czy terapeutą, w jednym z tych kierunków za-

wsze będzie szwankować, sprawa więc i pod tym względem nie polepszy się wcale, 3-o lekarz, wobec tego, że był wybrany przez robotników, będzie skrepowany często w swej działalności lekarskiej, z ujmą dla swego stanowiska społecznego i dla samych robotników.

Jaki więc sposób obmyśleć?

Mojem zdaniem, fabrykant musi mieć zaufanego swego lekarza dla badania robotników, wstępujących do zakładu, innemi słowy, biegłego, któryby strzegł jego interesów, ale lekarz ten nie może jednocześnie leczyć robotników, ci bowiem, stojąc na gruncie klasowym, zawsze widzieć w nim będą przedstawiciela interesów fabrykanta. Lekarz taki powinien być wynagradzany przez fabrykanta nie z funduszków, przeznaczonych na leczenie, ale z funduszu specjalnego.

Leczenie zaś personelu musi być uregulowane w ten sposób, aby lekarz miał zupełne zaufanie chorego i był niezależny zarówno od fabrykanta, jak i od ogółu pracowników, powinien pozostać do poszczególnych chorych w tym samym stosunku, jak i do innych chorych w swej praktyce prywatnej, t. j. na stopie niezależności i wyboru wolnego.

Ponieważ trudno zgodzić się na to, aby w leczeniu przyjmowali udział wszyscy lekarze w mieście, koło to ograniczyć do pewnego stopnia należy.

Fabrykant corocznie przeznaczają pewien fundusz na leczenie, fundusz ten powierza do dyspozycji delegacji, wybranej z pośród robotników i ci żądają od każdego robotnika zosobna wskazania lekarza, u którego życzył by sobie leczyć się w danym roku w razie choroby. W ten sposób formuje się lista lekarzy. Po uformowaniu listy zwracają się delegacji do lekarzy i umawiają się o cenę jednej porady w domu lub mieszkaniu chorego, ustanawiają, wreszcie, cenę przyjęcia w ambulatoryum szpitalnem. Cena ta nie powinna być niższa, niż rb. 3 za godzinę przyjęć w ambulatoryum, rb. 1 w domu u lekarza, rb. 1,50 na mieście. Podzieliwszy fundusz na bony 50 kop., delegacji wydają robotnikom odpowiednią ilość bonów w razie potrzeby, ci zaś wręczają bony lekarzowi, który w każdej chwili otrzymać może za nie wynagrodzenie w odpowiedniej kasie.

W ten sposób zarząd funduszami należeć będzie do robotników, a robotnik może wybrać sobie lekarza, do którego ma zaufanie.

Oczywiście, z pomiędzy specjalistów należy wybrać pewną liczbę za wspólną zgodą i im powierzyć prowadzenie ambulatoryum, lub, co lepiej, wejść w porozumienie z lecznicą najbliższą, gdzie już przyjmują specjaliści i chorych odsyłać do lecznicy.

Komplikuje nieco sprawę kwestya choroby dłuższej; oczywiście, byłby to ciężar zbyt wielki dla tak utworzonej kasy chorych. Wprowadziłbym więc pewne ograniczenie, pozwalając na tygodniowe tylko leczenie się w domu, po tygodniu chory na dłuższą kurację musiałby udać się do szpitala.

Projekt ten nasunął mi się przy wszechstronnem badaniu sprawy pomocy lekarskiej w fabrykach, chętnie jednak otwieramy łamy Kroniki dla dalszej nad nią dyskusyi.

Pamiętać musimy, aby wobec dążności klasy pracującej do wepchnięcia na fabrykanta obowiązku dostarczania bezpłatnej pomocy lekarskiej, w niczem nie ucierpiał stan lekarski, który i tak już dziś ponosi wszelkie skutki filantropii społecznej. Dziś lekarz fabryczny jest wyzyskiwany, dzięki nieprawidłowemu postawieniu sprawy. Byt nasz wymaga polepszenia, a nie pogorszenia, pamiętajmy więc, że w danym razie dobrze zastanowić się należy, aby nie pogorszyć jeszcze sytuacji.

Stanowisko lekarza obniżane być nie może, nikomu i żadnym przekonaniom lekarzowi w sferze swej zawodowej pracy schlebiać nie wolno, a z drugiej strony lekarz nie może być ciągle koźłem ofiarnym, na którego koszt wszyscy chcą być filantropami, musi być wynagradzany odpowiednio do pracy i nabytej wiedzy.

O sposobach wprowadzenia w życie projektu pomówimy, gdy sposób proponowany uzyska powszechne wśród lekarzy uznanie.

Józef Zawadzki.

Kronika bieżąca.

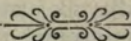
—jw— Z uwagi, że medycyna społeczna w nowszych czasach zyskała wielkie znaczenie dla lekarzy, urzędników i t. d., uniwersytet berliński ustanowił osobną *katedrę medycyny społecznej* i wykłady tego przedmiotu powierzył profesorowi Marcinowi Kirchner'owi.

—jw— *Kongresy w kwietniu* r. b. Od 23-go do 26-go odbywać się będzie Kongres medycyny wewnętrznej w Monachium, a 8—9-go Kongres Niemieckiego Towarzystwa Roentgenologicznego.

Zmarli. D-r Zygmunt Mundsztuk z Warszawy, w lutym r. b. w Charbinie.

D-r Adolf Gusserow, b. profesor akuszerki i chorób kobiecych uniwersytetu berlińskiego, dnia 19 stycznia r. b. w Berlinie, w wieku lat 70.

D-r Nestor Bucewicz dnia 12 marca r. b. w Warszawie, w wieku lat 62.



WARSZAWSKA

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa Lekarzy

w roku 1905

(VI rok istnienia).

Bilans warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej Lekarzy, przy końcu szóstego roku jej istnienia, zamknął się sumą przeszło 40000 rubli, i Kasa, w roku sprawozdawczym, po pokryciu kosztów administracji i zwykłych kwot amortyzacyjnych, osiągnęła czysty zysk.

Sprawami Kasy w r. 1905 kierował Zarząd, wybrany przez Zebranie ogólne uczestników Kasy w d. 12 kwietnia (30 marca) 1905 r. Do Zarządu należeli: W. Kosmowski, jako prezes; J. Zawadzki, jako wiceprezes; L. Rzeczniewski, jako sekretarz i E. Flatau i E. Kornilowicz, jako członkowie. Obowiązki zastępców członków Zarządu pełnili: K. Łazarowicz i A. Rappel. Komisję rewizyjną stanowili: H. Kucharzewski, M. Sadowski i K. Wiślocki. Zarząd odbył w roku sprawozdawczym 10 posiedzeń.

W ciągu roku sprawozdawczego Kasa liczyła członków 146, a mianowicie z Warszawy 109, z prowincyi 37. Lista imienna podana poniżej. W r. 1904 członków było 142.

Wysokość oszczędnościowych *wkładów miesięcznych*, składanych przez uczestników, wynosiła od rub. 2 do 25 miesięcznie.

Po rub. 2 miesięcznie zobowiązało się składać 4 uczestników.

"	"	3	"	"	"	"	52	"
"	"	4	"	"	"	"	2	"
"	"	5	"	"	"	"	55	"
"	"	6	"	"	"	"	2	"
"	"	8	"	"	"	"	2	"
"	"	10	"	"	"	"	21	"
"	"	15	"	"	"	"	2	"
"	"	20	"	"	"	"	1	"
"	"	25	"	"	"	"	5	"

Razem 146

Z tego źródła wpłynęło do Kasy w ciągu roku sprawozdawczego rub. 8622 kop. 50. Pozostałość z tego rachunku w r. 1904 wynosiła rub. 29710 kop. 63—co wynosi razem rub. 38333 kop. 13. Ponieważ z tego rachunku wypłacono z Kasy rub. 6355 kop. 77, zatem saldo tego rachunku wynosi rub. 31977 kop. 36, które figurują w rachunku bilansu.

Z *jednorazowych wkładów obowiązkowych* (wpisowe) wpłynęło w roku sprawozdawczym rub. 75. Saldo z roku 1904 wynosiło w tym rachunku rub. 1434 kop. 50, co stanowi razem rub. 1509 kop. 50.

Wyplacono wychodzacych członkom rub. 40, pozostałość więc z tego rachunku wynosi rub. 1469 kop. 50, zapisane do rachunku bilansu.

Z pobieranej przez Kasę *opłaty trzyrublowej* od nowych członków na koszty druków i organizacyi, wpłynęło do Kasy w roku sprawozdawczym rub. 24, przepisane na rachunek zysków i strat.

W rachunku *wkładów dobrowolnych* mamy do zanotowania, co następuje: pozostałość z r. 1904 wynosiła rub. 2210, w roku 1905 złożono rub. 5370, razem rub. 7580. Ponieważ odebrano część tych wkładów w sumie rub. 4525, pozostałość więc na r. 1906 wynosi rub. 3055, przepisane do rachunku bilansu.

Rachunek *pożyczek* z poręczeniem lub bez poręczenia, do wysokości $1\frac{1}{2}$ raza wkładu wniesionego, przedstawia się w sposób następujący: Pozostałość z r. 1904 rub. 7952 kop. 50, wyplacono rub. 5240, ogółem rub. 13192 kop. 50. Z tej sumy w terminie splacono pożyczek na sumę rub. 3981, dla reszty zaś, to jest dla sumy rub. 9211 kop. 50, przypada termin zwrotu w r. 1906.

Na rachunku *pożyczek pod zastaw* papierów procentowych figuruje w bilansie rub. 450, zabezpieczonych papierami procentowymi, wartości nominalnej rub. 800.

Od wszystkich tych pożyczek Kasa pobierała procent w stosunku $7\frac{1}{2}$ od sta rocznie. Z tego źródła wpłynęło do Kasy na rachunek zysków i strat rub. 686 kop. 80.

Na rachunku bieżącym Warszawskiego Banku Handlowego w d. 1 stycznia 1905 r. Kasa posiadała rub. 7162 kop. 15. W ciągu roku sprawozdawczego na rachunek ten wpłynęło rub. 8638 kop. 76; tytułem procentu Bank zaliczył rub. 241 kop. 34 (zapisane na rachunek zysków i strat), razem więc wpłynęło rub. 8880 kop. 10, co stanowi z pozostałością roku zeszłego sumę rub. 16042 kop. 24. Z sumy tej, jako saldo na 1 stycznia 1906 r. pozostało rub. 5782 kop. 25, przepisane do rachunku bilansu.

Swobodne kapitały lokowane były w 4% rencie państwowej, której Kasa posiada za rub. 19620 kop 32, wartości nominalnej rub. 20000, co jest zapisane w rachunku bilansu. Papiery te złożone są w Banku Handlowym za dowodem, przedstawionym Komisji rewizyjnej.

Jak wyżej wspomniano, Kasa w roku sprawozdawczym udzieliła rub. 450, pożyczek pod zastaw papierów procentowych. Papiery te, wartości nominalnej rub. 800, złożone są jako *depozyt* w Banku Handlowym i figurują w rachunku bilansu.

Rachunek procentów, wyplacanych uczestnikom od wkładów dobrowolnych, w stosunku 3% rocznie, przedstawia się w roku sprawozdawczym, jak następuje: Za r. 1905 należy się uczestnikom rub. 82 kop. 86 (zapisane na rachunek strat), a że nie odebrano z lat zeszłych rub. 38 kop. 78, więc ogółem rub. 121 kop. 64 przechodzi do rachunku bilansu.

W ciągu roku sprawozdawczego wpłynęły na rachunek zysków i strat naszej Kasy, *kupony* od renty państwowej, w ilości rub. 750—co wykazaniem jest w rachunku zysków i strat.

Stosownie do uchwały Zebrania ogólnego z dnia 12 kwietnia 1905 r. czysty zysk z r. 1904 w ilości rub. 863 kop. 14, został przez Zarząd rozdzielony w sposób następujący: 1) na kapitał zapasowy przepisano rub. 86 kop. 31; 2) na dywidendę zapisano na konto pojedynczych uczestników rub. 772; 3) resztę zaś przelano na rachunek zysków w roku 1905—co ujawnionem jest w rachunku zysków i strat w roku sprawozdawczym, poniżej podanym.

Rachunek *dywidendy* z lat poprzednich przedstawia się w sposób następujący: W dniu 1 stycznia 1905 r. pozostałość wynosiła rub. 1223 kop. 35. Dywidenda za r. 1904 wynosiła rub. 772. Razem rub. 1995 kop. 35. W ciągu roku sprawozdawczego wypłacono członkom, wykreślającym się z liczby uczestników, rub. 106 kop. 61 tytułem należnej im dywidendy, pozostało więc rub. 1888 kop. 74, która to suma figuruje w rachunku bilansu.

Kapitał zapasowy wynosił w roku sprawozdawczym rub. 269 kop. 33 i ta suma figuruje w rachunku bilansu. Stosownie do wymagań ustawy należy do niego dołączyć 10% czystego zysku, osiągniętego przez Kasę w r. 1905.

Stosownie do poprzednich decyzji Zebrania Ogólnego, rachunki podlegające *amortyzacji*, zmniejszyły się w roku sprawozdawczym o zwykłe kwoty, podane w rachunku zysków i strat. Tym sposobem rachunek inwentarza zredukował się do rub. 37 kop. 53, kosztów organizacyi do rub. 110 kop. 59 i blankietów do rub. 103 kop. 95—rachunek zaś strat, poniesionych w r. 1900 zredukował się do rub. 84 kop. 23. Cyfry te figurują w bilansie.

Z podanego poniżej rachunku zysków i strat pokazuje się, że *rozhody, dochody i czysty zysk* za r. 1905 pozostają prawie w granicach, oznaczonych budżetem, przyjętym przez Zebranie Ogólne.

Rachunek zysków i strat w d. 31 grudnia 1905 r.

Ma:

1. W rachunku bilansu otwarcia	rub. 863 kop. 14
2. W rachunku za druki od nowych członków	" 24 " —
3. W rachunku kuponów	" 750 " —
4. W rachunku procentów od pożyczek	" 686 " 80
5. W rachunku procentu od rachunku bieżącego w Banku Handlowym	" 241 " 34
Razem	rub. 2565 kop. 28

Winien:

1. Do rachunku kapitału zapasowego (10% zysku czystego)	rub. 86 kop. 31
2. Do rachunku dywidendy (za r. 1904)	" 772 " —
Do przeniesienia	rub. 858 kop. 31

	Z przeniesienia . . . rub.	858	kop.	31
3.	Do rachunku kosztów administracji za r. 1905	"	518	" 95
4.	" " amortyzacji kosztów organizacyi	"	12	" 25
5.	" " " blankietów	"	11	" 15
6.	" " " inwentarza	"	4	" 17
7.	" " " strat za r. 1900	"	32	" 80
8.	" " procentów od wkładów dobro- wolnych	"	82	" 86
9.	Do rachunku Bilansu (czysty zysk za r. 1905)	"	1044	" 79
	Razem . . . rub.	2565	kop.	28

Bilans za rok 1905.

Ma:

1.	W rachunku depozytów pozostałość . . .	rub.	800	kop.	—
2.	" " kapitału zapasowego pozosta- łość	"	269	"	33
3.	W rachunku zysków i strat pozostałość . . .	"	1044	"	79
4.	" " dywidendy pozostałość	"	1888	"	74
5.	" " wpisowego "	"	1469	"	50
6.	" " wkładów dobrowolnych po- zostałość	"	3055	"	—
7.	W rachunku wkładów obowiązkowych po- zostałość	"	31977	"	36
8.	W rachunku procentów od wkładów do- browolnych	"	121	"	64
	Ogółem . . . rub.	40626	kop.	36	

Winien:

1.	Do rachunku Kasy	rub.	4426	kop.	08
2.	" " Banku Handlowego	"	5782	"	25
3.	" " inwentarza	"	37	"	53
4.	" " kosztów organizacyi	"	110	"	50
5.	" " blankietów	"	103	"	95
6.	" " amortyzacyi strat z r. 1900	"	84	"	23
7.	" " depozytów	"	800	"	—
8.	" " pożyczek na zastaw papie- rów %	"	450	"	—
9.	Do rachunku pożyczek na wkłady	"	9211	"	50
10.	" " papierów procentowych	"	19620	"	32
	Ogółem . . . rub.	40626	kop.	36	

Majątek warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej Lekarzy w d. 31 grudnia 1905 r. przedstawia się, jak następuje:

1. W papierach procentowych	rub. 19620	kop. 32
2. W gotowości	" 10208	" 33
3. Kupon bieżący od papierów procent.	" 63	" 32
4. Pożyczki	" 9661	" 50
5. Inwentarz (po amortyzacji)	" 141	" 48
Razem	rub. 39694	kop. 95

Ogólny rozwój Kasy, w ciągu sześciu lat jej istnienia, daje się przedstawić w następującej tablicy:

	1900	1901	1902	1903	1904	1905
1. Ilość członków w roku	115	122	136	139	142	146
2. Suma oszczędności, złożonych przez uczest. w końcu roku	6184	12716,23	17660,13	23462,13	31145,13	33446,86
3. Średnia oszczędn. pojedynczego członka w końcu roku .	56,4	104,23	129,85	168,79	219,33	229,08
4. Zaciągnięto pożyczek na sumę .	2144,26	2963	6009	6625	8346,50	9661,50
5. Czysty zysk Kasy	—	203,47	905,92	720,88	863,14	1044,79
6. Dywidenda od wkładów	—	1½%	4%	3%	2¾%	2¾%
7. Ogólny bilans zamknięcia się sumą w końcu roku . . .	9054	14543,15	20031,31	27231,32	36331,41	40626,36

Zarząd Kasy, przedstawiając niniejsze sprawozdanie, ma zaszczyt wnosić:

1) aby Zebranie ogólne uczestników Kasy sprawozdanie to przyjęło i zatwierdziło;

2) aby Zebranie ogólne z czystego zysku, wynoszącego rub. 1044 kop. 79, po strąceniu z niego według § 44 ustawy 10%, to jest rub. 104 kop. 47 na kapitał zapasowy, resztę w ilości rub. 940 kop. 32 postanowiło rozdzielić: na dobro pojedynczych uczestników Kasy w stosunku 2¾% ich wkładów obowiązkowych — co wyniesie rub. 913 kop. 06; pozostałość zaś (rub. 27 kop. 26) przelać do rachunku zysków i strat w roku następnym.

Warszawa, dnia 22 lutego 1906 r.

Członkowie Zarządu: *W. Kosmowski, prezes.*
Józef Zawadzki, wiceprezes.
E. Flatau.
E. Kornilowicz.
L. Rzeczniowski, sekretarz.

Projekt budżetu na rok 1906.

Przychód:

1. Remanent r. r. 1905	rub.	27 kop. 26
2. Procent od papierów procentowych	" 760	" —
3. Od 10 nowych członków opłata 3-rublowa	" 30	" —
4. Procent od pożyczek	" 800	" —
5. Procent od rachunku bieżącego	" 300	" —
Razem	rub.	1917 kop. 26

Rozchód:

1. Administracja:		
a) Kancelarya i Buchalterya	rub.	400 kop. —
b) Gratyfikacye	" 40	" —
c) Inkaso	" 60	" —
d) Stemple, materyały piśmienne	" 65	" —
Ogółem administracja	" 565	" —
2. Amortyzacya:		
a) strat z r. 1900 ($\frac{1}{10}$)	rub.	32 kop. 80
b) inwentarza, blankietów i kosztów organizacyi ($\frac{1}{15}$)	" 27	" 57
Ogółem amortyzacya	" 60	" 37
3. Procent od wkładów dobrowolnych ($2\frac{1}{2}\%$)		
około	" 100	" —
Razem	rub.	725 kop. 37
Przychód	rub.	1917 kop. 26
Rozchód	" 725	" 37
Czysty zysk	rub.	1191 kop. 89

Raport Komisji Rewizyjnej.

W dniu 24 lutego 1906 r. niżej podpisani członkowie Komisji Rewizyjnej, zebrani w kancelaryi Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, przystąpili do przejrzenia i sprawdzenia rachunków, ksiąg i bilansu za rok 1905, przedstawionych przez Zarząd Kasy.

Sprawdzili księgę kasową z odpowiedniami pozycjami na kwitariuszach i asygnacyach. Sprawdzili księgę główną i dziennik — z czego okazało się: że wszystkie pozycje przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w bilansie. Mieli sobie przedstawione dowody Banku Handlowego na złożoną gotowiznę, rentę państwową wartości nominalnej rub. 20000 i dowody depozytowe Banku Handlowego na rub. 800, jakoteż wszystkie weksle, znajdujące się w portfelu Kasy. Wszystkie te dowody znaleziono w zupełnym porządku.

Z tego powodu członkowie Komisji Rewizyjnej wnoszą, aby Ogólne Zebranie sprawozdanie i bilans, przedstawiony przez Zarząd za rok 1905, przyjęło i Zarząd z nich pokwitowało.

Członkowie Komisji Rewizyjnej: *K. Wistocki.*
M. Sadowski.
H. Kucharzewski.

Lista członków Kasy w roku 1905.

a) z Warszawy:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Altkauffer Adam. | 29. Górkiewicz Stanisław. |
| 2. Babiński Leon. | 30. Grodzki Zygmunt. |
| 3. Biehler Matylda. | 31. Guranowski Ludwik. |
| 4. Biehler Ryszard. | 32. Hewelke Otton. |
| 5. Biehler Waclaw. | 33. Higier Henryk. |
| 6. Biernacki Michał. | 34. Horoszewicz Antoni. |
| 7. Bogusławski Stefan. | 35. Iwanicki Stanisław. |
| 8. Borzęcki Tadeusz. | 36. Jakimiak Bolesław. |
| 9. Borzymowski Jan. | 37. Jasiolewicz Kazmierz. |
| 10. Bornstein Maurycy. | 38. Jaworski Józef. |
| 11. Bregman Ludwik. | 39. Jelenkiewicz Antoni. |
| 12. Cetnarowicz Stefan. | 40. Jurowski Denis. |
| 13. Chodakowski G. | 41. Karpiński Józef. |
| 14. Cyrkler Henryk. | 42. Knappe Wilhelm. |
| 15. Czarkowski Józef. | 43. Knaster Ludwik. |
| 16. Czarkowski Hieronim. | 44. Kochanowicz Stanisław. |
| 17. Dubrowicz Ignacy. | 45. Koelichen Jan. |
| 18. Dudrewicz Kazmierz. | 46. Kopczyński Stanisław. |
| 19. Dunin Teodor. | 47. Kosmowski Wiktoryn. |
| 20. Drzewiecki Józef. | 48. Kornilowicz Edward. |
| 21. Ehrlich Eugeniusz. | 49. Kołakowski Feliks. |
| 22. Endelman Zygmunt. | 50. Kramsztyk Julian. |
| 23. Erbrich Feliks. | 51. Kramsztyk Zygmunt. |
| 24. Flatau Edward. | 52. Krauze Ludwik. |
| 25. Garszyński Waclaw. | 53. Kucharzewski Henryk. |
| 26. Gawroński Julian. | 54. Kurella Edward. |
| 27. Goebel Witold. | 55. Kurtz Stanisław. |
| 28. Gerlach Józef. | 56. Kusociński Zygmunt. |

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 57. Lubliner Leopold, | 84. Rydykowski Wacław. |
| 58. Łagowski Stanisław. | 85. Sadowski Michał. |
| 59. Łapiński Teodor. | 86. Sawicki Władysław. |
| 60. Łazarowicz Klemens. | 87. Sędziak Jan. |
| 61. Łogucki Augustyn. | 88. Sierpiński Konstanty. |
| 62. Łuczycki Bronisław. | 89. Sierzpowski Jan. |
| 63. Malinowski Stefan. | 90. Simchowicz Teofil. |
| 64. Małkowski Adam. | 91. Ślaski Julian. |
| 65. Markusfeld Stanisław. | 92. Sokołowski Alfred. |
| 66. Męczkowski Wacław. | 93. Srebrny Zygmunt. |
| 67. Mintz Dawid. | 94. Starkiewicz Władysław. |
| 68. Niedzielski Kazmierz. | 95. Szymański Bronisław. |
| 69. Nisenson Dawid. | 96. Tomczycki Jan. |
| 70. Orłowski Stanisław. | 97. Tryjarski Eugeniusz. |
| 71. Otto Czesław. | 98. Wagner Kazmierz. |
| 72. Podczaski Teodor. | 99. Warszawski Maksym. |
| 73. Polikier Bernard. | 100. Winiarski Józef. |
| 74. Pruszyński Jan. | 101. Wiśtockie Kazmierz. |
| 75. Przyborowski Jan. | 102. Wizel Adam. |
| 76. Radziwiłłowicz Rafał. | 103. Wojciechowski Jan. |
| 77. Rappel Adolf. | 104. Wojtkiewicz Bronisław. |
| 78. Reutt Tomasz. | 105. Zawadzki Józef. |
| 79. Roszkowski Maryan. | 106. Zaleski Karol. |
| 80. Rosenberg Jakób. | 107. Zieliński Kazmierz. |
| 81. Rotstadt Julian. | 108. Żenczykowski Wład. |
| 82. Rzecznowski Leon. | 109. Żurakowski Aleksander. |
| 83. Rubin Wilhelm. | |

b) z Prowincyi:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 110. Bańkowski St. (Myszków). | 129. Pleszczyński J. (Włodawa). |
| 111. Brochocki Al. (N.-Dwór). | 130. Rakowski T. (Szydłowiec). |
| 112. Brendel Roman (Irena). | 131. Rubinrot Stan. (Józefów). |
| 113. Garbaczewski M. (Turobin). | 132. Rzeszotarski A. (G.-Kalw). |
| 114. Goderski Fr. K. (Kozienice). | 133. Sawicki Anastazy (Siedlce). |
| 115. Hubert Jan (Kałuszyn). | 134. Silberbart (Aleksandrów). |
| 116. Karpiński Józef (Rejowiec). | 135. Stevenson (Andruszówka). |
| 117. Kolasinski Józef (Pilica). | 136. Świerzczyński (Skarżysko). |
| 118. Kozłowski St. (Dąbrowa). | 137. Szymanowski L. (Łowicz). |
| 119. Krzymuski Feliks (Kalisz). | 138. Villeneuve J. (Szczeczeszyn). |
| 120. Kuciński L. (m. Wierny). | 139. Wardyński A. (Ostrowiec). |
| 121. Idzikowski Józ. (Pruszków). | 140. Wolberg Bol. (Włocławek). |
| 122. Jakimowicz I. (Sochaczew). | 141. Wołowski R. (Sochaczew). |
| 123. Łączyński Leon (Błaszki). | 142. Wolfram Lesz. (Pruszków). |
| 124. Łubkowski K. (Parczew). | 143. Witwiński Wacł. (Brześć). |
| 125. Michałowski Z. (Radzyń). | 144. Wychowski Fr. (Soczewka). |
| 126. Michałowski A. (Żelechów). | 145. Zaborowski Bol. (Teplik). |
| 127. Niedzielski Stan. (Ojców). | 146. Zawadzki M. (Wyszogród). |
| 128. Piasecki Witold (Sanniki). | |

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

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