

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O leczeniu zwężeń cewki moczowej

(Rzecz wygłoszona na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Adam Mincer.

Badania anatomiczne zwężeń cewki moczowej przekonały nas, że zupełne wyleczenie ich jest rzeczą w większości przypadków niemożliwą, prócz może tych nielicznych, gdzie zmiany w cewce są bardzo powierzchowne, nieznaczne i na niewielkiej przestrzeni.

Celem chirurga przy usuwaniu tych zwężeń jest przywrócenie choremu możności łatwego oddawania moczu przez drogi naturalne, oraz uchronienie go od tych powikłań, jakie się mogą rozwinąć w następstwie zwężenia.

Wobec tak mało zadawalniających wyników leczniczych należy z pomiędzy istniejących metod wybierać najmniej narażające chorego, oraz te, których wyniki są najszybsze i więcej długotrwałe.

Dwie metody lecznicze oddawna najczęściej zajmują chirurgów oraz są przedmiotem licznych sporów: rozszerzanie cewki oraz jej rozcięcie. Każdej z tych metod nie brakuje ani pochwał jej obrońców, ani też krytyk jej nieprzyjaciół.

Pomijając przypalanie cewki, które pomimo wysiłków Hunter'a, Ducamp'a, Lallemand'a i innych, aby metodę tę utrzymać, ma dzisiaj tylko historyczne znaczenie, wspomnę kilka słów o rozszerzaniu szybkim — na 1—2 posiedzeniach (*dilatatio immediata progressiva*) oraz o rozszerzaniu gwałtownem (*divulsio*) i przejdę do rozbioru tych przypadków, w których należałoby, mojem zdaniem, stosować powolne stopniowe rozszerzanie cewki oraz cięcie jej od wewnątrz i od zewnątrz.

O leczeniu zwężeń cewki za pomocą elektrolizy czy to o prądzie słabym (3—5 miliamp.), czy też o silnym (40—50 miliamp.), należy z wypowiedzeniem zdania się wstrzymać, metoda ta bowiem

mało jest wypróbowana, a próby jej stosowania, robione przez Cordier, Desnos'a, Guelliot, Lavaux i Monat'a, dotychczas dały bardzo niepomyślne rezultaty. Ci dwaj ostatni w swych statystykach podają: pierwszy na 35 przypadków otrzymał 24 nawroty w bardzo krótkim czasie, drugi na 296 przypadków 293 nawroty. Prócz tego podczas stosowania tej metody zauważono i poważne powikłania: Fenwich, Sabrazès — nacieczenie moczowe, Keys, Delagenière, Regnier—zapalenie naczyń limfatycznych prącia, ropnie okołocewkowe i t. d.

Le Fort oraz jego uczniowie: Jannicot i Langlebert proponują wszystkie zwężenia cewki leczyć podczas jednego lub dwóch posiedzeń zakładaniem świeczek n^o 12, 17, 22, pozostawiając na 24 godziny świeczkę włoskową (*bougie filiforme*) tylko w przypadkach zwężeń o bardzo małym świetle. Civiale, nieprzyjaciel tej metody, kilkakrotnie wspomina o niebezpieczeństwach, jakie ona może pociągać za sobą. Picard używa jej tylko w przypadkach zwężeń elastycznych, które łatwo się rozszerzają, ale też zaraz powracają do stanu pierwotnego oraz zwężeń trudno ustępujących w ich stopniowem powolnem rozszerzaniu, a za mało skonsolidowanych, aby je przecinać; wreszcie w przypadkach skłonnych do nawrotów. Guyon powstawał energicznie przeciwko tej metodzie z powodu częstych zranień cewki, oraz krwotoków cewkowych, jakie przy jej stosowaniu spostrzegano. „Jeśli się zabieriecie do rękoczynu w zwężeniach cewki, to ją tnijcie“, powiada Guyon w swych lekcjach, „lecz jej nie rozdzierajcie“. Dzięki tak energicznemu zwalczaniu tej metody, rozszerzanie szybkie (*Dilatatio immediata progressiva*) dzisiaj już jest prawie zaniechane.

Rozszerzenie gwałtowne (*divulsio*) nagle za jednym zamachem niszczy zwężenie cewkowe za pomocą rozciągnięcia odśrodkowego. Działa ono, rozdzierając błonę śluzową cewki już to na miejscu zwężenia, już też w miejscach zupełnie zdrowych. Metoda ta, zaproponowana przez Holt'a i udoskonalona przez Voillemier'a, ma i dzisiaj gorącego zwolennika w osobie Dentu, który, uważając ją za lepszą od cięcia cewki odwewnątrz, kilka lat temu w towarzystwie chirurgicznem zaproponował stosowanie jej w przypadkach, tak zwanych zwężeń skurczowych, kiedy to należy pokonać skurcz cewki, przeszkadzający oddawaniu moczu oraz w zwężeniach zapalnych wobec istniejącego jeszcze przewlekłego zapalenia cewki i w zwężeniach elastycznych. Szeregi jej zwolenników także w ostatnich czasach zmalały, czego dowodem szkoła Neckera, której uczniowie

niektórzy stosowania tej metody nigdy nie widzieli, wobec upomnień swego nauczyciela: „nie rozdzierajcie cewki“.

Stopniowe powolne rozszerzanie jest jedną z najłatwiejszych metod leczniczych zwężeń cewkowych, najszcześliwszą co do swych wyników i w dużej ilości przypadków stosowaną. Działa dobrze na zwężony kanał dynamicznie, rozszerzanie powinno być, zdaniem Guyon'a, dokonane tak, jak leki, zastosowane bowiem w wyższej dawce, przynosi zawsze szkodę, a nie pomoc choremu. Istotnie, niejednokrotnie miałem możność obserwować chorych ze zwężeniami cewki, u których po założeniu rozszerzacza Beniqué o kalibrze za dużym, stan się pogarszał; ci chorzy na kilka dni zmuszeni byli przerywać leczenie, które należało rozpoczynać rozszerzaczami o kalibrze mniejszym, aby naprawić to, co nieostrożność popsła. Z drugiej zaś strony widziałem bardzo wielu i takich chorych, którym podczas pierwszego posiedzenia z trudnością było można założyć świeczkę włoskową. Narzędzie to tuż po założeniu, silniej więziło miejsce zwężone, niż w jakiś czas po wprowadzeniu, tak że pozostawione na stałe przez 24—48 godz. swobodnie przechodziło przez zwężone miejsce.

Podczas drugiego posiedzenia przez to samo miejsce można było przeprowadzić rozszerzacze gumowe № 10—12, od których po 2 lub 3 posiedzeniach przechodzić można było do rozszerzacza Beniqué № 28—30. Narzędzia te, wprowadzone do cewki zwężonej, działają na miejsca zwężone swym dotykiem, a nie siłą; wywołują w nich lekki odczyn zapalny, który, rozmięczając stwardniałe ściany kanału, robi je więcej podatnymi i pozwala im stopniowo się rozszerzać, bez zranienia ich i krwawienia.

Nie zatrzymując się nad opisywaniem świeczki włoskowej i świeczki stożkowej oraz na rozszerzaczach Beniqué'a, albowiem aż nadto są one znane, opiszę w paru słowach, jak się odbywa stopniowe rozszerzanie powolne zwężeń cewkowych w klinice profesora Guyon'a.

Po określeniu stopnia zwężenia danego kanału cewkowego za pomocą czy to świeczki gałkowej (*bougie exploratrice à boule olivaire*), czy też świeczki włoskowej, na 3 dzień po badaniu rozpoczyna się leczenie chorego wprowadzeniem mu kolejno 3 świeczek stożkowych, lub rozszerzaczy Beniqué; następne wprowadzania odbywają się co 2 dzień w ten sposób, że każde posiedzenie zaczyna się od zakładania tego numeru, na którym poprzednio skończono. Od 16—18 numerów świeczki stożkowej przechodzi się zazwyczaj do № 28—30 Beniqué; do № 40 zakłada się je za pomocą przewodnika. Przejście takie od świeczki stożkowej do rozszerzacza Be-

niqué, oraz zakładanie tego ostatniego do № 40 z przewodnikiem, zdaniem mojem, winno być prawidłem, od którego lekarz nie powinien nigdy odstępować, bo, jakkolwiek, wiele jest przypadków, które pozwalają na łatwe przejście od niższych numerów świeczek stożkowatych do wyższych rozszerzaczy Beniqué bez przewodnika, to w większości pośpiech jest szkodliwy, bo nie obchodzi się bez zranienia cewki i wywołania krwotoku. Za koniec leczenia uważa się zwykle wprowadzenie choremu № 60—62 rozszerzaczy Beniqué, w przypadkach zaś takich, kiedy dalsze rozszerzanie jest trudne i sprawia choremu bóle, Guyon pozwala zatrzymywać się na № 54—56.

Albarran, aby uchronić chorego od szybkich nawrotów, radzi doprowadzić stanowczo rozszerzanie do № 60 Beniqué, co da się niekiedy skutecznie tylko za pomocą cięcia cewki od wewnątrz; poczynając od № 45 rozszerzacza Beniqué autor ten leczy zapalenia cewki oraz gruczołu krokowego, które zazwyczaj towarzyszą zwężeniom; wreszcie, wypuszczając chorego z opieki, zaleca mu wprowadzanie świeczek stożkowatych № 28, 29, 30 w pierwszym półroczu co miesiąc, w drugim co 2 miesiące, w trzecim co 3 miesiące; później zaś stale 2 razy na rok.

Widząc bardzo wielu chorych, leczonych za pomocą tej metody, nie zauważyłem ani razu zatrzymania moczu po zabiegu, zranień cewki, jej krwotoków, ani zakażenia moczowego. Wobec tak pomyslnych wyników uważałbym ją za wskazaną we wszystkich przypadkach zwężeń cewkowych, przez które przeprowadzić można przynajmniej świeczkę włoskowatą, i które nie są powikłane ciężkim zatrzymaniem moczu, zapaleniem pęcherza, zmianami w miedniczkach i nerkach, znacznie rozwiniętymi zmianami okołocewkowymi w postaci nacieczeń moczowych, ropni i przetok. Dość świeże przetoki moczowe, oraz nacieczenia moczowe mało rozwinięte w większości przypadków leczą się za pomocą stopniowego powolnego rozszerzania z zupełnem powodzeniem. Zwężenia elastyczne często wymagają zabiegu krwawego.

Jak często powolne stopniowe rozszerzanie ma swoje wskazania, niechaj posłużą następujące dane w przybliżeniu: na 5—6 chorych, codziennie zgłaszających się do kliniki prof. Guyon'a ze zwężeniami cewkowymi, w ciągu 13 miesięcy stosowano cięcie cewki tylko u 89 chorych.

Przypadki, nie cierpiące zwłoki, lub te, w których przez rozszerzanie nie osiąga się celu, leczą się za pomocą operacji krwa-

wych—cięcia cewki od wewnątrz, lub od zewnątrz z następczem powolnem stopniowem rozszerzaniem.

Nie wdając się w szczegółową literaturę, omawiającą wybór jednej z dwóch ostatnich metod, nadmienię, że większość chirurgów francuskich i angielskich woli cięcie cewki od wewnątrz, większość niemieckich oddaje pierwszeństwo cięciu jej od zewnątrz, amerykańscy zaś więcej indywidualizują, stosując cięcie cewki od wewnątrz w przypadkach zwężeń przedniej cewki, w przypadkach zaś zwężeń w części kroczonej cewki, wołają cięcie jej od zewnątrz. Większość naszych chirurgów także skłania się na stronę cięcia cewki od wewnątrz, co miałem możność osobiście obserwować na oddziałach d-ra Sztaynera i prof. Kosińskiego.

Opierając się na materyale zebrany i obserwowany przezemnie w klinice prof. Guyon'a, skłaniam się do zapatrywania, że cięcie cewki od wewnątrz w zwężeniach cewkowych, przepuszczających przynajmniej świeczkę włoskowatą, powinno być często stosowane, a to z powodów następujących: a) operacya z punktu widzenia technicznego jest nadzwyczaj łatwa, b) operacya ta, jak pokazują dane statystyczne Guyon'a, Albarran'a, Viand-Grand-Maraïs i moje, jest zupełnie bezpieczna. (Guyon na 1123 operacye otrzymał 28 zgonów; Albarran na 603 op. — 7 zgonów, które przypisać należy zakażeniu moczowemu, które mimo operacyi kres życiu położyło; Viand-Grand-Maraïs na 665 op.—9 zgonów i 85 moich obserwacyi dały po cięciu cewki od wewnątrz wyniki dodatnie bez żadnych powikłań, prócz niewielkiej gorączki, ustępującej zresztą dość szybko). c) chorzy opuszczają szpital na 3-ci dzień zdolni już do pracy; d) to, że można szybciej rozpocząć rozszerzanie cewki; e) operuje się bez chloroformu.

Poszukiwania histologiczne Smet'a, Vajd'a, Baraban'a, a szczególnie Finger'a, Hallé i Wassermann'a dowiodły, że zwężenia cewki po największej części są rozlane i zajmują ściany cewki bez wyboru, należy więc w przypadkach, gdzie cięcie od wewnątrz jest wskazane, przecinać miejsca cewki najbezpieczniejsze i najmniej grożące krwawieniem, a taką jest ściana górna cewki, mało unaczyniona i napięta przez ciała jamiste (corpora cavernosa). Tym wymaganiom odpowiada narzędzie Maissonneuve'a, ono więc powinno być najczęściej używane. Numer nożyka 18—20 zapobiegnie przecięciu górnej ściany przez całą jej długość, wbrew temu, co zaznaczał Voillemier; aby zapobiedz znacznie głębokiemu cięciu górnej ściany i możliwemu zranieniu splotu Santorina, należy pamiętać, aby prącia nie opuszczać między uda chorego, lecz

podtrzymywać je prostopadle do linii ciała. Na 85 cięć cewki od wewnątrz przy jej zwężeniach, robionych w szpitalu Necker'a w ciągu 13 miesięcy, posługiwano się nożykiem Maisonneuve'a 63 razy; ta cyfra wymownie świadczy o jego zaletach i pierwszeństwie nad innymi.

Tam, gdzie zwężenia są rozsiane, gdzie są one zbyt zwyrodniałe łącznie-tkankowo tak, że cewka uległa stwardnieniu, używa się cięcia sposobem Civiale'a, oraz jego modyfikacji, wprowadzonej przez Albarran'a. Niedogodnością pierwszej metody jest gałka stała, nie zawsze stosująca się do kalibru zwężenia. Albarran zaproponował modyfikację tego rodzaju, że nadał instrumentowi Civiale'a kaliber świeczki włoskowatej № 8, gałkę końcową odrzucił, dorobiwszy natomiast śrubkę, w którą wkręca się przewodnik. Narzędzie Albarran'a, wprowadzone do cewki, zaczyna działać wtedy, gdy za pomocą śrubki zewnętrznej wysuwamy nożyk do żądanej wysokości (najczęściej № 25—26 wystarcza). Narzędzie to mało jest używane, cięcia niem są bardzo płytkie, być może dlatego, że nożyk składający się z 2 części, złączonych za pomocą śrubki pod kątem tęnym, podczas przecinania dość twardej blizny ugina się, lub też dla tego, że blizna podczas wysuwania nożyka poddaje się; działanie nożyka wtedy nie jest cięciem, a ugnieciem. Z 85 przypadków, zebranych przezemnie, w 4 sam wynalazca posługiwał się swoim narzędziem, w 5 zaś przypadkach stosowano cięcie sposobem Civiale'a.

Jest jeszcze kilka rodzajów zwężeń, nadających się do cięcia od wewnątrz, kiedy ani Maisonneuve, ani Civiale, ani Albarran nie dają pożądaných wyników; są to właśnie zwężenia w formie fałd, schodków, szczególnie usadowionych na dolnej ścianie kanału, oraz zwężenia małego stopnia, na które pierwszy zwrócił uwagę Otis, zbadał je następnie Albarran, de la Calle i Tedenat. Zwężenia w formie fałd rozpoznają się łatwo, gdyż świeczka gałkowa, wprowadzona do cewki, przeszedłszy miejsce zwężone, posuwa się nagle, wywołując u badającego uczucie raptownego skoku. Zwężenia schodkowate (*rétrécissement en escalier* Guyon'a) rozpoznaje się szeregiem świeczek coraz mniejszego kalibru, potrzebnych do przejścia całego miejsca zwężonego. Zwężenia małego stopnia, dość często uchodzące uwagi chorego, mogą być niekiedy przeoczone i przez lekarza, gdyż w wielu przypadkach rozpoznaje się je dopiero za pomocą wysokich numerów świeczek—nawet № 18—20. Prawie zwykłym objawem tych zwężeń jest częste, trudne i długie odda-

wanie moczu, skurcze części błoniastej cewki i osłabienie działalności mięśnia pęcherzowego. Rozpoznawanie ich oraz leczenie jest rzeczą nader ważną i prawie zawsze konieczną, gdyż podtrzymują one przewlekłe zapalenie cewki, nie ustępujące wobec żadnych środków leczniczych, niekiedy zaś mogą spowodować te powikłania, które są następstwem zwężeń dużego stopnia. Albarran, np. obserwował chorego, który z powodu zwężenia małego stopnia, rozpoznanego dopiero za pomocą świeczki gałkowej № 19, miał w ciągu 6 dni gorączkę moczową. Jeśli się całkowicie nie przetnie tych zwężeń, to prędki ich nawrót jest niunikniony. Przecięcie ich narzędziem *Maison neuve'a* lub *Civiale'a* wymaga użycia dużego nożyka, a co za tem idzie, powoduje przecięcie całej błony śluzowej kanału. W przypadkach tych należy połączyć przecięcie dolnej ściany z równoczesnym rozszerzaniem cewki, bo postępując w ten sposób, rozciąga się fałdki i schodki i umożliwia dokładne ich przecięcie.

Z narzędzi zaproponowanych do leczenia podobnych zwężeń wspomnę o tak zwanych „*dilatateur urétrotome*“ Otis'a, modyfikacji jego przez Albarran'a oraz o „*Beniqué tranchant*“ Guyon'a. Narzędzie Otis'a—zbudowane z dwóch ramion, rozszerzających się się za pomocą zewnętrznego mechanizmu, tnie cewkę w stanie największego jej rozciągnięcia. Zastosowanie jego winno być ograniczone, gdyż powodować może silne zranienia cewki z następstwem obfitem krwawieniem, o którym sam wynalazca narzędzia wspomina; nie jest kątowate, a więc trudne do wprowadzenia; jest zbyt skomplikowane, więc nie odpowiada zasadom aseptyki.

Albarran zaproponował następującą zmianę: kaliber narzędzia złożonego odpowiada № 38 rozszerzacza *Beniqué*; rozszerza się go za pomocą mechanizmu zewnętrznego tak, że każdy obrót śrubki zwiększa jego kaliber o $\frac{1}{3}$ milim.; krzywizna końca jest o promieniu 3 cent. Wyższość jego nad narzędziem Otis'a ta, że rozciąga cewkę jednocześnie we wszystkich kierunkach, podczas gdy tamten tylko w dwóch. Stosowanie, aczkolwiek rzadkie, jest wskazane niekiedy w zwężeniach małego stopnia.

„*Beniqué tranchant*“ Guyon'a, zwykły rozszerzacz *Beniqué* z nożykiem (№ 18—20 *Maison neuve'a*) przymocowanym na wypukłej stronie końca, jest najczęściej używany w zwężeniach cewkowych w formie fałd i schodków, rozwiniętych na dolnej ścianie cewki. Przecinając zwężony kanał przy stopniowym rozszerzaniu, przeistacza uporeczywe i w głąb sięgające zwężenia i stwardnienia dolnej ściany cewki; pod wpływem tego rozszerzania w połączeniu

z cięciem fałdy i wyraźne zgrubienia kanału znikają i rozszerzanie kanału staje się bardzo łatwym.

Widziałem chorych, którym przed operacją trudno było wprowadzić № 40 rozszerzaczy Beniqué, po operacji zaś tym przyrządem na 8—10 dzień można było łatwo zakładać № 50—52 tych samych rozszerzaczy.

Podczas jednego posiedzenia wprowadzić można „*Beniqué tranchant*“ od № 25 do 55, w przypadkach zwężeń cewkowych bardzo stwardniałych lub łatwo występujących krwawień cewkowych poprzedzić należy na № 40—45. Niekiedy przed wprowadzeniem „*Beniqué tranchant*“ należy przeciąć kanał od wewnątrz sposobem Maissonneuve'a. Na 3 dzień chorzy zwykle mogą opuszczać łóżko i w kilka dni rozpocząć systematyczne stopniowe rozszerzanie za pomocą rozszerzaczy Beniqué, poczynając od № 40.

Jak rzadkie są powikłania przy stosowaniu tej metody, niech posłużą dane, zebrane przez Viand-Grand-Maraïs. W 40 przypadkach przez autora zebranych, nie zanotowano ani jednego niepokojącego krwawienia. Kilka kropel krwi od czasu do czasu wypływało z zewnętrznego ujścia cewki i kiedy wprowadzono cewnik na stałe, tylko kilka pierwszych kropel moczu miało barwę krwawą. Te pomyślne wyniki zależą, oczywiście, od cięć stopniowych. Ropień moczowy obserwowano raz jeden, a to u chorego następującego. 18 stycznia operacja; 3 lutego powrót do szpitala z ropniem; przed operacją chory miał już ropień moczowy i krocze w złym stanie; w przyjądrzach i pęcherzykach nasiennych zmiany gruźlicze i uporczywe zapalenie pęcherza. Innych żadnych powikłań nie zauważono, prócz nieznacznej i szybko przemijającej gorączki, szczególnie w przypadkach zmian chorobowych moczu.

W zebranych przezemnie 13 przypadkach stosowania „*Beniqué tranchant*“ żadnych powikłań nie zauważono, prócz 2 przypadków z zakażeniem moczowem, gdzie temperatura podniosła się wyżej 38° i utrzymywała w ciągu 48 godzin.

Co się tyczy nawrotów, to, jak pokazują przypadki Viand-Grand-Maraïs, u wielu chorych po 2 latach łatwo można było wprowadzać duże kalibry rozszerzaczy Beniqué, a fałd lub stwardnień, notowanych przed operacją, zupełnie nie było. W 2 tylko przypadkach nawroty były dość szybkie.

Wykazawszy dobre strony oraz częste wskazania do stosowania czy to stopniowego powolnego rozszerzania zwężonego kanału, czy też cięcia od wewnątrz, poświęcę parę słów cięciu cewki od zewnątrz,

odkładając szczegółowe zastanawianie się nad różnymi formami tej metody na przyszłość. Wskazaniami do jej użycia, prócz nie-licznych przypadków zwężeń zamykających zupełnie światło kanału cewkowego, oraz niektórych zwężeń po urazie, w których wytworzona duża i twarda blizna zwęża kanał więcej swym uciskiem od wewnątrz, niż zmiany wywołane w ścianach samego kanału, będą wszystkie te przypadki, gdzie czy to powolne stopniowe rozszerzanie, czy też cięcie od wewnątrz są przeciwwskazane. Do szeregu tych przypadków należeć więc będą: zwężenia z rozwiniętymi bardzo nacieczeniami moczowemi okołocewkowemi, ropniami tamże, przetokami starymi o ujściach stwardniałych oraz przypadki zakażenia moczowego, nie ustępujące od zastosowanego przedtem cięcia od wewnątrz.



II. BŁONICA u dziecka dwumiesięcznego

Napisał

Dr. Ludwik Rabeł

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

Błonica u małych dzieci—w pierwszych tygodniach życia—zdarza się rzadko. Opisane są w literaturze zaledwie przypadki pojedyncze błonicy nawet u noworodków (Jacobi, Srebrny). Błonica u ssawców zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia zajmuje przeważnie jamę nosową; gardziel jest również zajęta, lecz w daleko mniejszym stopniu (Jacobi, Fiłatow). Jama nosowa stanowi nieraz pierwotne umiejscowienie cierpienia, które dopiero ztąd rozszerza się na miejsca otaczające (Jacobi, Fiłatow, Sędziak). Jeżeli błonica zajmuje u ssawca jamę nosową, to występują wówczas bardzo groźne zaburzenia. Oddychanie przez nos staje się bardzo trudnem, a w końcu może uleść zupełnej przerwie. To samo dzieje się ze ssaniem i snem. Cierpienie to może przyłączyć się do zwyyczajnego nieżytku nosa ostrego lub niekiedy i do przewlekłego (Jacobi).

Rozpoznanie cierpienia we właściwym czasie jest bardzo ważne, ponieważ tylko szybkie zastosowanie leczenia swoistego może małego pacjenta uratować od śmierci. A jednak błonica nosa

u ssawca niekiedy w pierwszych dniach rozwoju może posiadać cechy tylko bardzo mocnego nieżytu nosa (Rauchfuss, Biegański) i z tego powodu nie zwraca na siebie należytej uwagi. Dla tego w każdym wątpliwym przypadku mocnego nieżytu nosa u ssawca trzeba możliwie wcześniej wykonać badanie bakteryologiczne wydzielin nosa i gardzieli.

Kiedy należy stosować leczenie swoiste? Jeżeli badanie kliniczne w danym przypadku u ssawca daje niewątpliwe rozpoznanie błonicy, to zastosowanie surowicy winno być niezwłoczne (Janowski, Kramsztyk). Jeżeli zaś rozpoznanie kliniczne podlega pewnym wątpliwościom, to należy je koniecznie stwierdzić za pomocą badania bakteryologicznego. Nie należy stosować surowicy w przypadkach wątpliwych, gdyż działanie jej na ustrój, zwłaszcza w tak młodym wieku, może spowodować ciężkie objawy uboczne (Raczyński, Serkowski).

Ile surowicy należy stosować u ssawca? Niektórzy autorzy (A. Malinowski) 500 jednostek ochronnych uważają za dostateczne u dzieci niżej jednego roku życia. Ja sądzę, że to winno zależeć od warunków danego przypadku. U ssawców, mających zaledwie parę tygodni życia, 500 jednostek winno wystarczyć. U dzieci paromiesięcznych w ciężkim stanie należy użyć i 1000 jednostek, aby działanie było tem pewniejsze. Jeżeli rozpoznanie błonicy zostało wcześniej postawione, a więc i cierpienie nie dosięgło jeszcze wysokiego stopnia, to wystarczy użycie i mniejszej ilości surowicy. Większej ilości surowicy wymagają przypadki błonicy ciężkie (Korala) szczególnie w zakażeniu mieszanem, chociaż nie wszyscy autorzy (Sawicki) uznają stały związek między postacią kliniczną a bakteryologiczną.

W roku 1899 opisałem w „Kronice Lekarskiej“ błonicę u dziecka dwutygodniowego, obecnie przedstawiam błonicę u dziecka dwumiesięcznego. Przypadek ten był następujący:

Dnia 25 października r. b. byłem wezwany do S. P., który ma dopiero dwa miesiące i pięć dni życia. Rodzice wraz z dzieckiem przed tygodniem przybyli do Warszawy z małej osady prowincjonalnej, gdzie od paru miesięcy występowały bardzo częste przypadki błonicy. Matka od tygodnia cierpi na silny nieżyt nosa. Nieżyt nosa wystąpił i u dziecka przed kilkoma dniami, i z dnia na dzień zaczął potęgować się w swem natężeniu, tak, że ssanie stało się bardzo trudnem, a sen nierówny, urywany.

Dziecko stosunkowo dość duże, ilość tkanki tłuszczowej podskórnej obfita, stan bezgorączkowy, częstość tętna 132, częstość od-

dechów 36. Sapka bardzo mocna. Przewody nosowe przepelnione wydzieliną, która przez otwory nosowe w nadmiernej ilości wypływa na zewnątrz. Wydzielina ta jest zupełnie przezroczysta, wodnista i nie zawiera najmniejszych śladów krwi. Skóra, otaczająca otwory nosowe, nie zmieniona. Język lekko obłożony, cała gardziel silnie zaczerwieniona, migdały rozpulchnione, na migdałach tu i owdzie spozstrzegają się białe naloty bardzo cienkie, formy podłużnej, nie przechodzące wielkością łebka od szpilki. Dziecko niespokojne, ciągle się rzuca. Wypróżnienia płynne, prawidłowo zabarwione, kilka dziennie. Zaleciłem do wewnątrz: Inf. r. Céphaëlidis e 0,03 ad 45,0 Sir. simplicis 5,0. Co 2 godziny łyżeczkę od herbaty oraz do przestrzykiwania gardła co trzy godziny; Sol. kali oxymuriatici e 5,0 ad 200,0.

26/X. Tętno 136, oddechów 36. Stan gorszy. Ssanie piersi niemożliwe, należało pokarm podawać łyżeczką. Noc dziecko spędziło bardzo źle. Oddychanie przez nos przerwane. Dziecko bardzo osłabione, leży w powijaku z oczkami szeroko otwartymi i językiem głęboko wysuniętym na zewnątrz. Wydzielina z nosa bardzo obfita; gardziel silnie zaczerwieniona, lecz nalotów dzisiaj nie widać. Przypuszczając, że tak silne zajęcie nosa winno być pochodzenia błoniczego, zaleciłem zbadanie wydzieliny z nosa i gardzieli.

Kolega Z. Karłowski tegoż dnia zawiadomił mnie, że w badanych wydzielinach znalazł prątki Loefflera, paciorkowce i gronkowce. Otrzymawszy taki wynik badania, natychmiast przystąpiłem do zastosowania surowicy przeciwbłoniczej. Pod skórę prawej okolicy łędźwiowej wstrzyknąłem 1000 jednostek surowicy, pochodzącej z pracowni bakteriologicznej Wł. Palmirskiego.

27/X. Stan bezgorączkowy, częstość tętna 132, oddechów 36. Dziecko w nocy spało z początku dosyć znośnie, lecz później (w parę godzin po wstrzyknięciu surowicy) stało się bardzo niespokojne i ciągle rzucało się, aż do samego rana. Ssanie piersi bardzo trudne, oddychanie przez nos łatwiejsze, lecz dziecko ma usta otwarte i język jeszcze jest wysunięty na zewnątrz. Wydzielina z nosa obfita, zaczerwienienie gardzieli mocne. Miejsce wstrzykiwania na dotyk zupełnie nie bolesne.

28/X. Stan ciągle bezgorączkowy. Tętno 128, oddechów 28. Dziecko spało w nocy bardzo dobrze i swobodnie ssie pierś. Sapka mniejsza. Wydzielina z nosa znacznie się zmniejszyła. W nocy z jednego otworu nosa wraz z wydzieliną wypłynął na zewnątrz walek stwardniałego śluzu barwy zielonej. Błona śluzowa gardzieli

znacznie zbladła, objętość migdałów zmniejszyła się. Zaleciłem przetrzykiwanie gardzieli dwa razy dziennie, a dla zmniejszenia wydzieliny z nosa przepisałem maść (Rp. Magisterii Bismuthi 2,0 Vaselini 10,0 S.) dla wprowadzania w przewody nosowe trzy razy dziennie.

29/X. Tętno 124, oddechów 24. Dziecko sypia bardzo dobrze, ssanie jest zupełnie swobodne. W nocy znowu wysunął się na zewnątrz z drugiego otworu nosa wałek stwardniałego śluzu, na którym miejscami znajdowały się żyłki krwawe. Wałków tych nie poddawałem szczegółowemu badaniu. Dziecko teraz z wielkim apetytem ssie pierś. Oddychanie przez nos ma jeszcze lekki odcień sapania.

30/X. Tętno 120, oddechów 24. Błona śluzowa gardzieli blada. Wydzielina z nosa przestała wypływać.

1/XI. Stan zdrowia dziecka dobry.

4/XI. Znowu zostałem wezwany do tego samego dziecka. Od rodziców dowiedziałem się, że z wieczora dnia poprzedniego dziecko zrobiło się bardzo niespokojne i źle spało, a dzisiaj rano spostrzeżono wysypkę na ciele. Przy tem wypróżnienia stały się nieprawidłowe: częste, zwarzone, zabarwione na zielono.

Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 120, oddechów 24, język lekko obłożony, wilgotny. Na ciele znalazłem wysypkę podobną do pokrzywkowej. Wysypka, zabarwiona na różowo, symetrycznie usadowiła się na karku, pod obojczykami i na tylnej stronie rąk w okolicy stawu śródrečno-członkowego palca wskazującego. W tem miejscu z każdej strony utworzył się guz wielkości orzecha laskowego, na dotyk miękki, zabarwiony na różowo. Zaleciłem do wewnątrz łyżeczkę oleju rycynowego i mleczanekę z oleju rycynowego, a miejsca zajęte przez wysypkę zaleciłem parę razy dziennie nacierać olejkiem kamforowym i okładać watą.

5/XI. Stan bezgorączkowy, tętno 120, oddechów 24. Zabarwienie wysypki blednie, guzy na tylnych stronach rąk zmniejszyły się o połowę. Wypróżnienia mniej częste, lecz jeszcze niezupełnie dobre.

7/XI. Tętno 116, oddechów 24. Język czysty — wysypka i guzy znikły. Wypróżnienia prawidłowe.

11/XI. Stan zdrowia dziecka dobry.

W przypadku błonicy opisanym w roku 1899 w „Kronice Lekarskiej“ i w przypadku obecnie podanym umiejscowieniem pierwotnem błonicy była jama nosowa, gardziel była zajęta stosunkowo w małym stopniu. Kliniczne rozpoznanie błonicy było wątpliwe,

z tego powodu dokonano badania bakteryologicznego, które stwierdziło przypuszczenie błonicy. Dawki surowicy w obydwóch przypadkach stosunkowo były duże, lecz takie dawki użyłem z tego powodu, że obadwa przypadki były bardzo ciężkie. W przypadku obecnie przytaczanym wystąpiła po surowicy wysypka i guzy na rękach, które jednak wkrótce znikły bez śladu.

L i t e r a t u r a .

- 1) A. Jacobi: Diphtherie. C. Gerhardt. Handbuch der Kinderkrankheiten 1877, tom II str. 702—719.
 - 2) Z. Srebrny: Błonica i dławiec. „Kronika Lekarska“ 1888 str. 563.
 - 3) N. Filatów: Semiotyka i dyagnostyka diętskich bolezniej 1895 str. 177.
 - 4) A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. Serya druga. Gazeta Lekarska 1895, str. 720.
 - 5) Wł. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę w szpitalu dla dzieci w Warszawie. Medycyna 1895, str. 714.
 - 6) W. Janowski: Wyniki leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi oraz niektóre uwagi nad tem leczeniem. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1895, zeszyt III, str. 684.
 - 7) J. Kramsztyk: Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia błonicy. Medycyna, 1895, str. 1003.
 - 8) A. Koral. Kilka uwag o przebiegu i wynikach leczenia surowicą krupu i błonicy w roku 1896. Medycyna 1897, str. 441.
 - 9) J. Raczyński. Przegląd prac dotyczących błonicy z ostatnich kilku miesięcy. Przegląd Lekarski 1897, str. 215.
 - 10) K. A. Rauchfuss: Uspiechi primienienja protiwodifterijnoj syworotki w Rossii. 1898 str. 63.
 - 11) L. Rabek: Błonica u dziecka dwutygodniowego. „Kronika Lekarska“ 1899 str. 555.
 - 12) S. Serkowski: O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej na wszelki wypadek. Nowiny Lekarskie 1899, str. 391.
 - 13) W. Biegański: Wykłady o chorobach zakaźnych. 1900, tom I, str. 457.
 - 14) J. Sędziak: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych. Nowiny Lekarskie 1900, str. 567.
-

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

98. M. Id. Faure. O bólach piersiowych podczas zapalenia otrzewny wskutek perforacji żołądka. (La sem. méd. 1901).

Autor zwraca uwagę na zjawisko mało, lub wcale nieznanne, na zasadzie którego można lokalizować punkt wyjścia ograniczonego zapalenia otrzewny w okolicy podpepkowej.

Oddawna jest znanem, że w chorobach niektórych narządów podprzeponowych występują bóle w różnych punktach klatki piersiowej; któż nie zna bólów w prawem ramieniu, towarzyszących kolce żółciowej, jak również bólów w środku pleców przy okrągłym wrzodzie żołądka.

Niektóre gastralgie przebiegają z lekkimi bólami w epigastrium i z nieznośnymi cierpieniami między ramionami. Można tu i wiele innych przykładów przytoczyć; fizjologia poniekąd tłumaczy takie zjawiska.

To samo daje się stwierdzić w wielu innych przypadkach, a w szczególności w przedziurawieniu żołądka. Autor jest pewien, że w wielu przypadkach, gdzie lokalizacja bólów na całej przestrzeni otrzewny może zaciemnić symptomatologię i wprowadzić w błąd lekarza, szczegółowe rozpytanie się, stwierdzające istnienie bólów piersiowych, może wyświadczyć wielką przysługę. Następujące okoliczności zmusiły autora do tych wniosków.

W grudniu 1896 r. autor był wezwany do chorego na zapalenie otrzewny; stan chorego był bardzo ciężki. Na dwa dni przedtem chory, wniósłszy kosz na pierwsze piętro, nagle poczuł silny ból w brzuchu, dochodzący do lewego ramienia, gdzie się najsilniej dawał czuć. Przy oględzinach brzuch wzdęty i bardzo bolesny. Ogólny stan ciężki: poty zimne, sinica twarzy i kończyn, podniecenie, oddech niespokojny, tętno na a. radialis nie daje się zliczyć, na a. femoralis 128; t° 38.

Przystąpiono do operacji; po otwarciu otrzewny wyciekł mętny surowiczy płyn, stopniowo coraz gęstszy i mała miednica okazała się wypełniona ropą, która się zdawała być obfitszą w prawej regio iliaea, co naprowadziło na myśl o zapaleniu wyrostka robaczkowego. Zastosowano drenowanie. Chory, który się czuł na razie lżej, po pięciu godzinach zmarł.

Przy sekcyi znaleziono przedziurawienie żołądka; na dnie wgłębienia widać było okrągłą utratę substancji obwodu 8 ctm. Dziwnem było przytem to, że chory odczuwał takie silne bóle w lewem ramieniu, wszakże naprowadziło to autora na myśl, że bóle pochodziły od

wrzodu żołądka. Następnie, podobne przypadki w praktyce szpitalnej utwierdziły autora w tem przekonaniu.

W innym przypadku autor był wezwany do chorego z dyagnozą zamknięcia kiszek, co mu pozwoliło sprawdzić swe przypuszczenia. Stan chorego (30 lat) był bardzo ciężki. Brzuch wzdęty, napięty, bolesny z napięciem przepony; nieustanne wymioty z domieszką żółci, puls 168, stosunkowo dość mocny; twarz skureczona, ani stolca, ani gazów. Autor rozpoznał nie skręcenie kiszek, lecz zapalenie otrzewny, którego przyczynę starał się odgadnąć. Na dwa dni przedtem chory skarżył się na bóle w okolicy pępka; choroba go zaskoczyła nagle, gdyż nie mógł wskazać żadnych objawów poprzedzających. Przypuszczając przedziurawienie żołądka, autor przy badaniu natknął się na bóle klatki piersiowej, na które się pacjent bardzo skarżył. Czując ból w okolicy pępka, chory go odczuwał jednocześnie między ramionami. Obecność bólów piersiowych naprowadziła autora na myśl, o przedziurawieniu żołądka. Po przecięciu i oczyszczeniu z ropy i płynów, wypełniających wewnątrz otrzewny, bez wysiłku odnaleziono przedziurawienie żołądka w okolicy małej krzywizny, tuż przy wejściu do dwunastnicy. Płyn wyciekał ciągle z rany, którą potem rozszerzono. Chory nazajutrz zmarł. Jest to przypadek, gdzie, nie mając żadnych innych wskazówek, prócz bólu piersiowego, autor postawił rozpoznanie.

Nie mamy nic trudniejszego nieraz nad skonstatowanie przyczyn zapalenia otrzewny, lub nawet samego zapalenia, gdyż choroby wszystkich intraperytonealnych narządów mają jednaką symptomatologię. Wszystko więc, co w tej kwestyi może rzucić najmniejsze światło, zasługuje na uwagę.

Nader ważną bowiem rzeczą jest określenie miejscowości, gdzie należy zrobić cięcie przy operacyi. Również trudnem jest przy bolesności całej otrzewny odnalezienie punktu największej bolesności.

Zapalenia otrzewny wskutek przedziurawień żołądka, są bodaj najczęstsze; za nimi idą zapalenia wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego i przydatków macicznych. Ból piersiowy może występować w jednym lub drugim ramieniu, w okolicy międzyłopatkowej lub niżej na przestrzeni całego kręgosłupa; odróżnia się od bólu brzuszego, który bywa w okolicy pępka, w dole brzucha i w okolicy biodrowej. Czasami ostrość bólów brzusznych może maskować bóle piersiowe, ale z punktu widzenia dyagnostyki, obecność bólów piersiowych na początku choroby, nie bacząc na zniknięcie ich podczas badania, najzupełniej wystarcza dla postawienia dyagnozy. Autor przypuszcza, że bóle piersiowe wskazują nie tylko na cierpienie żołądka, lecz wogóle organów położonych poniżej pępka. Natomiast bóle lokalizowane w linii środkowej kręgosłupa wskazują prawie wyłącznie na przedziurawienie żołądka.

Przyczyny tych bólów należy szukać w fizyologii; może zależą one od podrażnienia plexus pneumogastricus; faktem zaś, według zdania autora jest to, że bóle te są pewną i prawie patognomiczną wskazówką. Wedle autora zatem wszystkim ostrym sprawom w narządach podprzeponowych, a w szczególności przedziurawieniu żołądka,

towarzyszą bóle klatki piersiowej (dorsalne, skapularne i interskapularne). W przypadkach zapalenia otrzewny, spowodowanych niewiadomą przyczyną, stwierdzenie bólów piersiowych ma największe znaczenie; potrzeba więc starannie dowiedzieć się, czy bóle te występują lub występowały na początku choroby. W obydwóch tych przypadkach mamy najwięcej szans przypuszczać zapalenie otrzewny wskutek chorób narządów podprzeponowych, a szczególnie przedziurawienie żołądka.

Dr. Kazimierz Wojciechowski.

99. R. Lépine. **Wpływ opium na żołądek.** („Action de l'opium sur l'estomac.“ La Sem. Méd. № 8).

Autor u chorych cierpiących na bóle gastralgiczne spostrzegł kilkakrotnie wzmoczenie się bólów oraz ilości kwasu solnego w zawartości żołądka pod wpływem opium.

Doświadczalnie stwierdzili wzmoczone wydzielanie kwasu solnego pod wpływem morfiny lub opium: Kleine, Riegel i Hirsch.

Kleine psu z przetoką żołądkową robił podskórne wstrzykiwania morfiny i zbierał sok żołądkowy, wydzielany w przeciągu następnych godzin. Sok w dni normalne zawierał $2,3\frac{0}{100}$ kwasu solnego, w dni zaś, w które była stosowana morfina — $2,49\frac{0}{100}$. Trzeba dodać, że wydzielanie pod wpływem morfiny wzmogło się.

Riegel, stosując psom z przetoką Pawłowa morfinę podskórnie lub w czopkach, stwierdził wzmoczone wydzielanie soku żołądkowego.

Hirsch psom z przetoką dwunastnicową wprowadzał wodę do żołądka za pomocą zgłębnika przełykowego; woda swobodnie przechodziła przez odźwiernik; w razie zaś podskórnego stosowania morfiny 0,01 na jeden kilogram następował kurecz odźwiernika, trwający kilka godzin, woda się zatrzymywała, ilość zaś kwasu solnego w zawartości żołądkowej stale wzrastała. Kurecze odźwiernika Hirsch objaśnia podrażnieniem przez morfinę jego ośrodka ruchowego, umiejscowionego w ciałach czworacnych (Openchowski), jak również wzmoczone wydzielanie soku przy stosowaniu morfiny i opium uważa za będące pochodzenia ośrodkowego.

Autor wyprowadza następujący wniosek praktyczny:

Chorym ze wzmocnionem wydzielaniem kwasu solnego nawet w razie bólów należy zalecać używanie w dużych dawkach dwuwęglanu sodu podczas okresu trawienia, w razie zaś ciągłych i nieustających pod wpływem powyższego środka bólów można stosować atropinę.

Wł. Żenczykowski.

100. Funck. Czynniki etyologiczne ospy naturalnej i wietrznej. („L'agent étiologique de la vaccine et de la variole“. (La Sem. Méd. № 8).

Autor na zasadzie dwuletnich badań i doświadczeń doszedł do następujących wniosków:

1) *Ospa naturalna nie jest chorobą pochodzenia bakteryjnego.* Badając krowiankę z pierwszorzędných instytutów szczepienia ospy, autor spostrzegł w niej dużą ilość bakterji. Po trzech miesiącach krowianka, jak wiadomo, podlega samooczyszczeniu i nie zawiera bakterji. Autor wyjął krowiankę, trzymając ją w przeciągu trzech miesięcy bez dostępu światła w szczelnie zamkniętych flakonikach. Krowiankę taką, nie zawierającą już aerobów i anaerobów, szczepił i otrzymywał typową krostę ospy naturalnej.

Na zasadzie 20 doświadczeń autor wyprowadza wniosek, że krowianka zupełnie wolna od bakterji, wywołuje specyficzną krostę.

2) *Czynnikiem etyologicznym ospy naturalnej jest pierwotniak (sporidium vaccinale).*

Badanie drobnowidzowe świeżej krowianki przy małym powiększeniu wykazuje wielką ilość wakuol owalnych, błyszczących i nie barwiących się barwnikami anilinowymi. Przy powiększeniu 500 lub 600 razy widać zazwyczaj charakterystyczne elementy morfologiczne, wspomniane już przez Pfeiffer'a w 1887 r. Przedstawiają się one w trzech odmianach:

a) Pierwsza postać od 2—10 μ , przełamująca światło, błyszcząca, z zielonkawym odcieniem, prawidłowo zaokrąglona; na platynie ogrzanej do 37° C. widać powolne, bardzo charakterystyczne ruchy.

b) Komórki owalne, mniej lub więcej wydłużone, których jądro znajduje się z boku komórki, zaródź zaś zawiera zaokrąglone gromadki kulek zielonawego koloru. Są to komórki nabłonkowe ze znajdującym się w nich pierwotniakiem.

c) Trzecia postać, często spotykana w krowiance, są to ciała koloru malinowego, prawdopodobnie *morula* lub z podwójnymi konturami, zaokrąglone, mające 25 μ . w przecięciu, lub owalne długości 30 do 35 μ ., szerokości 20—25 μ .; elementy te, są to torbiele wypełnione sporami formy gruszkowatej.

Wszystkie te trzy postaci autor uważa za odmiany jednego i tego samego pierwotniaka, gdyż w krowiankach starych spotykamy ostatnią, a w świeżych pierwszą postać. Autor nadaje nazwę temu pierwotniakowi „sporidium vaccinale“.

3) *Szczepienie „sporidium vaccinale“ w wyjąłowanej zawieszynie wywołuje u zwierząt czułych na szczepienie objawy ospy naturalnej.* W tym celu autor szczepił specjalnie przygotowaną zawieszinę z kropli buljonu i spor. Około 6 dnia występuje charakterystyczna krosta.

4) *Powtórne szczepienie nie wywołuje objawów krosty ospowej, z czego autor wnioskuje, że zwierzęta są uodornione przez pierwsze szczepienie.*

5) W zawartości pęcherzyków ospy wietrznej również znaleziono pierwotniaka, podobnego do „sporidium vaccinale“. Pozostałe zaś elementy pęcherzyka ospy wietrznej są również identyczne z zawartością krosty naturalnej. Na zasadzie swych badań autor jest zdania, że czynnik etyologiczny tych dwóch chorób jest wspólny, co zdają się potwierdzać doświadczenia, polegające na szczepieniu kilkakrotnem ospy wietrznej jednemu i temu samemu cielęciu, co ostatecznie wywołuje typową krostę ospy naturalnej.

Wł. Żenczykowski.

101 Dr. L. Danegger. **Badania doświadczalne nad lignosulfitem z uwzględnieniem wartości jego przy leczeniu gruźlicy.** (Experimentelle Untersuchungen über das Lignosulfit mit Rücksicht auf seine Verwendbarkeit in der Behandlung der Tuberculose).

(Deutsches Arch. f. Klin. Med. B. 68. H. 3 u. 4).

W 1892 roku lekarz amerykański F. Hartmann zalecił wdychanie pary, wydzielającej się przy fabrykacji celulozy, jako środek, działający specyficznie w gruźlicy. Środek ten, wkrótce udoskonalony, otrzymał nazwę „lignosulfitu“. Zaczęto go stosować przedewszystkiem w Hallein koło Salzburga, następnie w większych zdrojowiskach, a nawet w klinikach. Z ogłoszonych wkrótce wyników okazało się, że zabieg ten stosowano z bardzo pomyslnym skutkiem w gruźlicy płuc i krtani, w innych zaś razach bez żadnego rezultatu. Z powodu tej sprzeczności zdań profesor Tappeiner w Monachium polecił autorowi, który od 2 lat sam się leczyl lignosulfitem, zająć się zbadaniem tego środka.

Według objaśnień Hartmann'a, lignosulfit jest ługiem zmodyfikowanym, t. j. ma budowę chemiczną ługu zwyczajnego, lecz pod względem składu zasadniczo się od niego różni. Zawiera on związki kwasu siarkowego (SO₂) z dekstryną i substancjami drzewnymi o charakterze glukozy, po części zaś związki SO₂ z ciałami eterycznymi i balsamicznymi. Jest płynem barwy żółtawej, z ostrym, lecz dość przyjemnym zapachem; w roztworze stężonym przeważa zapach SO₂, po zupełnem zaś ulotnieniu SO₂ pozostaje przyjemny zapach jedliny. Smak ma kwaśno-słony, nieco ściągający. Odczyn mocno kwaśny.

Według badań autora, różnica polega na tem, że lignosulfit zawiera daleko większą ilość kwasu siarkowego.

Co się tyczy sposobu stosowania, w różnych zdrojowiskach używane są bardzo różne inhalatory i rozpylacze, które autor szczegółowo krytykuje, podając opis przez siebie używanego, nader prostego sposobu. Zwykle chory przebywa 2 godziny dziennie w atmosferze, zawierającej 0,003% lignosulfitu.

Co zaś do sposobu działania, autor przedewszystkiem zbadał jego działanie dezynfekcyjne, na które głównie zwracał uwagę Hartmann. Kwas siarkowy dawniej uważany był za środek silnie odka-

żający. Tymczasem doświadczenia z hodowlami czystymi dowiodły, że SO_2 zupełnie się do dezynfekcyi nie nadaje, gdyż nie przenika do szczelin i nie szkodzi pasorzytom, posiadającym zarodniki. Do badań nad lignosulfitem autor również użył czystych hodowli i przekonał się, że 1) lignosulfit posiada taką samą wartość odkażającą jak SO_2 ; 2) również nie zabija pasorzytów z zarodnikami; 3) pasorzyty bez zarodników, nie osłabione, zabija tylko w roztworze, nie nadającym się do wdychań, osłabione zaś może osłabić w dalszym ciągu, względnie zabić, w roztworze, używanym do wdychań. Na zasadzie tych danych autor dochodzi do wniosków, że 1) lignosulfit nie posiada właściwie swoistego działania na laseczniki gruźlicy, gdyż należą one do najodporniejszych drobnoustrojów, 2) również na pasorzyty bez zarodników, znajdujące się w mieszanem zakażeniu gruźliczem nie działa, 3) mniej odporne ziarniaki (Coccen) w drogach oddechowych mogą być osłabione, być może nawet zabite; 4) do dezynfekcyi mieszanek lignosulfit wcale się nie nadaje; 5) przeciwnie, lignosulfit jest bardzo przyjemnym odwanianym środkiem pokojowym.

Następnie Hartmann utrzymywał, że lignosulfit wchłania się do krwi, gdzie następnie zachodzi przemiana kwasu siarkowego na siarczany, wskutek czego wzmaga się tworzenie soli siarczanych. Tymczasem autor dochodzi do wniosku, że gdyby nawet cała ilość wdychanego lignosulfitu została wchłonięta, organizm wzbogaciłby się o 0,20581 gr. siarczany sodu, t. j. tylko o $\frac{1}{10}$ całej zawartości Na_2SO_4 we krwi, tak że nie może być nawet mowy o działaniu leczniczem pod tym względem, pomijając już to, że jak się autor ze swych doświadczeń przekonał, do krwi przechodzi zaledwie maleńka cząstka wdychanego lignosulfitu.

Co się tyczy wpływu lignosulfitu na wykrztuszanie i oddychanie, doświadczenia na zwierzętach doprowadziły autora do następujących wniosków: 1) Płwocina staje się bardziej płynna, a drogi oddechowe wilgotniejszemi, wskutek wzmoczonej wydzieliny tchawicy i oskrzeli; 2) zachodzą chemiczne zmiany w płwocinie wskutek rozpuszczania się śluzu i ścinania ciał białkowych, dzięki czemu (łącznie z 1) płwocina łatwiej się przesuwą i wysiłki kaszlowe się zmniejszają; 3) następuje wzmoczenie wykrztuszania przez drażnienie a) błony śluzowej krtani i tchawicy (kaszel) i b) mięśni oskrzelowych (odruchowo); 4) następuje głębsze oddychanie, wskutek czego znajdujące się w mniej ruchomych częściach płuc kwasy zostają wykrztuszone; 5) wskutek głębszego oddychania części płuc, wcale lub słabiej oddychające, powracają do życia; 6) występuje uczucie wolnego oddechu, wywołane przez bezpośrednie działanie lignosulfitu na rozgałęzienie nerwu błędnego w płucach.

Co do wpływu na przemianę materii, to ilość kwasu siarczaniego nie powiększa się w moczu, gdyż do krwi przenikają zaledwie ślady SO_2 . Tymczasem stan ogólny organizmu zadziwiająco reaguje na wdychania: łaknienie, waga ciała i siły wzmagają się. Tłumaczyć to należy lepszem oddychaniem.

Oprócz badań czysto doświadczalnych, autor robił spostrzeżenia kliniczne, na podstawie których doszedł do takich wniosków: Nie na-

leży uważać lignosulfitu za środek leczący gruźlicę. W szeregu leków może on zająć miejsce tylko jako środek pomocniczy w walce z gruźlicą, dzięki swemu działaniu, pobudzającemu oddychanie i wykrztuszanie. Szczególniej należy go wypróbować w początkach leczenia dyetetyczno-klimatycznego.

W dodatku do swej obszernej pracy autor podaje dane toksykologiczne. Na podstawie licznych swych, szczegółowo opisanych, doświadczeń na zwierzętach doszedł do przekonania, że działanie lignosulfitu i SO_2 polega na uszkodzeniach narządów oddechowych, a mianowicie: nadżarcie nabłonka błon śluzowych, uszkodzenie ścian naczyń i wskutek tego wylewy krwi, wstrzymanie na większej przestrzeni krwobiegę płucnego i przeszkoda w oddychaniu wskutek nadmiernej wydzieliny. Ostatnie dwa punkty powodują obrzęk płuc.

Tadeusz Borzęcki.

II. Choroby nerwowe.

102 Henne. Rany postrzałowe z broni szwajcarskiej. w r. 1880—1900.

Autor przytacza między innymi następujący niezwykle przypadek: W czasie ćwiczeń wojskowych w St. Gotardzie żołnierz został przez nieostrożność zabity od tyłu wystrzałem z odległości 8 metr. Czaszka była otwarta, mózg znaleziono w całości, z zachowaniem zwykłych kształtów na ziemi, po lewej stronie i nieco w tył od trupa w odległości około 30 cm. Oficer kierujący ćwiczeniami zapewniał, że mózg padł na ziemię wcześniej niż ciało, a zatem wypadnięcie mózgu nie nastąpiło li tylko wskutek otwarcia czaszki przy padaniu ciała. Dla potwierdzenia tego faktu autor wykonał doświadczenie, naśladujące zwykłe warunki: w czasie umieszczał pęcherz dobrze przylegający, a wewnątrz tego ostatniego 2-gi pęcherz wypełniony klejstem, mającym konsystencją mózgu; pomiędzy obiema skórkami cienka warstwa płynu. Wynik był ten sam, jak w powyżej opisanem spostrzeżeniu; pęcherz środkowy był wyrzucany w całości i znajdował się w bliskości czaszki lub puszki w tem samym położeniu, jak przedtem.

Autor tłumaczy spostrzeżenie to ciśnieniem cieczy mózgowo-rdzeniowej, które przy wystrzałach z bliskości jest tak wysokie, że sprowadza zupełne zmiążdżenie wypukłości czaszki, znosi zupełnie znacznie słabsze ciśnienie hydrodynamiczne samego mózgu i dla tego nie sprowadza zmian jego kształtu i wyrzuca go wreszcie z otwartej jamy czaszkowej. Warunkiem niezbędnym jest, żeby kula posuwała się wzdłuż podstawy mózgu. Działanie postrzału następuje zresztą dopiero po przebieciu kulą czaszki, ponieważ szybkość kuli jest o wiele większa, aniżeli szybkość rozprzestrzeniania się ciśnienia w cieczy mózgowo-rdzeniowej. Przy wystrzałach z większej odległości ciśnienie hydrodynamiczne cieczy bywa mniejsze, zmiążdżenie wypu-

kłości czaszki mniej znaczne, ciśnienie hydrodynamiczne mózgu nie zostaje w zupełności zmienione, a skutkiem tego uszkodzenia mózgu są znaczniejsze.

Bregman.

103 Jeremias. **Zdolność zarobkowania w nerwicach urazowych i nieurazowych.** (Monatschrift f. Unfallheilk. 1900, № 12).

Autor badał 25 przypadków urazowych i 40 nieurazowych i starał się dla swych badań dobrać materiał możliwie jednostajny, wykluczając wszelkie cierpienia organiczne lub powikłania cierpieniami wewnętrznymi lub chirurgicznymi. Pomiędzy chorymi urazowymi było niezdolnych do pracy 56%, pomiędzy nieurazowymi 20%. Mniej niż $\frac{1}{3}$ zdolności do pracy wykazało urazowych 92%, nieurazowych tylko 62,5%. Badanie lekarskie potwierdziło zupełną niezdolność do pracy w malej zaledwie części chorych urazowych — 12% (pomiędzy owymi 56%). Dla wykluczenia podmiotowego sądu zarówno chorego jak i lekarza autor konstatował, jaka część tych chorych od roku osiągała mniej niż $\frac{1}{3}$ zwykłego zarobku. Pokazało się, że takich było między urazowymi 40%, między nieurazowymi tylko 20.

Plus po stronie urazowych autor tłumaczy również jak Strümpell powstaniem u nich wyobrażeń procesowych i pożądaniowych (Recht — und Begehrnung vorstellungen). Zapobiedz temu można, przyzwyczajając dotkniętych urazem jak najwcześniej do podjęcia na nowo pracy. Zdaniem autora, należałoby od początku rozróżniać przypadki ciężkie od lżejszych. W pierwszych należy od razu na 1 rok przynajmniej zasądzić rentę dość wysoką i możliwie rzadko chorego badać, w przypadkach lżejszych po przebyciu leczenia przeznaczyć jeszcze rentę przejściową 50—60%, a po roku nie dawać nic.

Bregman.

104 Lui. **Alkoholizm i dziedziczność.** (Annali di Neurologia 1900.

57% dotkniętych *obłędem wysokowym* jest obarczonych dziedzicznie. W 35% wszystkich (1500) przypadków obarczenie było w linii prostej, po rodzicach, częściej po ojcu niż po matce. W 12% rodzice byli alkoholikami. Pomiędzy obarczonymi dziedzicznie 20% pochodziło z alkoholików.

Z porównania chorych obarczonych i nieobarczonych wynika, że u pierwszych anomalie psychiczne są 4 razy częstsze, że u nich częściej się spostrzega nawroty choroby i niekiedy prawdziwą dipsomanię. W ogólności alkoholicy obarczeni ulegają większemu zwyrodnieniu i szybciej, a w większym stopniu reagują na działanie alkoholu.

Alkoholicy, pochodzący z rodziców alkoholików, doknięci są przeważnie ($\frac{3}{4}$) jedną z postaci degeneracyjnych obłędu—obłęd perypodyczny, padaczka, histerya, hypochondrya, 24% było idiotów i głupców.

Bregman.

- 105 **Bechterew. Ostre zaburzenia ruchowe pod postacią bezwładu mózdkowego.** (Obozrenije psichiatryi 1900 № 1).

Autor opisuje pewną postać zaburzeń ruchowych, którą spostrzegał u alkoholików: początek ostry, zwykle po upiciu się. Przy objawach opilezych—zawrót głowy, ciężkość głowy, nudności, wymioty—niemożność utrzymania równowagi ciała. Objawy ogólne szybko znikają, bezład trwa dalej. Przy zwykłych poruszeniach kończyn bezład brak. Lekki nystagmus oraz drżenie języka. Od-ruchy kolanowe nieco wzmożone. Niekiedy okolica potylicowa przy opukiwaniu bolesna.

Zdaniem autora, cierpienie polega na zajęciu ostrem środko-wych części mózdku na tle osłabienia ogólnego ośrodków skutkiem alkoholizmu. Po kilku tygodniach niekiedy po 2—3 miesiącach bezład znika. Autor zaleca kąpiele, jodek potasu, strychninę.

Bregman.

- 106 **Claus. O Hedonalu.** (Odczyt w Société de Médecine men-tale de Belg. 28/IV, 1900).

Autor zaleca Hedonal (Methylpropylcarbinolurethan) nie tylko przy zwykłej bezsenności, ale i przy podnieceniu mózgowem oraz braku snu spowodowanym bólami. Zwykle wystarcza dawka 1—2 grm., ale dojsć można nawet do 5-ciu grm. bez jakichkolwiek obja-wów szkodliwych. Najlepiej podawać w opłatkach lub proszkach, które się popija wodą zwyczajną lub cynamonową, jeśli smak środka, podobny do mentolu, sprawia choremu przykrość. Hedonal nie wpływa na apetyt, nie ma działania akumulacyjnego, nie działa moczopędnie, jak inne uretany. W dyskusyi Croq utrzymy-wał, że działanie skuteczne hedonalu ogranicza się tylko do zwykłej bezsenności nerwowej i co najwyżej stanów lekkiego podniecenia.

Bregman.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

- 107 **Dr. Fleischmann** opisuje przypadek **wywrotu macicy** przy porodzie. Służąca L., 23 lat, primipara, urodziła normalnie dziewczynkę (położenie główkowe). Po porodzie macica okazała się nader atoniczną i kiedy po półgodzinnem oczekiwaniu łożysko nie wycho-dziło, przystąpiono do wyciśnięcia według Credè. Po kilku lekkich naciśnięciach na macicę, autor poczuł, że mu macica wyslizgnęła się z rąk. Wtem ujrzał między nogami położnicy macicę całkowicie

wywróconą. Położnica straciła przytomność, twarz jej pobladła, kończyny chłodne, puls nie dawał się zliczyć. Łóżysko, które wypadło razem z macicą, dało się oddzielić z pewnym trudem; krwawienie nie wielkie. Zdecydowano wprowadzić macię napowrót. Macica dała się łatwo wprowadzić do pochwy, lecz dalej natrafiono na przeszkodę, którą stanowiła skurczona szyjka. Po długich manipulacjach wreszcie macica wślizgnęła się napowrót i dała się następnie wyczuć przez ściany brzuszne. Lecz przy wyciągnięciu ręki z wnętrza autor poczuł, że macica się znowu wywraca, dając za wyjowaną ręką. Wreszcie po wstrzyknięciu ergotyny i stosowaniu gorących iniekcji macica została w jamie brzusznej. Po 16 dniach wypisano położnicę z kliniki.

Za przyczynę wyrotu macicy wogóle uważają nadmierną jej wiotkość. W takich przypadkach najmniejszy nacisk lub ciągnięcie za pępowinę mogą wywołać wywrót. Jako przyczynę kollapsu przy wywrocie macicy poniekąd można uważać utratę krwi, lecz prawdopodobniejszą przyczyną jest zapewne ogólny skok. Tłumaczy się takie przypuszczenie gwałtownem nastąpieniem kollapsu przy wywrocie, jak również natychmiastowem jego zniknięciem przy wprawieniu.

Pomimo tego, że w tych razach wewnątrz macicy przychodzi w styczność z niesterylizowanymi przedmiotami np. z pościelą, jednakże gorączka połogowa następuje w tych wypadkach bardzo rzadko. Przy następnych porodach również rzadko widzimy recydywę wyrotu; nie uniemożliwia także przyszłego zajścia w ciążę. Ponieważ skurczona szyjka stanowi główną przeszkodę wprawienia macicy, należy stopniowo wtłaczać macię, rozszerzając przytem zwężoną szyjkę palcami. Drugą ręką należy przytem przez ściany brzuszne, osuwać do dołu ten lejek uformowany przez wywróconą macię (inversionstrichter).

Pytanie, czy należy pierwiej odjąć łożysko, czy też z łożyskiem razem wprawiać macię, podlega sporom; autor jest za tem, żeby wprawiać macię, odjawszy poprzednio łożysko, gdyż według jego zdania łatwiej jest przesunąć przez zwężoną szyjkę macię, pozbawioną łożyska.

Dr. K. Woj.

108 Olshausen z Berlina uważa, że **masaż ginekologiczny** stosuje się zanadto „larga manu“, i jest tego zdania, że częściej to szkodzi, niż przynosi korzyść. Uznaje on tylko tak zwany „Petrisage“ i „Effleurage“ i jest wręcz przeciwny rozrywaniu wzrostów perytonealnych. Za przeciwwskazanie masażu Olshausen uważa obecność zmian w położeniu macicy (retroflexio, prolapsus), endometritis, metritis chronica i haematocele. Do masażu nadają się tylko twarde wysięki w miednicy, jeżeli przytem znikły wszelkie objawy zapalenia. Muszą też one być zupełnie dostępne dla ręki znajdującej się na zewnątrz, tak żeby między wysiękiem i końcami palców masującego były tylko ściany brzuszne. Guzy jajnikowe nadają się tylko wtedy do masowania, jeżeli chodzi o hydrosalpinx przy możliwym odpływie przez macię.

Jeżeli jajowody mają ściany zgrubiałe, to tylko masaż wnętrza ma jakiegokolwiek znaczenie.

K. Woj.

109 Dr. Ludwik Seitz opisuje kilka przypadków **nadliczbowych dodatkowych jajników**. Te ostatnie dzieli na leżące wewnątrz i poza otrzewną.

Nadliczbowe jajniki są bardzo rzadkie i mają podwójne jajo-wody. Pochodzenie ich autor tłumaczy odgradzeniem przez tkankę łączną podczas embryonalnego rozwoju części substancji jajnikowej, jako też i w późniejszym czasie przez różne sprawy chorobowe. („Münch. Medic. W.“ 1901). *K. Woj.*

110 Dr. Sternberg opisuje przypadek **narodzonego potwora (ischiapagus)**. Po uwolnieniu główki za pomocą kleszczy, tułów pomimo silnych skurczów macicy oraz stosunków prawidłowych miednicy nie wychodził. Po dłuższym czasie, przy pomocy palca wprowadzonego do odbytnicy udało się wyjąć płód, który podczas porodu zmarł. Matka dobrze się czuła i po kilkunastu dniach wypisała się jako zdrowa. Potwór miał dwie głowy, dwie pary rąk, dwie nogi i trzecią nóżkę stępu mocno skurczoną; miednicę miał pojedynczą. Tułów pomimo wyglądu pospolitego, po zbadaniu za pomocą promieni Röntgena, składał się z dwóch kolumn kręgowych. („Münch. Medic. W.“ 1901). *K. Woj.*

Pröscher. **Wykrycie bilirubiny w moczu za pomocą diazoreakcji Ehrlicha.**

Pröscher uważa diazoreakcję za jedyny i najlepszy sposób wykrycia bilirubiny w moczu. W tym celu nasycy 10 cm. sz. moczu siarczanem amonu, odfitrowuje osad barwny na małym filtrze i wytrawia 96% wysokiem. Wyciąg wyskokowy zakwasza mocno kwasem solnym i traktuje roztworem Ehrlicha (dla diazoreakcji). bilirubiny płyn szybko niebieszczeje, a po dodaniu ługu występuje osad zielony.

Ten sam sposób można zastosować do wykrycia bilirubiny w surowicy. Strącamy w tym celu wyskokiem surowicę badaną i traktujemy ją jak wyżej. (C. f. med. № 7). *J. Z.*

IV. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenia od dnia 4 VII do 5 XI 1900 r.

Dn. 4 Lipca 1900 r. odbyło się doroczne posiedzenie wyborcze Towarzystwa.

Na posiedzeniu tem wybrano przez balotowanie do zarządu: na Prezesa Aleks. Janiszewskiego na wiceprezesa Władysława Tołwińskiego, na sekretarza II-go Adama Majewskiego, na sekretarza I-go Czesława Czerwińskiego, na skarbnika Aleksandra Staniszewskiego, na bibliotekarza Stefana Radomyskiego.

Posiedzenie otworzył mową prezes Al. Janiszewski, poczem sekretarz A. Majewski odczytał sprawozdanie roczne z Towarzy-

stwa, skarbnik odczytał sprawozdanie kasowe, a za nieobecnego bibliotekarza—odczytano sprawozdanie biblioteczne.

Posiedzenie z dn. 18 Września 1900 r.

1. Wład. Tołwiński odczytał pracę pod tytułem:

Rozwój fizyczny ludności p-tu Lubartowskiego gubern. Lubelskiej.

B. Klatka piersiowa. ¹⁾

Średnia objętość klatki piersiowej, otrzymana z pomiarów wszystkich rekrutów w ciągu 12 lat (1886—1897)—wynosi:

u polaków 863 mm. (5,797 pomiarów)

u Niemców 883 mm. (504 „

u Żydów 811 mm. (978 „

Średni wskaźnik piersiowy (wykazujący objętość klatki piersiowej w odsetkach wzrostu),—wynosi:

u polaków 52,39

u Niemców 53,19

u Żydów 50,21

Średni wskaźnik piersiowy jest tem mniejszy, — im wzrost jest wyższy; ztąd wniosek potwierdzający spostrzeżenia wprowadzane przy badaniu średniego wzrostu, że dane Komitetu Statystycznego wykazują średni wzrost niższy od rzeczywistego dla tego, iż do wyrachowań brani są tylko przyjęci do służby wojskowej; — w obec zaś zbyt małego wskaźnika piersiowego u osobników wysokich i bardzo wysokich — ci bywają najczęściej zwolnieni od służby wojskowej, jako nie dość fizycznie rozwinięci, i przy pomiarach wzrostu przyjętych do wojska,—nie bywają brani w rachubę.

Pierworodni synowie (ulgi rodzinne II-ej kategorii),—mają średnią objętość klatki piersiowej i wskaźnik piersiowy nieco mniejszy aniżeli ogół rekrutów,—synowie zaś późniejsi, w rodzinach licznych (ulgi rodzinne III-ej kategorii), — mają objętość klatki piersiowej i wskaźnik piersiowy znaczenie większy, aniżeli ogół rekrutów.

Rekruci ze wsi położonych na nizkiem porzeczu rzeki Wieprza, i Miniawy,—mają słabiej rozwiniętą klatkę piersiową aniżeli ogół rekrutów.

Rekruci z miast i osad (dawne miasteczka), — są także słabiej fizycznie rozwinięci, aniżeli ogół rekrutów.

Z powyższego wnioski:

1) Ludność rdzenna p-tu Lubartowskiego ma słabiej rozwiniętą klatkę piersiową, aniżeli koloniści Niemcy, różnica bezwzględnej objętości klatki piersiowej wynosi 2 cent., — wskaźnika piersiowego—0,8.

2) Pomimo mniejszej objętości klatki piersiowej u ludności rdzennej powiatu, ze wskaźnika piersiowego (52,39) nie można wnioskować o zwyrodnieniu ludności, tembardziej, że w wieku poborowym i dwa lata jeszcze później,—przyrost ludności rdzennej powiatu jest znaczniejszy, aniżeli Niemców (patrz zeszyt 13 r. z. Kroniki Lekarskiej str. 536, 537), a klatka piersiowa silniej zaczyna się rozwijać dopiero po ustaniu rośnięcia.

¹⁾ Patrz Zeszyt 13 „Kroniki Lekarskiej“ z r. 1900, str. 535.

3) Wymiary klatki piersiowej żydów są znacznie mniejsze, aniżeli ludności rdzennej powiatu;—w cyfrach różnica ta wynosi: 5 cent. w obwodzie klatki piersiowej i 2 we wskaźniku.

2) Bron. Szniersztajn z okazji 50-ciolecia działalności naukowej Maksa Pettenkofera podał jego życiorys i wzmianki o jego pracach naukowych.

3) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
Ad. Majewski.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 4 Października 1900 r. poświęcono rozpatrzeniu sprawy udziału Towarzystwa w wystawie rolniczo-przemysłowej, projektowanej w Lublinie w końcu czerwca 1901-go r.

Po ożywionych debatach udział Tow. w wystawie zadecydowano i wybrano komisję wystawową, w której skład weszli: Janiszewski, Tołwiński, Dobrucki, Jaczewski, Jarnuszkiewicz, Cynberg, Jaworowski, Radomyski, Staniszewski, Biernaeki i Szniersztajn; z grona tej komisji, przydujący w niej Tołwiński i Szniersztajn delegowani zostali jako przedstawiciele Towarzystwa do komitetu wystawy.

Posiedzenie z dn. 18 Października 1900 r.

1) Dobrucki przedstawił chorą po zabiegu wyłuszczenia torbieli jajnika i preparat anatomiczny torbieli. Przebieg choroby i leczenia przedstawia się, jak następuje: J. B., 23 lat, nie zamężna. Pierwsza regularność w 16 roku, prawidłowa, bez boleści. Przed 4 laty urodziła dziecko żywe, po zatem nigdy nie chorowała. W Marcu zaczął brzuch szybko się powiększać, chora przykładała kataplazmy; nagle poczuła silny ból brzucha, wymiotów nie było, wystąpiła gorączka, która trwała przez 6 dni, poczem chora wstała z łóżka zupełnie zdrowa, a ów duży brzuch zupełnie zginął. Od 2 miesięcy znów zaczął brzuch się powiększać, przytem bardzo prędko, boleści żadnych. Nakoniec brzuch urosł do takich rozmiarów, że chora nie tylko nie mogła chodzić, lecz trudno jej było nawet znieść pozycyę w łóżku.

4 Września przybyła do szpitala na oddział wewnętrzny, gdzie nie znaleziono żadnych zmian ani w sercu, ani w nerkach. Wobec trudności w oddychaniu zrobiono przekłucie brzucha, przyczem wyszła znaczna ilość płynu przezroczystego, dosć klejowatego, zawierającego dużo białka.—Po wypuszczeniu płynu spostrzeżono w brzuchu dużą ilość guzów, wobec czego chora została skierowana na oddział chirurgiczny.

Przy badaniu znaleźliśmy: Kobieta średniego wzrostu niezle odżywiana, dosć blada. W płucach ani w sercu żadnych zmian, w moczu białka niema. Brzuch nieco powiększony, powłoki luźne, miękie; w jamie brzusznej trochę płynu; w całym brzuchu wyczuwa się duża ilość guzów twardych najrozmaitszej wielkości, poczynając od wielkości dużego orzecha do wielkości pięści. Guzy sięgają od spojenia aż do łuku

żebrowego. Guzy te miejscami dają się przesuwać w ograniczonej przestrzeni. Przy badaniu podwójnem znajdujemy macię w normalnem przodopochyleniu, zupełnie ruchomą. Douglas wypełniony twardymi guzami, dającymi się trochę unosić do góry, to samo i z boków maciey zwłaszcza ze strony lewej wyczuwa się guz, będący jakoby w związku z adneksami.

Wobec takich danych rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlią gruczołów otrzewnowych, lub też zaotrzewnowych, a następnie cysta ovarii wielokomorowa.

15 Września przy uśpieniu chloroformem przystąpiono do operacyi próbnej. Po przecięciu powłok wystąpił najwyraźniej guz o twardych ścianach, zawierający w sobie płyn, lecz nie napełniony w zupełności. Po rozszerzeniu cięcia w górę (wymijając pepek), okazała się olbrzymia torbiel, wychodząca z lewego jajnika, torbiel, która po opróżnieniu wypełnia całą jamę brzuszną. Torbiel ma tylko 2 zrosty, jeden ze ścianą brzucha ze strony lewej przebiega przedłużeniu linii sutkowej z linią przechodzącą poprzecznie przez pepek; drugi zrost z dolną powierzchnią wątroby, a właściwie z jej więzłem obłym. Oba te zrosty mają postać sznurów $\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy, twardych, mocnych z równoległe idącymi włóknami. Guz został przekłuty grubym trójgranicem, przyczem wypłynął płyn gęstości miodu (syropu) jasno-żółtawego koloru. Po opróżnieniu guza i podwiązaniu zrostów udało się guz wydobyć bez żadnych trudności. Szypuła dość szeroka, cienka. Guz okazał się jajnikiem; po podwiązaniu guz odcięto. Szwy jamy brzucha w 2 piętra (Mikulicz); prima intentio idealna — Szwy wyjęto na 7 dzień.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z dn. 4 Października 1900 roku.

3) Horodyski z Łęczny odczytuje szczegółowe sprawozdanie z wycieczki balneologicznej, odbytej latem w r. 1900 po galicyjskich miejscowościach leczniczych, przez grono lekarzy pod przewodnictwem Dr. Surzyckiego z Krakowa. Rzecz ta ma być drukowaną w jednym z czasopism lekarskich.

Ad. Majewski.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 5 Listopada 1900 roku

1) Michelis (z Chełma) odczytuje opis przypadku kostniakomięsaka biodra (osteosarcoma femoris sin.), operowanego przez siebie z powodzeniem; szczegółowy opis autor ilustrował kilkoma fotografiami chorej kończyny,

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z dn. 18 Października 1900 r.

3) Kaczyński mówi: „o leczeniu neurastenii według Dornblütha“. Neurastenia zalicza się do chorób, które wymagają ogromnego indywidualizowania w leczeniu. Główne zasady leczenia są następujące: 1) leczenie nie powinno być objawowe, 2) nie powinno być prowadzone podług jednych zgóry nakreślonych szematów; 3) powinno być skierowane przeciwko przyczynie choroby i odpowiednim warunkom higienicznym i dyetycznym danego osobnika. 4) pierwsze

miejsce zawsze powinny mieć środki naturalne, drugie — środki farmaceutyczne.

W przypadkach neurastenii, zależnej od zmian krwi (niedokrwistości, blednicy), doskonale działają preparaty żelaza, zwłaszcza połączenia organiczne. Również dobrze działa arszenik wewnętrznie, lub podskórnie. W przypadkach niezwyklej senności w dzień przy jakiejś pracy umysłowej u osób inteligentnych przepracowanych, zdaniem autora, ma swoiste działanie kodeina w dawkach: trzy razy dziennie po 0,01. W cięższych przypadkach leczenie kodeiną rozciąga się na kilka tygodni; dawki powyższe stopniowo należy zwiększać i w chwili polepszenia się stanu chorego zmniejszać. Zazwyczaj objaw senności znika zupełnie. Autor przypisuje działanie kodeiny nie jej narkotycznym własnościom, gdyż morfina w tych razach nie przynosi ulgi, lecz temu, że działa ona na odżywianie mózgu i daje mu zupełny odpoczynek.

W każdym poszczególnym przypadku neurastenii należy dokładnie poznać codziennie życie chorego: zajęcia, odżywianie, rozrywki i należy je przedewszystkiem uregulować. Niewłaściwie bywa zalecaną neurastenikom praca fizyczna; przeciwnie, należy zalecić choremu spokój pod każdym względem, gdyż neurastenikami stają się najczęściej ludzie—z natury czynni, energiczni. Tylko ogólny odpoczynek układu nerwowego, dyetetyka ducha i ciała w kilka dni często znoszą niepokój, sprowadzający bezsenność, bicie serca, bóle głowy i inne uparte objawy. Nie należy nigdy zaniechać zastosowania łagodnej hydroterapii, kąpieli świetlnych, masażu, które znaczną przynoszą ulgę chorym. Kuracya wogóle powinna być bardzo urozmaicona, upartsze przypadki powinny być zawsze skierowane do specjalnych zakładów.

Z poszczególnych objawów należy zawsze zwalczać bezsenność. Z pomiędzy najrozmaitszych środków pierwsze miejsce należy dać środkom łagodniejszym, naturalnym. Chorym zaleca się powstrzymanie się od wszelkiej pracy umysłowej i fizycznej już od 7 godz. wiecz. (lekka literatura może być dozwolona, gimnastyka pod żadnym pozorem). Kolacya nie powinna być ani za mało, ani też za nadto obfita. Głód często bywa przyczyną bezsenności, wtedy koło godziny 10-ej szklanka mleka, lub 1 jajko daje choremu sen. Pokój sypialny powinien być dobrze przewietrzany i ciemny. Jeżeli chory nie może spać, nigdy nie powinien zapalać światła i brać się do czytania. Wieczorem zalecić obmywanie całego ciała wodą temperatury skóry, zrana — 22 — 24°. Punktualne wstawanie, najlepiej o $\frac{1}{2}$ do 8 należy do warunków wyleczenia się z bezsenności.

Z pomiędzy środków powodujących sen należy wymienić: kąpiel nóg w wodzie 40° w ciągu 5 minut z następczem obmywaniem wodą 25—20°; wilgotne zawijanie nóg (wilgotne skarpetki, a na nie suche wełniane, pozostawione na całą noc), wilgotne zawijania całego ciała; chłodne okłady na czoło. Do silniejszych środków należą: kąpiel 34° w ciągu 15—30 minut przed spaniem; galwanizacya głowy. Z wewnętrznych środków najpierw należy spróbować łagodniejszych: kro-

ple waleryanowe, laurowe. Laktofenina (1,0), kryofina (0,5), które są mniej szkodliwe, a mogą być wystarczającymi, i gdy te nie wystarczają, można przejść do właściwych nasennych, z pomiędzy których na pierwszym miejscu wymienić należy sulfonal i trional. W przypadkach świeżej bezsenności energiczne podawanie w dostatecznej dawce środków nasennych może uleczyć nawet samą neurastenię.

W dyskusyi Chełchowski opisuje neurastenię u koni wyścigowych, podaje jej objawy i leczenie.

A. Majewski.

V. O D C I N E K.

Prace komisji szpitalnej.

Wyciąg z raportu komisji wyznaczonej d. 6 marca 1900 r. do rozpatrzenia kwestyi poprawy szpitalnictwa w Warszawie:

Komisya składała się z następujących osób: prof. Kosińskiego, członka Rady miejskiej—jako przewodniczącego, oraz jako członków: naczelnika zakładów dobroczynnych rz. r. st. Ziłowa, inspektora szpitali Troickiego, członka Rady miejskiej Kronenberga, lekarza naczelnego szpitala S-go Rocha Małowa, rady prawnego Rady—adwokata Nowakowskiego i członków ekspertów: adwokata A. Suligowskiego i kandydata nauk przyrodniczych M. Ciemnińskiego.

W rozporządzeniu Rady miejskiej znajduje się 2400 etatowych łóżek szpitalnych (oprócz zakładów dla chorych umysłowych, utrzymywanych z osobnego podatku). Licząc ludność miasta na 690,000, wypada 1 łóżko na 287 mieszkańców, podczas, gdy niezbędne minimum powinno być 1:200, właściwie trzeba by przeto podnieść liczbę łóżek o 1100. Ponieważ jednak jest to niemożliwe przy obecnym stanie finansów, komisya widzi się zmuszoną do przyjęcia wyższego minimum 1:230 i żąda podniesienia liczby obecnych łóżek szpitalnych o 600.

Już dawniej komisya lekarska, której przewodniczył ochmistrz N. D. Turau, obradując nad potrzebami szpitalnictwa, przysłała do następujących wniosków:

1) Szpitale, tracąc (w następstwie podatku szpitalnego) charakter prywatnych zakładów dobroczynnych i stając się zakładami społecznymi—potrzebują podstawowej reorganizacji.

2) Nie odpowiadają one współczesnym wymaganiom ani pod względem terytoryalnym, ani konstrukcyjnym, ani co do urządzeń wewnętrznych.

3) Zwłaszcza domagają się tego szpitale: Wolski i Ś-go Rocha, które powinny być przeniesione z obecnie zajmowanych miejsc; w szpitalach zaś prazkim i wolskim należy przedsięwziąć obszerne roboty.

4) Inwentarz sal, pościel, odzież chorych nie odpowiadają ani potrzebom chorych, ani wymaganiom zdrowotnym; żywienie, usługa są niedostateczne; pomoc lekarska — wynagradzana nieodpowiednio nisko — znajduje się w warunkach nienormalnych.

4) Pomoc ambulatoryjna jest niedostateczna. Usunięcie głównych z tych braków oraz powiększenie liczby łóżek o 600 wymaga, według zdania obecnej komisji, wydatku jednorazowego 1,334,750 rubli 267,500 dla szpitala Prazkiego, który ma mieć 200 łóżek wewnętrznych i chirurgicznych, 15 dla nerwowych, 20 dla dzieci, 220 dla chorych chronicznych, razem 455), 350,000 dla szpitala Ś-go Rocha, który ma być przeniesiony i powiększony o 100 łóżek (15 dla nerwowych, 35 dla chirurgicznych, 20 dla wewnętrznych, 30 dla dzieci). 433,750 na rekonstrukcję i powiększenie szpitala Wolskiego o 245 łóżek: (20 dla nerwowych, 75 dla chirurgicznych, 150 dla wewnętrznych, 50 dla chorych chronicznych (w starym gmachu), razem 295 łóżek; 168,000 dla szpitala Ś-go Łazarza — na powiększenie go o 70 łóżek (30 dla wenerycznych mężczyzn, 40 dla nieuleczalnych rakowatych i wysypki nie weneryczne); 50,000 dla szpitala Ś-go Stanisława na budowę nowego oddziału (50 łóżek) dla dzieci chorych na wysypki zaraźliwe; 65,000 na wybudowanie w Mieni oddziału dla suchotników).

Koniecznym następstwem powiększenia liczby łóżek szpitalnych będzie i powiększenie rocznego wydatku na utrzymanie szpitali, który i tak wymaga podwyżki. W szpitalach zagranicznych utrzymanie dzienne chorego oblicza się na 2—2¹/₂ r., w szpitalach Moskwy i Petersburga na 1 rb. do 1,54. Komisya uważa, że w Warszawie należy za minimum przyjąć 1 rb. Wobec tego przy 3,000 łóżek, czyniących 1,095,000 dni szpitalnych, utrzymanie szpitali warszawskich kosztowałoby tyleż rubli rocznie. Od tej cyfry należy jednak odjąć 211,250 dni szpitalnych, wypadających na szpitale: Żydowski, Ewangielicki, Instytut oftalmiczny i szpital dziecięcy przy ul. Aleksandryi, które utrzymują się z własnych fundusów, — tak że na koszt Rady miejskiej pozostanie wydatek roczny 764,000 rb. Ponieważ Rada miejska nie rozporządza środkami ani na potrzeby organizacyi szpitali ani na ich utrzymanie w zwiększonych rozmiarach, przeto komisya proponuje następujące środki zaradcze:

1) Zwrócić się do Rządu o pożyczkę, która by mogła być pokryta przez podatek szpitalny.

2) W razie odmowy z tej strony: 1) zaciągnąć pożyczkę wewnętrzną z kapitałów, należących do szpitali, albo też sprzedać nieruchomości, będącą ich własnością np. Rakowiec. Folwark ten (własność szpitala Ś-go Rocha), który Magistrat chciał kupić na rzecz miasta za 1,200,000 rb., a za który osoby prywatne dawały 1¹/₂ miliona, został oceniony przez Towarzystwo kredytowe ziemskie na 2¹/₂ miliona. Kapitały wszystkich zakładów dobroczynnych, będą-

cych pod zarządem Rady miejskiej, wynoszą 2,221,717 rb. 82 kop. znajdują się one w oddziale warszawskim Banku Państwa, z tych to możnaby, po wykluczeniu funduszków specjalnych, zaciągnąć pożyczkę w ilości przeszło 1,600,000 rb.

Ponieważ oddzielne szpitale, jako jednostki prawne, posiadają prawa własności swych kapitałów, należałoby prosić Ministerjum, aby Rada miejska mogła poszczególnie określać, gdzie zostały zaciągnięte pożyczki, w jakiej wysokości, dla którego szpitala.

Niektóre szpitale posiadają swe własne kapitały, które można by użyć, zawsze jednak w charakterze pożyczki—a mianowicie:

Szp. S-go Ducha 65,000, Wolski 35,000, S-go Rocha 116,000 co czyni razem 216,000 rb. Gdyby okazało się możliwem przeniesienie szpitala S-go Rocha na terytorjum szpitala S-go Łazarza, to wskutek sprzedaży placu po pierwszym wpłynęło by około 200,000 rb. i tym sposobem Rada miejska miała by do rozporządzenia w dziale organizacyjnym projektu przeszło 400,000 rb., a w takim razie rozmiary pożyczki od Rządu zmalałyby do 934,750 rb.

Gdyby należało jednak uciec się do pożyczki wewnętrznej — to od pierwotnej sumy odpadałoby tylko 200,000 rb.

Obliczenia powiększenia liczby łóżek wraz z rozszerzeniem obecnych szpitali mają znaczenie realne tylko w tym razie, jeżeli Ministerjum spraw wewnętrznych uzna za możliwe zbudowanie szpitala S-go Rocha na terytorjum szpitala S-go Łazarza, a rozszerzenie szpitala Wolskiego na terytorjum należącym do fundacyi imienia Staszyca.

Kwestya ta przedstawia pewne zawikłania pod względem prawnym. Członkowie komisji pp. Nowakowski i Suligowski oświadczyli się kategorycznie przeciw projektowi, za nim—w charakterze dzierżawy 30 letniej z omówieniem warunków postępowania po upływie tego terminu przemawiał p. W. Kronenberg. Większość członków uznała możność postąpienia według zdania p. Kronenberga.

Co się tyczy stałych dochodów szpitali warszawskich to składają się one z następujących pozycji:

% od kapitałów — około	34,000
Zasiłek od Magistratu	75,000
Z nieruchomości, czynszów	69,000
Część 5 kop. podatku przypadająca szpitalom	32,000
Rublowy podatek szpitalny	200,000
Opłata za leczenie	100,000

Ponieważ jednak ostatni dochód upadnie zupełnie po wprowadzeniu ogólnego podatku szpitalnego, dochód nie przekroczy 410,000 rb. Suma ta zaledwie że pokrywa obecne wydatki na dzisiejszej ich stopie, a nawet bilans zostanie naruszony po otwarciu nowego szpitala Dz. Jezus, którego utrzymanie samo wymagać będzie o 50 tysięcy rb. rocznie więcej niż obecnie. Otóż na pokrycie już tej przewyżki Rada zakładów dobroczynnych nie ma środków. Tymczasem, według przewidywań komisji, rozchody muszą się zwiększyć o następujące pozycje:

1) na procenty i amortyzacją pożyczki 4% i 1¹/₂ od 1,134,750 rb.—w ciągu 33 lat—62,411 rb. 25 kop.

2) wskutek wzrostu zasiłków, jakie Rada zmuszoną będzie wypłacać szpitalom: Żydowskiemu, Ewangelickiemu, oftalmicznemu i dziecięcemu (razem 40,000) po wprowadzeniu ogólnego podatku szpitalnego 100,000 rb.

3) większy rozchód na utrzymanie chorych wskutek zwiększenia liczby łóżek o 600 i podniesienia się normy utrzymania do 1 rb. dziennie—763,750.

W sumie więc rozchód roczny podniesie się do 926,161 rubli, wobec czego deficyt roczny będzie przechodził pół miliona rubli.

Na pokrycie tych wydatków komisya proponuje przeprowadzenie drogą prawodawczą rozszerzenia obecnego podatku szpitalnego na wszystkie klasy ludności miasta, pozostawiając go na wysokości 1 rb. dla osób dziś już go opłacających, a proponując normę 2 rb. 25 kop. dla osób zamożniejszych.

Komisya motywuje ten projekt różnego rodzaju względami — filantropii, sprawiedliwości — a nawet pośrednich korzyści dla tych, co się w szpitalach leczyć nie myślą. Zresztą podatek szpitalny nie może być w żadnym razie uważany za opłatę za leczenie w szpitalu, a jest tylko niejako opłatą premii asekuracyjnej, dającej na wszelki wypadek prawo na możność zapisania się do szpitala.

Odliczywszy osoby małoletnie (do 17 r. życia) (245,700) oraz żony opłacających podatek rublowy (50,000) i osoby zupełnie biedne (5,000) — pozostanie 400,000 osób z 700,000 obecnej ludności Warszawy, z których połowa będzie opłacała podatek po 1 rb. rocznie, a druga po 2 rb. 25 kop., co po odciążeniu 50,000 rb. na niedobory, da 600,000 rb. czystego dochodu rocznie.

Ponieważ dochód z tego podatku nie wystarczy na całość potrzeb, komisya proponuje dalsze 2 źródła dochodu, a mianowicie: 1) wprowadzenie opłaty 40 kop. od osób przejezdnych, co może dać rocznie, na podstawie obliczeń policyi, do 40,000 rb. oraz 2) podniesienie opłaty dziennej za leczenie w szpitalach od osób pozamiejskich, z 30 do 50 kop. Ponieważ liczba takich osób wynosi do 20% ogółu leczących się, przeto spodziewany ztąd dochód wyniesie około 75,000 rb. Tym sposobem całość dochodu równać się będzie rocznie sumie 925,000 rb., przy której równowaga budżetowa szpitali może się utrzymywać.

Podając swój projekt, komisya zastrzega się, że zapobiega on tylko palącym potrzebom chwili obecnej, że niebawem Rada miejska będzie musiała znów obmyślać środki na dalsze powiększenie liczby łóżek szpitalnych. Dalej komisya zwraca uwagę na potrzebę schronisk i przytułków dla chorych nieuleczalnych i chronicznych, które by służyły jako konieczne dopełnienie szpitali i zabezpieczyły od przepelniania nieodpowiednimi chorymi.

Wreszcie komisya żąda zwrócenia większej uwagi na pomoc ambulatoryjną, której stan obecnie nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom, a na co Rada nie posiada żadnych środków. Obecnie Magistrat wyznacza na tę pomoc 2000 rb. rocznie, co na zasadzie

trzechletniego doświadczenia przy 200,000 porad rocznie—wynosi za ledwie 0,83 kop. na jedną poradę; tymczasem w Petersburgu—jedna porada kosztuje miasto 17,58 k., a w Odessie 14.77 k. Rada dobroczynności publicznej, zarządzająca obecnie samodzielnie wydziałem szpitalnictwa, znajduje się w tem położeniu, że nie może urządzić tego ważnego działu gospodarstwa społecznego odpowiednio do wymagań miasta, lecz zmuszoną jest redukować je do rozporządzalnych w danym czasie środków. Pod tym względem Magistrat nie poczuwa się do odpowiedniego współdziałania.

Wobec tego komisya uważa za konieczne zwrócić się do Ministeryum z prośbą o zobowiązanie Magistratu do wydawania odpowiednich środków na utrzymanie ambulatoryów, przytułków dla rodzących, schronisk oraz na asygnowanie sum nadzwyczajnych w razie epidemii.

Należałoby też do bezpośredniego i czynnego udziału w sprawie rozszerzenia pomocy szpitalnej w Warszawie wciągnąć miejscowych fabrykantów, którzy dla swych robotników obecnie korzystają ze szpitali ogólnych. Fabrykanci, zgodnie z wymaganiem istniejącego prawa, powinnyby wybudować specjalny szpital fabryczny na swój użytek, albo też utrzymywać odpowiednią (200 — 300) ilość łóżek w szpitalach miejskich.

Kończąc referat swój, komisya wyraża głębokie przekonanie, że w razie, gdyby postulaty jej, a chociażby nawet jeden (np. rozszerzenie podatku), nie zostały uwzględnione, szpitalnictwo powinno wraz z całym swym obecnym majątkiem, przejść pod zarząd Magistratu, inaczej na Radę miejską spadnie odpowiedzialność moralna wobec 700,000 mieszkańców Warszawy, ponieważ w najbliższej przyszłości środki jej na utrzymanie szpitali okażą się niewystarczającymi.

O. H.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Łódź, w marcu 1901 r.

W dniu 8 b. m. wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego panowało niezwykle ożywienie. Zgromadziło się 50 przeszło lekarzy, między którymi członkowie czynni Towarzystwa stanowili za ledwie $\frac{1}{3}$ część zebranych kolegów—gości. Na porządku dziennym stała kwestya reklamy lekarskiej w pismach peryodycznych polskich. Wybrana uprzednio komisya, do której prócz członków Towarzystwa zaproszeni zostali lekarze, stojący poza obrębem tej instytucyi, miała opracować projekt reformy ogłoszeń i wskazać granice, w których etyka lekarska może tolerować pomieszone ogłoszenia. Na przydyalnym miejscu zasiadł kol. Karol Jonsher, który w krótkich słowach zaznajomił obecnych z historją powstania projektu, zajęcia się bliżej sprawą ogłoszeń lekarzy w pismach polskich i zaznaczył, że primum movens w danym wypadku był znany okólnik p. Ministra spraw wewnętrznych do władz gu-

berniałnych lekarskich, dotyczący przepisów o cenzurze ogłoszeń lekarzy w gazetach. Po odczytaniu w mowie będącego reskryptu prezydujący oddaje głos kol. Sonnenbergowi, który odczytuje referat pod tytułem „Reklama lekarska w obliczu etyki stanowej“. W referacie tym podaje bliższe określenie reklamy lekarskiej: pod reklamą należy rozumieć inseraty, zamieszczane w pismach codziennych, jeżeli treścią ich jest wystawianie osoby ogłaszającej się ze strony jaknajlepszej, lub gdy mają na widoku zwracanie uwagi czytającego ogółu na kompetencję i uzdolnienie ogłaszającego się. Po przytoczeniu przykładów reklamy, Sonnenberg przechodzi do określenia pojęcia o ogłoszeniu: ogłoszenie zawiera jedynie nazwisko lekarza, specjalność, adres, oraz godziny przyjęcia. Niezawsze jednak można przeprowadzić granicę pomiędzy reklamą, a ogłoszeniem, ogłoszenie bowiem, jeżeli się zbyt często powtarza, lub zbyt jaskrawo rzuca się w oczy, przeistacza się w reklamę. Reklamowanie się lekarzy uchybia powadze stanu, ponieważ staje się powodem nieporozumień między tymi lekarzami, którzy się posługują reklamą, a tymi, którzy się nie reklamują. Nieporozumienia znów, oraz brak wzajemnego szacunku pomiędzy członkami jednego zawodu budzą w pojęciu ogółu poczucie niedoskonałości korporacji lekarskiej. Pod względem reklamy lekarskiej Łódź nie stanowi wyjątku; reklama zapuszcza swe korzenie i na warszawskim gruncie, butną jest ona w większych miastach Cesarstwa, a co się tyczy zagranicy, to tam rozpanoszyła się ona najbardziej. Omówiwszy w dalszym ciągu zachowanie się prasy lekarskiej, oraz instytucji lekarskich w obec reklamy u nas, w Cesarstwie i zagranicą, Sonnenberg przytoczył najważniejsze argumenty, jakimi zasłaniają swe postępowanie zwolennicy reklamy. W zakończeniu referatu autor zaznacza, że opracowany przez komisję z grona lekarzy łódzkich regulamin nie ma na widoku rozwiązania będącego w mowie problematu, lecz stanowi jedynie kompromis na rzecz uporządkowania obecnego stanu rzeczy i wytworzenia bardziej znośnych stosunków.

Po odczytaniu regulaminu przez prezydującego wywiązała się bardzo ożywiona dyskusja, trwająca przeszło 2 godziny, która w rezultacie doprowadziła do zaakceptowania wszystkich punktów regulaminu z małemi bardzo zmianami. W ostatecznej formie brzmi on jak następuje:

Przepisy o ogłoszeniach lekarskich w prasie codziennej.

W projektowanym powyżej regulaminie uwzględniamy 4 punkty, a mianowicie: treść ogłoszenia, jego formę, miejsce i częstotliwość.

A) *Co do treści.* Ogłoszenie może zawierać: 1) nazwisko ogłaszającego się z dodatkiem Dr.; 2) specjalność; 3) godziny przyjęć; 4) adres; 5) wyrazy: wyjechał, powrócił, przeprowadził się. Ogłoszenie nie powinno zawierać wzmianki o: 1) ordynaturze, asystenturach, studiach w klinikach, stopniach naukowych zagranicznych i t. p.; 2) o miejscu, ani o celu, w jakim lekarz wyjechał, lub zkad wrócił np. „wyjechał zagranicę dla studyów“ i t. d.; 3) o zabiegach leczenia, w rodzaju masaży, elektryczności, hypnotyzmu...

B) *Co do formy.* Ogłoszenie powinno być drukowane nie

zbyt dużymi literami, bez ramek, rączek, wykrzykników i t. p. Ogłoszenie nie powinno zabierać dużo miejsca.

C) *Co do miejsca.* Ogłoszenie nie powinno się mieścić na pierwszej stronie gazet i wogóle przed tekstem.

D) *Co do częstości.* 1) Nowoprzybyli lekarze ogłaszać się mogą w ciągu 1 roku bez ograniczenia liczby ogłoszeń; 2) innym zaś lekarzom ogłaszać się wolno nie częściej, niż 2 razy na tydzień; 3) ogłoszenia o wyjeździe, powrocie lub zmianie mieszkania mogą być umieszczane 10 razy w dowolnych odstępach czasu. Uwaga 1. Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p. podlegają ogólnym przepisom z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniach nie były wymieniane adresy lekarzy. Uwaga 2. Reklamowanie własnych książek i t. d. nie powinno mieć miejsca.

Sekretarz Towarzystwa Lekarskiego informuje nowoprzybyłych do Łodzi lekarzy o przepisach, dotyczących się ogłoszeń. Wyłamujący się z pod niniejszego regulaminu naraża się na zakłócenie towarzyskiego stosunku swego do ogółu lekarzy.

Posiedzenie skończono o godzinie 12^{1/2} w nocy wyborem komisji kontrolującej nad ogłoszeniami, która w końcu roku obowiązana będzie złożyć sprawozdanie ze swej czynności.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1-go Kwietnia 1901 r.

(z) Krótka wzmianka nasza o działalności Towarzystwa higienicznego wywołała wrażenie w sferach odnośnych, jedni występowali przeciw niej, inni zaznaczali potrzebę ostrego wystąpienia przeciw pewnej ospałości. Nie chodziło nam bynajmniej o osoby, ale o rzecz samą w notatce. Jeżeli zbyt ostro wypadło nasze „caveant consules“, jeżeli nie w ocukrzonyj podane zostało pigułce, to chyba tylko na karb chęci osiągnięcia jaknajlepszego skutku można to położyć. Chcemy usilnie, aby Towarzystwo rozwijało się normalnie, aby jego działalność *praktyczna* jaknajrychlej odczuć się dała w naszym społeczeństwie, lekceważącym zasady nauki o zdrowiu, pragniemy widzieć Towarzystwo to na szczycie działalności co najrychlej i tem się tłumaczy nasza niecierpliwość i nasze utyskiwania na powolność roboty. Z naszego punktu widzenia, wszystko nam jedno *kto* robi, ale pragniemy aby *coś* robił, a to *coś* w naszym rozumieniu rzeczy nie zawiera się w rozprawach teoretycznych, które winny być starannie usuwane z toku obrad, a w działalności praktycznej.

Zadano nam pytanie, czego wymagamy od Towarzystwa. Przedewszystkiem na teraz 3 rzeczy: tworzenia instytucji związanych ze zdrowiem ogółu, badań nad zdrowotnością wogóle i popularyzowania nauki o zdrowiu.

Te 3 punkty, jak dotąd, nie mogły być wypełnione; sanatorium dla suchotników, zainicyowane przez Towarzystwo, zebrało około 40000 rb., podczas gdy autor projektu żąda 300000, nie otrzyma ich tak prędko, a nie chce ograniczyć się do sumy niższej; naszym zdaniem szybciej, rzecz cała by poszła, gdyby na początek zaczęto od małego, ale stworzono już coś, co by przemawiało nie tylko do uszu, ale i do oczu publiczności, niezmiernie wrażliwej i chętnej do ofiar na instytucje, które działalność swą już rozpoczęły. Jest to jedyna dotąd instytucja, której projekt wyszedł z łona Towarzystwa, instytut bowiem Lenwala i ogródki dziecięce to projekty ofiarodawców, przekazane Towarzystwu.

Co się tyczy punktu 2-go, tak wiele tematów poruszano no różnych wydziałach, tyle podano projektów, że wystarczyło by ich na lat dziesiątki, ale niewiele zgromadzono materiału faktycznego, co gorzej panuje pewna chaotyczność w doborze prac i tematów.

Są różne na program poglądy, jedni chcą punkt ciężkości przenieść do wydziałów, zostawiając im zupełną dowolność działania, inni radzi by mieć organ, który by ześrodkowywał w sobie prace Towarzystwa i nadawał mu kierunek jednolity. Sądzę, że w interesie instytucji leży aby corychlej zwyciężył drugi pogląd, przez co działalność nabierze sprężystości pewnej i szerszego objęcia potrzeb.

Takim czynnikiem winna być Rada Towarzystwa wraz z prezesami wydziałów. Tam przedewszystkiem powinny być omawiane sprawy najpilniejsze i ztamtąd dopiero przekazywane wydziałom odpowiednim do opracowania. W wydziale znów przewodniczący winien znać skład członków i referaty powierzać członkom najbardziej w danym kierunku odpowiednim. Referat opracowany, i przedyskutowany w ostatecznej formie, wracał by do Rady Towarzystwa, która nadawała by sprawie podjętej odpowiedni kierunek. Nie wyklucza to wcale inicjatywy członków Towarzystwa, ale przedewszystkiem w imię jednolitości działania dawać pierwszeństwo należy sprawom pilnym, bardziej potrzebnym przed przelotnymi uwagami pojedynczych członków.

Tego chcielibyśmy właśnie w Towarzystwie, w tym kierunku pragnęlibyśmy widzieć rozwiniętą jego działalność i dla tego chcielibyśmy widzieć na czele instytucji nie tylko ludzi znanych ze swej zaćności, ze swych zalet towarzyskich, ale ludzi z inicjatywą i czynnych, zdolnych do podjęcia tego, przyznamy, nie łatwego zadania.

Pozostaje 3-ci punkt działalności Towarzystwa: popularyzacja higieny.

Najważniejszą część zadania w tym kierunku spełnia Towarzystwo przez wydawanie znacznym nakładem czasopisma higienicznego *Zdrowie*, które, przynależny, dzięki hojnej ręce Towarzystwa wzbogaciło się w treść znacznie.

Nie jest to jednak zadanie całkowite, żywe słowo ważniejsze nieraz ma znaczenie niż martwa litera—jest rzeczą nieodzowną urządzanie odczytów popularnych z rozmaitych działów higieny; jak przekonał cykl 1-szy, prelegentów nie zbraknie, ale odczyty muszą być systematycznie ułożone i *tanie*, gdyż nie o zysk z nich chodzić powinno, ale o zdobycie jaknajwiększej liczby słuchaczy.

I tu trzeba ręki kierowniczej, która by plan cały utworzyła i przeprowadzała konsekwentnie. Odczytów takich nie zastąpią weale obrady na wydziałach, odbywane w szczupłym gronie specjalistów, odczyty muszą być opracowane odrębnie i raz jeszcze powtarzam, ujęte w pewną całość systematyczną.

I tu więc ręki silnej potrzeba, aby inicjatywą i systematycznością górowała nad zadaniem.

Wypełniając trzy te na początek punkty, Towarzystwo stanie w istocie pożyteczną i niezbędną w społeczeństwie instytucją jako *inicjator* zakładów higienicznych, *badacz* stosunków higienicznych w kraju i *propagator* nauki o zdrowiu w czynie, słowie i druku.

—z.— W *Kuryerze Warszawskim* opisano niedawno postępek jednego z kolegów który jakoby wzbraniał się udzielić porady choremu koledze, będąc w miejscu jego zamieszkania i dopiero z drogi zawrócił, aby w ciągu paru sekund załatwić się z nim i odjechać. Powtarzając ten fakt już wtedy zazneczaliśmy wątpliwości, jakie artykuł ten, pisany na zasadzie listu lekarza, nastroczał. Obecnie ze strony interesowanego kolegi otrzymaliśmy wyjaśnienia, przedstawiające fakt nieco odmiennie, co gwoli prawdzie zaznaczamy. Kolega ten w drodze powrotnej od chorego zatrzymał się u jednego z kolegów w Ciechanowcu. Tu przebył 1½ godziny dla narady; dopiero w chwili gdy miał wyjechać, (pozostało mu zaledwie 1½ godziny na przebycie 17 w. od kolei) został wezwany do chorego kolegi. Chwilę trwał tylko namysł, weale nie zawracał z drogi i natychmiast przybył do chorego. Tu zalecił mu po zbadaniu odpowiednie leczenie wskazał mu adres domu zdrowia w Warszawie oraz przyrzekł dalszą opiekę w Warszawie. Zebrało mu to czasu około 20 minut, a nie parę sekund, jak pisze autor listu do „Kuryera“, tak że o mało nie spóźnił się na pociąg.

Dodajmy, że kolega, o którego idzie dotąd spieszył zawsze lekarzom z bezinteresowną pomocą.

Drukując wyjaśnienie powyższe, zapytujemy, jaki interes miał autor listu do Kuryera w mylnym przedstawieniu sprawy?

—z.— Z powodu odpowiedzi umieszczonej w Z V Kroniki otrzymujemy ze źródła kompetentnego wyjaśnienie, że sprawą fotografii zbiorowej na Zjeździe lekarskim zajmował się dr. M. Śliwiński (Mikołajska 4) samodzielnie, do niego więc zwracać się bezpośrednio należy w kwestyi fotografii. Z tego również źródła otrzymujemy wyjaśnienie, że fotografie są już gotowe i że rozsyłką zajmie się dr. M. Śliwiński w najkrótszym czasie; fotograf tłumaczy nieodpisywanie listów nawałem korespondencji. Zawiadamiając o tem kolegów interesowanych z przyjemnością zaznaczamy, że krótka nasza odpowiedź wywołała wyjaśnienie tej sprawy.

—h— Ważne znaczenie, jakie posiada kwas węglowy w leczeniu, coraz więcej podkreślany dobroczynny wpływ kąpeli mineralnych bogatych w ten gaz—w chorobach nerwowych i układu krążenia—stały się niemałym bodźcem dla techników, aby sztuką udostępnić użycie lecznicze tego środka na szerszą skalę i uczynić je niezależnym od czasu i miejsca.

Próby nasycania wody kwasem węglowym w wannach odpowiednimi ciałami chemicznymi miały tę niedogodność, że nie pozwalały na umiarkowanie nasycenia, za silne na początku i szybko słabnące. Dopiero rozwój techniki otrzymywania kwasu węglowego w stanie ciekłym wprowadził te uściłowania na właściwe tory, dające możność rywalizowania z naturą, z tą przytem wyższością, iż pozwala na dowolne, odpowiednie wskazaniom lekarskim, normowanie ilości i siły działania kwasu węglowego.

Dzięki doskonałości obecnych aparatów, kąpiele gazowe sztuczne spotykamy już w wielu większych miastach niemieckich. Jak się dowiadujemy, doczekało się ich i nasze miasto dzięki przedsiębiorczości biura technicznego pp. inżynierów Włodarkiewicza i Siekluckiego, którzy w tych dniach otworzyli urządzone przez siebie kąpiele gazowe w zakładzie kąpielowym przy ul. Książęcej № 4.

Jak wykazują rozbiory wody sztucznie nasyconej kwasem węglowym przez zastosowane tu przyrządy,—ilość tego gazu przy ciepłocie 26° R. dochodzi do 1822—2150 c. sz. na 1 litr wody; przewyższa to najbogatsze znane wody gazowe jak Kissingen, Cudowa, a nawet Nauheim i Oeynhausien. Uznanie, jakim cieszą się kąpiele gazowe sztuczne wśród lekarzy zagranicą—znajdzie niezawodnie echo wśród naszych kolegów, którzy w kąpielach tych otrzymują do ręki skuteczny, wypróbowany środek leczniczy, jakiego dotąd nie byli w stanie zastosować na miejscu.

Pozwolimy sobie zwrócić tu uwagę na to, że zastosowanie (zupełnie możliwe—technicznie) systemu nasycania wody kwasem węglowym w Ciechocinku—mogłoby tę miejscowość leczniczą podnieść odrazu do poziomu Nauheimu, tyle dziś modnego, i zatrzymać w kraju niemałą ilość chorych, wysyłanych tam według utartego szematu.

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy.

Dziwnie, zaiste, dzieje się wśród lekarzy naszych!...

Tak zapewne pomyśli każdy, komu wpadnie do ręki świeżo wyszłe z druku pierwsze sprawozdanie zarządu Warszawskiej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy za rok 1900. Kasa liczy zaledwie 115 uczestników: 69 w Warszawie, 46 na prowincyi. Jest to, co prawda, pierwszy rok istnienia instytucyi, ale, bądź co bądź, nawet na pierwszy rok liczba uczestników zbyt mała.

Czy to brak poczucia solidarności, czy zawsze bezpieczne jutro, czy jakie inne względy kierują nami, przysądzać trudno. Fakt pozostaje faktem, iż kasa samopomocy ma zbyt mało członków; tem to ciekawsze, iż jesteśmy z tej samej gliny ulepieni, co literaci, artyści, adwokaci, urzędnicy, rzemieślnicy i inni; wszystkie te korporacje mają swe kasy i kasy te rozwijają się szybko i znajdują poparcie wśród swoich. Dla czegożby pod tym względem mieli stanowić wyjątek lekarze?

Zdawałoby się, iż tam, gdzie chodzi o dobro ogólne, winno się

coś poświęcić nawet ze swych osobistych przekonań, a może i uprzedzeń. Zapewne nie jest to świetnym interesem finansowym być uczestnikiem kasy, która nie daje wielkich odsetek, lecz z drugiej strony kasa samopomocy zmusza poniekąd do robienia pewnych chociażby drobnych oszczędności i pozwala korzystać z łatwego i taniego kredytu; ze względu chociażby na te ostatnie przysługi należy się naszej młodej instytucji poparcie...

Sądzić by można, iż tylko brak czasu, gorączkowy żywot, jaki zwykle wiecie każdy lekarz, często ciężkie warunki bytu mogą tylko usprawiedliwić tych kolegów, którzy nie wpisali się dotąd w poczet uczestników kasy oszczędnościowo-pożyczkowej lekarzy. Ztąd też należy się spodziewać, iż tych słów kilka nie będzie głosem wołającym na puszczy.

S. C.

* * *

Artykułik powyższy uzupełniamy cyframi poczerpniętymi ze sprawozdania kasy za r. 1900 oraz sprawozdaniem z zebrania ogólnego, które odbyło się 22 b. m. wobec 28 członków kasy.

Ze sprawozdania dowiadujemy się, że kasa liczy 69 członków z Warszawy, 46 z prowincyi, z nich 51 wnosi po 3 rb. miesięcznie, 1 po 4 rb., 44 po 5 rb., 2 po 6 rb., 1 po 8 rb., 14 po 10 rb. i 2 po 15 rb. Z tego źródła wpłynęło 5452 rb. w r. 1900, z 19 rublowych wkładów jednorazowych wpłynęło 1036 rb., z funduszu na koszty organizacyjne po rb. 2 od członka rb. 222 *). Pożyczek udzielono 10 zwykłych na sumę 594 rb. k. 29, pod zastaw papierów 8 na sumę 1550. Procentów od pożyczek wpłynęło 58 rb. 50 kop. Kassa posiada majątku 7150 rb. 24 kop. Koszty administracyjno-organizacyjne rozłożono na lat 10.

Zebranie ogólne pod przewodnictwem kol. Jana Wojciechowskiego, przy asesorach kol. A. Żurakowskim i Lublinerze oraz przy sekretarzu kol. Wisłockim zatwierdziło sprawozdanie, a nadto uchwaliło proponowany przez Zarząd budżet na r. 1902, który przewiduje 197 rb. 51 kop. czystego zysku, czyli około 2% od wkładu członków po pokryciu kosztów administracji i amortyzacji.

W końcu do Zarządu wybrano: kol. W. Kosmowskiego (prezes), J. Zawadzkiego (wiceprezes), E. Flatau (sekretarz), O. Hewelke, J. Jaworskiego jako członków, Rzeczniewskiego i Kurellę jako zastępców. Do komisji rewizyjnej K. Sierpińskiego, K. Wisłockiego i H. Kucharzewskiego, wszystkich ponownie.

Z M A R L I

— Dr. Władysław Charytański w Kałuszynie (gub. Warszawskiej) d. 1 marca przeżywszy lat 34.

Dr. Wł. Krajewski w Petersburgu. Zmarły był znanym lekarzem praktykiem i założycielem klubu atletów w Petersburgu.

*) Wpis na kandydata w r. 1901 wynosić będzie rb. 3.

Nadesłano do Redakcyi.

(z) Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der practischen Medicin, wydawane przez D-ra J. Müller i prof. Otto Seifert. Są to pojedyncze zeszyty, które będą zawierać w sobie najważniejsze zagadnienia z medycyny praktycznej. Rocznie ma wychodzić 12 zeszytów. Cena 7 m. 50 f. rocznie. Dotąd wyszły:

1) D-r Otto Seifert: *Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel.*

W 2 arkuszowej tej broszurze autor umieszcza nowe środki dzieląc je na grupy: 1) antipyretica, antirheumatica, antineuralgica 2) hypnotica, anaesthetica, nervina, 3) antitussica, 4) cardiaca, 5) środki działające na żołądek i kiszki, 6) na pęcherz, 7) na skórę, 8) przeciwgruźlicze, 9) różne.

Środki ułożono alfabetycznie. Przy każdym przytacza autor działanie uboczne obok swoistego na zasadzie ogłoszonych badań klinicznych, przy końcu zaś każdej grupy streszcza ważniejsze objawy.

Rzecz dla lekarzy praktyków nader cenna i godna polecenia.

2) D-r Johann Müller: *Die Dallensteinkrankheit und ihre Behandlung.*

Krótkie na 2 $\frac{1}{2}$ arkuszu streszczenie pojęć obecnych o kamicy żółciowej, w którym autor uwzględnia najnowsze w tym kierunku badania, oraz wskazania do leczenia zarówno wewnętrznego jak i chirurgicznego, zestawiając przy tem ostatnie wyniki, zebrane co do pomocy chirurgicznej przez Kehra.

Broszurę tę zalecić można każdemu, gdyż ściśle zapoznaje ze stanem obecnym kwestyi omawianej.

3) D-r A. Hoffa: *Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation.* (Rzecz ta będzie streszczona w dziale referatów).

4) D-r Sobotta *Neuere Ausehauungen über die Entstehung der Doppelnis. bildungen mit besonderer Berücksichtingen der menschlichen Zwisllingsgeburten.* (Rzecz będzie streszczona w dziale referatów).

5) D-r W. Weygandt. *Die Behandlung der Neuraethenie.*

W krótkiej (2 $\frac{1}{2}$ arkusza) broszurze autor rozpatruje nie tylko leczenie, ale wychodząc z zasady: qui bene diagnoscit bene curat, poprzedza leczenie krótkim rozpoznaniem różniczkowem neurastenii, biorąc pod uwagę cierpienia organiczne, przemiany materyi, zatrucia, choroby nerwowe i umysłowe. Rozpatrując następnie plan leczenia neurastenii, stara się indywidualizować je, ostrzegając przed szematycznym stosowaniem przytaczanych w broszurze metod. Stosowanie dyetetyki, elektryzacyi, kąpieli, leków, kończy tę broszurę. Nie zapomniał również W. o zapobiegawczem leczeniu, któremu kilka uwag poświęca.

(z) Dr. L. K. Gliński. *Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle.* Odbitka z Przeglądu Lek. 1901 r.

W krótkiej tej pracy autor, podając literaturę omawianego w nagłó-wku przedmiotu, opisuje przypadek trzustki dodatkowej znalezionej u 24 letniej kobiety w górno-tylnej części żołądka. Na zasadzie danych zebranych przez siebie z piśmiennictwa dochodzi do wniosku, że wady rozwojowe trzustki u człowieka odtwarzają stan prawidłowy u zwierząt, że w stanie prawidłowym mamy 3—4 zawiązków pierwotnych tego narządu, oraz że niekiedy trzustki dodatkowe dają powód do tworzenia uchyłków w je-litach.

(z) Dr. A. Hołowko. *Ein Beitrag zur Embryotomie mit dem Sichelmesser*. Odb. z St.-Petersb. Med. Woch. 1900 r.

Autor podaje 3 przypadki embryotomii, operowane przez siebie za pomocą noża sierpowatego, wprowadzonego przez prof. Küstnera i zaznacza, że wyniki miał dobre.

—z.— Dr. L. E. Bregman. *Zur Klinik der Akromegalie*. Odb. z Deut. Ztsch. f. Nerweilck. IXVII.

Autor rozpatruje obszernie obserwowany przez siebie przypadek akromegalii wyróżniający się brakiem objawów guza mózgowia i przydatku glikozuryą i zapaleniem siatkówki, wyraźną atrofią po-łowy języka i mięśni supra et in traspinatus, lekkim porażeniem lewej połowy ciała z nieznacznymi zaburzeniami czucia wreszcie wypadaniem włosów z lewej połowy głowy.

—z.— Dr. L. E. Bregman. *Ueber die elektrische Entartungs reaction d. m. lev. palp. sup. etc.* odb. z Neur. Centralbl. 1900).

Autor przytacza tu dwa przypadki, z których jeden przedsta-wił w Tow. lekarskim (28XI 1899 r.) drugi w szpitalu żydowskim 31/III r. z.

(z) Dr. L. E. Bregman. *Acute retrobulbäre Neuritis und Hysterie*. Odb. z Wien. Med. Woch. 1900.

Autor podaje nader ciekawe spostrzeżenia własne i stara się oświe-tlić ciemną tę kwestję.

(z) Dr. S. Sterling. *Variola und Pththisis*. Odb. z Zeitsch. für Tuberculose I. 4, 1900.

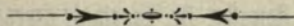
Autor na zasadzie swoich wniosków potwierdza wypowiedziane przez Landouzy'go w r. 1888 zdanie, że ospa jest czynnikiem usposabia-jącym do suchot płucnych.

(z) Dr. Sterling. *Z oddziału dla chorych piersiowych*. Spra-wozdanie za r. 1899—1900. Łódź 1901.

Jest to zestawienie statystyczne danych oddziału przy szpitalu małż. Poznańskich w Łodzi.

(z) P. Weigeldt. *Jak się mamy żywić*. Tłom. Gustaw Chwat-Czyński, Warszawa 1901. Cena 40 kop.

Jest to popularny wykład z dyetetyki, przeznaczony dla szerszej pu-bliczności i streszczający ogólne zasady o żywieniu. Szkoda, że tłumacz nie uwzględnił naszych cen targowych, o wiele by to było korzystniejsze dla naszych czytelników.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O leczeniu zwiężeń cewki moczowej—Dr. Adam Mincer—str. 281.
- II. Błonia u dziecka dwumiesięcznego—Dr. Ludwik Rabek—str. 289.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

98. M. Id. Faure — O bólach piersiowych podczas zapalenia żołądka — str. 294. 99. R. Lépine—Wpływ opium na żołądek str.—296. 100. Funck—Czynnik etyologiczny ospy naturalnej i wietrznej — str. 297. 101. Dr. L. Danegger — Badania doświadczalne nad lignosulfitem z uwzględnieniem wartości jego przy leczeniu gruźlicy — str. 298.

II. Choroby nerwowe.

102. Henne — Rany postrzałowe z broni szwajcarskiej—str. 300. 103. Jeremias — Zdolność zarobkowania w nerwicach urazowych i nieurazowych — str. 301. 104. Lui—Alkoholizm i dziedziczność—str 301. 105. Bechterew — Ostre zaburzenia ruchowe pod postacią bezwładu mózdkowego—str. 302. 106. Claus—O hedonalu—str. 302.

III . Wiadomości pomniejsze — 107—111 — str. 304.

IV. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie — str. 304.

V. Odcinek — Prace komisji szpitalnej — str. 309.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ List z Łodzi — str. 313.

Kronika bieżąca — str. 315.

Zmarli — str. 319.

Nadesłano do Redakcyi — str. 320.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Марта 1901 года.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy, a w tym celu do N-ru bieżącego dołącza blankiet na odnośną deklarację. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszu Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników, oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz, niestety, i samych lekarzy złożonych chorobą i niebędących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przede wszystkim — sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że zczasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezmniejszaniu się funduszu podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie, niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa dn. 6 Marca 1901 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia.

Dr. M. Jakowski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych

ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Bacewicza udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamężnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takich — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rub. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

Dr. M. Jakowski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych

podaje do wiadomości, że w dniu 21 Kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii Sokolowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie Rub. 200, — ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała № 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 1 Kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń, 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacji kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielone są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego przy Rządach Gubernialnych w kraju tu-tejszym. (Niecała) 7 lub w biurach pp. Inspektorów lekarskich.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

Dr. M. Jakowski.



Fosfatyna Faliera.

Przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia.

Sprzedaż u Ludwika Spiessa i Syna, Mrozowskiego i innych składach aptecznych.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).

PERTUSSIN Extract. Thymisaccharat. Taeschner.

Nieszkodliwy, pewno działający środek.

Sprowadzać można w butelkach zawierających około 250 gr. za pośrednictwem każdej apteki.

Literatura: porów. dodatek therapeut. № 7 D. med. Wochenschr. № 27 (98); № 56 A. M. C. Z. (99); № 29 A. B. C. (99); № 17 Wiener-Med. Bl. (1900).

Wyrabia się w Kommandanten - Apotheke
E. TAESCHNER.

*BERLIN C. 19. Seydelstrasse 16. Skład główny na
Królestwo Polskie i Zachodnią Rosyę.*

Aptekarz **H. BIERTÜMPFEL,**
Warszawa, Marszałkowska № 133.