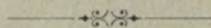


Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od Redakcyi i Wydawców.



W roku bieżącym upływa 25 lat od chwili wyjścia pierwszego zeszytu naszego pisma.

W ciągu ubiegłych lat 24 staraliśmy się zawsze pracować uczciwie na polu nauki lekarskiej i wzbogacać piśmiennictwo nasze zdrowemi ziarnami, zwracając zawsze uwagę na czystość języka, który przekazać następcom jest naszym bezwzględny obowiązkim.

Nie zamierzamy tu kreślić historyi naszego pisma, uczynimy to w końcu roku, dziś tylko zaznaczymy, że pismo nasze zawsze skupiało około siebie siły młode, wybitne, które w dalszej swej działalności nie zawiodły nadziei.

Z łamów pisma naszego przemawiali tylko ci, których ożywiała zawsze miłość szczerą dla nauki i cześć głęboką dla piśmiennictwa ojczystego.

Pismo nasze, acz sprawozdawcze w zasadzie, umieściło w ciągu 24 lat swego istnienia cały szereg prac oryginalnych, wnoszących często do nauki nowe przyczynki. Pozatem staraliśmy się, o ile możność starczyła, stać na wysokości wiedzy społecznej i informować czytelników o ruchu naukowym po za granicami kraju naszego.

Nie odwracaliśmy też oczu od spraw społeczno-lekarskich, owszem pilną na nie zwracaliśmy uwagę, niektóre z poruszonych przez nas projektów zdołaliśmy wprowadzić w życie,

że wspomnimy o kasie pożyczkowo-oszczędnościowej i pogrzebowej, a jeżeli artykuły w tym dziale nie zawsze chwaliły, ale brzmiały niekiedy oburzeniem lub skargą, zawsze jednak owiane były poczuciem godności naszego stanu i przekonaniem o słuszności sprawy bronionej.

To też, wkraczając w 25-lecie naszej działalności, z pewnego rodzaju dumą spojrzeć możemy po za siebie i z otuchą przed siebie. Działalność przeszłą oceni historia, a oceniać będzie nie według osobistych uprzedzeń, ale bezstronnie, czas bowiem wygładza różnice zdań i poglądów i niweluje wiele pojęć. Z ufnością spoglądamy w przyszłość, która może łatwiejsze dać pole do pracy na niwie naukowej. W każdym zaś razie w najbliższej przyszłości trzymać się będziemy programu dotychczasowego i iść w ściśle zakreślonym kierunku

»Kronikę Lekarską« i nadal wydawać będziemy w tym samym zakresie, mając nadzieję, że dawni nasi czytelnicy, rzuciwszy okiem wstecz, dokładnie znają nasz program, nowi zaś zechcą uwierzyć nam, że pracujemy bez żadnych korzyści materialnych, jedynie tylko w tym celu, aby piśmiennictwo lekarskie polskie utrzymać na poziomie współczesnej nauki i prace poprzedników przekazać następcom.

W roku jubileuszowym postaraliśmy się o **premium dla stałych naszych przedpłacicieli**. Wszyscy ci, którzy opłacają «Kronikę Lekarską» za cały rok przed 1 lipca 1904 roku, otrzymają w końcu roku dzieło docenta Wszechnicy lwowskiej d-ra M. W. Moraczewskiego p. n. „**Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych (badanie śliny, soku żołądkowego, kału, moczu, krwi i narządów ustroju)**« **bezpłatnie**. Ci, którzy wniosą opłatę po tym terminie, nabywać będą mogli dzieło za cenę zniżoną.

W ten sposób zamierzamy święcić rok jubileuszowy, sądzimy, że sposób to najlepszy — obdarzenia czytelników pisma pamiątką trwałą roku jubileuszowego.

Z nadzieją, że czytelnicy nasi ocenią skromne nasze usiłowania, wkraczamy w nowy rok ciężkiej i zmuśnej pracy.

Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych.

Napisał

Dr. Jan Andrzejewski (34fy).

Badając podkład anatomo-fizyologiczny oraz patogenezę przejawów klinicznych zatrucia zimniczego w miejscowościach, w których zimnica panuje nagminnie i daje nieskończenie różnorodne obrazy kliniczne, dochodzi się niechybnie do wniosku, że cała ta różnorodność zjawisk da się sprowadzić do dwóch całkiem odrębnych kategorii. Do jednej z nich należeć będą te sprawy chorobowe, w których zatrucie zimnicze ustroju objawia się wyłącznie *zaburzeniami w wytwarzaniu i regulowaniu ciepła ustroju*. Najczęściej (jakkolwiek nie wyłącznie) zaburzenia te znajdują swój wyraz w »*hypertermii*«¹⁾ zimniczej i wtedy towarzyszą im objawy kliniczne oraz zmiany anatomiczne, właściwe chorobowemu podniesieniu ciepłoty, *jako takiemu*.

Do kategorii drugiej należą te przypadki, w których zatrucie zimnicze przejawia się nie zaburzeniami ciepłoty, a jedynie *zaburzeniami miejscowego krwioobrotu w tych lub owych narządach i tkankach*; mówiąc dokładniej — *zaburzeniami funkcyj fizyologicznych, a następnie i zmianami organicznymi w tych częściach układu krwionośnego, które stanowią podstawę anatomo-fizyologiczną miejscowych obiegów krwi, t. j. w drobnych tętnicach i naczyńkach włosowatych*. Przebieg procesów termicznych ustroju pozostaje przytem prawidłowym, o ile, naturalnie nie brać pod uwagę tych przypadków, w których mniejsze lub większe podniesienie ciepłoty zależy od wtórnych zabu-

¹⁾ Jak wiadomo, zaburzenia te przejawiać się również mogą nie pod postacią »*hypertermii*«, a przeciwnie — pod postacią stopniowego obniżenia ciepłoty ciała, po większej części usque ad mortem.

rzeń w odżywianiu narządów i tkanek na tle zimniczych zmian krwiobiegu.

Te dwa kardynalne przejawy zatrucia zimniczego ustroju (mające swoją, głębszą jeszcze, podstawę patogenetyczną w ustroju) stanowią punkt wyjścia dla *wszystkich* innych, tak różnorodnych klinicznie i anatomicznie, przejawów zimnicy¹⁾. *Wiktając się wzajemnie*, obie te postaci zatrucia zimniczego mogą być spostrzegane razem i jednocześnie, lecz równie często spostrzegamy je osobno, niezależnie jedną od drugiej, jako: 1) swoistą *postać zimnicy termiczną* i 2) jako odrębną postać zimnicy, cechującą się *zaburzeniami naczyńiowemi*. Konkretnie fakty kliniczne, na których opieram powyższe wnioski ogólnopatologiczne, ogłaszałem w rosyjskiej prasie peryodycznej w kilku pracach jeszcze około r. 1880²⁾ i nawet wcześniej. Pomimo tego, nauka o *zaburzeniach zimniczych naczyńiowych, niezależnych* bynajmniej od wpływu zimnicy na *ciepłotę ciała*, mało jest rozpowszechniona nawet w literaturze rosyjskiej, a zagranicą bodajże wcale nie jest znana.

Tłumaczy się to po 1-e, brakiem dokładnych wiadomości o mechanizmie miejscowych krwiobiegów, wskutek czego ocena właściwego znaczenia oraz istoty zaburzeń tego mechanizmu pod wpływem zimnicy powoduje konieczność takich tłumaczeń, które wymagają dalszego potwierdzenia na drodze klinicznej i doświadczalnej; 2) zasadniczą wszakże przyczynę stanowi to, że właśnie w tym czasie, kiedy zaczęto dokładniej badać kwestyę wpływu zimnicy na naczynia, kierunek nauki o cierpieniach zimniczych wogóle uległ radykalnej zmianie.

W bezpośrednim związku z tą zmianą było to między

1) Istnieje kilka wyjątków z tego ogólnego prawidła, których tu rozpatrywać nie będę. W istocie rzeczy wyjątki te potwierdzają tylko ogólną regułę.

2) W artykułach: K teoryi »maskirowanych« i »złokacze-stwiennych lichoradok«, Wracz, 1881 r. Nr. 25; »K patologiczeskoj anatomii bołotnogo otrawlenia«, Wracz, 1882 r. NN. 35—37; »Malarjno-wospalitielnyje procesy« i in. Wojenno-medicin. Żurnał, 1884 r. Nr. 11 i 1885 r. NN. 1 i 2, jak również w paru innych.

innemi, że w ciągu ostatnich lat 20 nie ogłoszono drukiem ani jednej wybitniejszej pracy odnośnie anatomo-fizyologii jakiegokolwiek postaci klinicznej zimnicy, a równocześnie *klinika cierpień zimniczych nie tylko nie posunęła się ani na krok naprzód, lecz, odwrotnie, zdaje się dążyć coraz więcej we wręcz przeciwnym kierunku.*

Treścią pracy niniejszej będzie zbadanie jednego z najczęstszych oraz niezmiernie ważnych pod względem praktycznym, lecz zarazem bardzo mało znanych przejawów działania zimnicy na naczynia, który zasadza się na głębokiem i nader złożonem *cierpieniu naczyń włosowatych.*

Zasadnicze pierwiastki tego cierpienia zaznaczałem już w pracy *»o plamach zimniczych skóry¹⁾*, gdzie wykazałem, że początkowo cierpienie to polega na zaburzeniu *czynności fizyologicznej*, właściwej naczyniom włosowatym, w dalszym zaś przebiegu prowadzi do *dezorganizacji ścian tych naczyń.* W miarę rozwijania się tej ostatniej sprawy w ustroju, występuje szczególnie niebezpieczny okres choroby, cechujący się skłonnością do krwotoków zimniczych *per rhexin*, któremu nadałem nazwę *»krwotoczności zimniczej«.*

Właściwie mówiąc, krwotoczność zimnicza (rozumiana jako rozległe krwotoki i wylewy krwawe w przypadkach zimnicy przewlekłej i charłactwa zimniczego) oddawna już i dość dokładnie znaną była lekarzom, — praktykującym w miejscowościach, w których zimnica panuje nagminnie. O istnieniu związku wewnętrznego pomiędzy krwotokami a zatruciem zimniczem świadczyło tu między innemi to, że krwotoki owe spostrzegano przeważnie w czasie właściwych miejscowościom malarycznym dorocznych wybuchów cierpień zimniczych—t. j. na *jesieni* i na *wiosnę.* Sam zaś stopień i długie trwanie niektórych krwotoków dowodziły, że podstawą ich było rozległe zniszczenie ścian naczyń krwionośnych.

1) *Practischeskij Wracz*, 1903 r. NN. 28 — 31.

Wreszcie została wykryta i bezpośrednia przyczyna tych krwotoków, kiedy prof. Grohe z Berlina stwierdził w jednym śmiertelnym przypadku gorączki zimniczej zwyrodnienie tłuszczowe śródbłonna naczyń włosowatych oraz drobnych tętnic mózgowych. Jednakże nie zostało wytłómaczonem, na czym polega związek wewnętrzny pomiędzy sprawą naczyniową a gorączką zimniczą, wskutek czego ważne odkrycie prof. Grohe'go, jako pojedynczy fakt empiryczny, nie doprowadziło do żadnych wniosków praktycznych i wkrótce uległo zapomnieniu. Dopiero po latach 20 przypomniano je sobie z racji pokrewnych odkryć w Rosyi, zrobionych przez I. Retiwcewa ¹⁾, W. Afanasjewa ²⁾ i szczególnie przez K. Winogradowa, którego praca »O gorączce przepuszczającej zimniczej pod względem anatomo-patologicznym« zawiera najwięcej danych do omawianej kwestyi ³⁾.

Dodamy zresztą, że pomienione odkrycia uczonych rosyjskich spotkał tenże sam los, co pracę prof. Grohe'go, i z tego samego powodu. Przynajmniej ani w literaturze współczesnej tym pracom, ani w literaturze bieżącej odnośnie zimnicy nie znajdujemy próby zastosowania odkryć powyższych w praktyce. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że w miejscowościach zimniczych nagminnych (a miejscowości takich w Rosyi, jak zresztą w każdym kraju małokulturalnym, jest *bez liku*), corocznie umiera przedwcześnie mnóstwo chorych na zimnicę przewlekłą właśnie dzięki rozpatrywanym poniżej cierpieniom naczyń, czy to bezpośrednio wskutek krwawień i wylewów krwawych (zależnie od stopnia krwawienia i jego umiejscowienia), czy też z powodu innych spraw chorobowych,

¹⁾ Wraczebnija Wiedomosti, 1879, str. 421.

²⁾ Protokoły S-Pet. Obszcz. russk. wraczej. 1879, str. 180.

³⁾ Wojenno-medicin. żurnał, 1882, III, IV, V. O dużej wartości tej pracy, która dotychczas stanowi główne źródło wiadomości do anatomii patologicznej zatruc zimniczych wogóle, mówiłem już w moim rozbiorze krytycznym, tłómaczonej na język rosyjski, pracy Laveran'a: »Paludizm (bołotnaja lichoradka)«. Bolnicznaja Gaz. Botkina, 1902, NN. 30 — 38.

najczęściej zapalnych, powikłanych krwotocznością zimniczą, która nadaje im charakter hemorragiczny.

Zadaniem pracy niniejszej będzie zestawienie anatomo- i ogólnopatologicznych oraz klinicznych danych odnośnie cierpienia zimniczego jednego z najważniejszych układów ustroju, ażeby skłonić lekarzy naukowo myślących do racjonalnego, a owocnego traktowania w praktyce tego cierpienia.

Z punktu widzenia *anatomo-patologicznego* najwięcej danych w tej kwestyi zawiera wspomniana już praca b. profesora Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, K. Winogradowa, w której autor wyłożył szczegółowo zmiany patologiczno-histologiczne w naczyniach włosowatych, oraz podnosił między innymi ważne znaczenie zmian tych dla odżywiania i funkcji tych narządów i tkanek, w których zakresie zmiany powyższe powstały.

Z pomiędzy wniosków, które nasuwa praca prof. Winogradowa, następujące zasługują na szczególną uwagę:

1) Zmiany, powstające w naczyniach włosowatych, pod wpływem zatrucia zimniczego, należą do rzędu zaburzeń zapalno-odżywczych w komórkach śródbłonkowych naczyń, a mianowicie polegają na zmętnieniu parenchymatycznym oraz bujaniu komórek, albo też na zwyrodnieniu tłuszczowem oraz zniszczeniu komórek, co, oczywiście, stanowi ostatni okres sprawy zapalnej.

2) W razie współistnienia u chorego cierpienia zimniczego naczyń i *melanemii* zimniczej, komórki śródbłonkowe naczyń włosowatych biorą wybitnie czynny udział w usuwaniu ze krwi barwnika zimniczego. Prof. Winogradow opisuje to szczegółowo w ten sposób, że początkowo napęczniałe komórki śródbłonkowe pochłaniają barwnik, który następnie układa się w tkankach otaczających narządu, powodując ich *melanozę* (melanosis). Stopień tej melanozy odpowiada rozległości cierpienia zimniczego naczyń i »nie zależy od czynności fizyologicznej narządu czy tkanki«.

Zdanie to prof. Winogradowa jest w zgodzie zupełnej

z obecnie powstającym poglądem na złożone zadanie naczyń włosowatych, jako na narządy pośredniczące fizyologicznie (a czynnie) między tkanką krwi a sprawami odżywczymi i wydzielniczymi ustroju, *zarówno w warunkach fizyologicznego, jak patologicznego przebiegu tych spraw.*

Takie tłumaczenie stosunku barwnika zimniczego do naczyń włosowatych obala *przypuszczenie* Griesinger'a o zatorach barwnikowych, które powodują jakoby niektóre złośliwe postaci mózgowie (mianowicie udarową oraz śpiączkową) zimnicy, przypisywane dotychczas, jak wiadomo, tej tylko mechanicznej przyczynie.

3) Zwyródnienie tłuszczowe i zniszczenie śródbłonka naczyń włosowatych powodujące łamliwość ich ścianek, a zarazem stanowiące warunek niezbędny do powstawania krwawień *per rhexin*, zajmuje w bardzo nierównomiernym stopniu różne obszary anatomiczne, a nawet różne miejsca jednego obszaru anatomicznego, przyczem jednakże krwawień i wylewów krwawych może nie być w takiej nawet okolicy, w której, podług wyrażenia Winogradowa, »zamiast komórek śródbłonkowych, spotykamy tylko jednolite drobnoziarniste masy tłuszczowe«. Fakt ten zgadza się w zupełności z obserwacją kliniczną oraz ze wspomnianym już przezemnie wnioskiem ogólnopatologicznym, podług którego zwyródnienie naczyń włosowatych stanowi tylko *przyczynę usposabiającą* do krwawień zimniczych *per rhexin*. Do powstania krwotoku konieczną jest jeszcze druga *decydująca przyczyna*, zależna od warunków mechanicznych krwiobiegu (ogólnego czy miejscowego w danej okolicy), dokładniej mówiąc — od wahań ciśnienia wewnątrznaczyniowego, które, jak wiadomo, odbywają się w bardzo szerokich granicach, zależnie od najrozmaitszych przyczyn, z których najczęstszą bywa czynny przyływ krwi pod wpływem zmian zimniczych w układzie naczyniowo-ruchowym ¹⁾.

¹⁾ Bliższe rozpatrzenie kwestyi wpływu zimnicy na układ naczynioruchowy, która posiada pierwszorzędą wagę dla ogólnej

4) Ponieważ zaburzenia odżywcze w ścianach naczyń włosowatych stanowią wrażliwe długiego trwania zatrucie zimniczego *zjawisko* mniej lub więcej *wogólnione w ustroju* i spotykają się, podług Winogradowa, w narządach i tkankach najrozmaitszej budowy i funkcji (w ośrodkach układu nerwowego, w wątrobie, w śledzionie, w nerkach; w naczyniach włosowatych przewodu pokarmowego, w naczyniach skóry i t. d.), należy więc przypuszczać, że podstawą tych zaburzeń jest albo jakaś *ogólna przyczyna chemiczna*, albo też są one *pochodzenia ośrodkowego*. W obu wypadkach zaburzenia te zasługują na nazwę *krwotoczności zimniczej*, która może być *ogólną* lub też *umiejscowioną*, o ile zwyrodnienie tłuszczowe naczyń włosowatych ogranicza się do jednego narządu lub tkanki.

5) Wreszcie—ponieważ zmiany patologiczno-histologiczne w naczyniach włosowatych, właściwe zimnicy, stanowią naogół tylko *różne stopnie rozwoju jednej i tej samej sprawy chorobowej*, określa to więc samo przez się zadanie lekarza w stosunku do powyższej sprawy. Oczywiście, zadanie to polegać będzie na tem, ażeby w razie niższego stopnia rozwoju sprawy chorobowej (rozpoznanego we właściwym czasie) nie dopuścić do rozwoju szczególnie niebezpiecznego wyższego jej stopnia — t. j. zapobiedz rozwojowi krwotoczności zimniczej. Istotnie, doświadczenie empiryczne w miejscowościach zimniczych stwierdza w zupełności słuszność powyższego wniosku, a zarazem świadczy o możliwości wypełnienia wskazania leczniczego, które zeń wypływa.

Osiągnięcie powyższego zadania ułatwia, na szczęście, to, że u chroników malarycznych jesteśmy w możności rozpoznać cierpienie naczyń włosowatych na długo przed powstaniem zmian anatomicznych w ich ścianach, co zaznaczałem już w pracy »o zimniczych plamach skóry«.

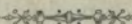
Przechodzę z kolei do kwestyi szczególnie interesującej

patologii krwiobiegowej i odgrywa dużą rolę w patologii zatrucia zimniczego, będzie przedmiotem oddzielnej pracy.

i ważnej dla ogólnej patologii zatrucia zimniczego, jak w szczególności dla patologii spraw naczyniowych zimniczych, mianowicie do kwestyi, *w jaki sposób pod wpływem zatrucia zimniczego powstają zaburzenia odżywcze w ścianach naczyń włosowatych.*

Bliższa patogeneza sprawy zimniczej w naczyniach każe tu przypuszczać, jak wyżej powiedziano, dwie możliwości: albo *ogólną przyczynę chemiczną*, t. j. bezpośrednie działanie krążącego we krwi jadu zimniczego na pierwiastki histologiczne ścian naczyń włosowatych, albo *pochodzenie ośrodkowe*, t. j. zaburzenie odżywcze w tych samych częściach morfologicznych naczyń wskutek działania zimnicy na ośrodki naczynioruchowych (na tym lub innym obszarze organicznym ustroju), które, jak o tem świadczą liczne już dane, zawiadują nie tylko czynnością ruchową i diosmotyczną naczyń włosowatych, lecz również sprawami odżywczemi w samych naczyniach.

D. c. n.



Przypadek płasawicy, powikłany histeryą u dziecka.

Rzecz, czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Radomskiego 7-go czerwea 1903 r.

Podala

Dr. med. Matylda Kobryner.

Dnia 1-go maja r. b. przywieziono do szpitala Starozakonnych w Radomiu dziewczynkę, której stan na pierwszy rzut oka odpowiadał klinicznemu obrazowi płasawicy. Chora, Franciszka S., lat 10, jest dzieckiem rodziców zdrowych, matka tylko od czasu do czasu cierpi na bóle głowy, ojciec nie alkoholik, rodzeństwa miała czworo (jedna siostra umarła na zapalenie płuc, druga na zapalenie mózgu). Sama pacjentka przechodziła—ospę w pierwszym roku życia (znajdujemy gdzieś ślady), mając lat 6, przebyła płonicę. W ósmym

roku życia zaczęła skarżyć się na częste bóle głowy, które powtarzały się co kilka dni lub tygodni.

Ból głowy kończył się zazwyczaj wymiotami, dwa razy zaś biegunką. Poprzedzany był zawsze niespokojnym stanem: chora rzucała się i miała różne widzenia. Zaznaczmy, że ból umiejscawiał się w lewej części głowy, przyczem, jak mówiła, »wysadzało jej oko«. Bała się wszystkiego: szczekania psa, pozostania w ciemnej izbie, lekkiego stuknięcia. Od czasu do czasu skarżyła się na ból w rękach i nogach — które często drętwiały. Dnia 9-go kwietnia r. b. uczuła ból za uchem, następnych dni w stawach biodrowych i kolanowych, później w stawach kończyn górnych — 15-go chwiała się na nogach, nie mogła ani chodzić ani siedzieć, do rąk nie mogła wziąć żadnego przedmiotu. W końcu zaniemówiła, 24-go kwietnia wystąpiły ruchy płasawicze. Zawezwany lekarz stwierdził »skutki reumatyzmu«, przyczem kazał chorą odwieźć do szpitala.

Dziewczynka bezładnie rzuca się na wszystkie strony (folie musculaire). Jestto dziecko wątłe, blade, w oczach maluje się przestרח, na pytania nie odpowiada. Oddech ma przyspieszony.

W płucach zmian nie znajdujemy, narządy trawienia i moczopłciowe w porządku. Serce przedstawia rozszerzenie lewej komory, oraz szmer skurczowy u wierzchołka, ictus cordis na zewnątrz linii sutkowej, tętno około 100.

W nerwach czaszkowych nic szczególnego nie stwierdziłam, znajdujemy tylko zupełne znieczulenie łącznicy, notujemy także ból w okolicy n. supraorbitalis z lewej strony, zupełne znieczulenie błony śluzowej gardzieli. Kończyny górne i dolne w ciągłym bezładnym ruchu (folie musculaire). Odruchy wszystkie osłabione (kolanowy, z Achillesa, m. tricipitis na ręce i t. p.). Czucie dotykowe na ból, zmianę temperatury oraz mięśnie zachowane, jak również i wrażliwość na prąd elektryczny. Konstatujemy jeszcze niemożność ruchów dowolnych oraz brak możliwości stania i chodzenia, przyczem, jeżeli

usiłujemy chorą podtrzymać w pozycji stojącej, następują gwałtowne ruchy zginania kolan i miednicy, dochodzące do maximum, gdy chcemy chorą zmusić do chodzenia (astazyja abazyja t. zw. choreiforme według Charcot).

Stan umysłowy normalny.

W kilka dni później ruchy płasawicze słabną, 20-go maja pozostają tylko w górnych kończynach—w przeciągu tygodnia znikają zupełnie; stopniowo chora zaczyna chodzić, przyczem powłóczy prawą nogą, mówić zaczyna potrochu, 3-go czerwca ma się zupełnie dobrze, chodzi swobodnie i zostaje wypisana ze szpitala.

Na zasadzie ruchów bezładnych, bezcelowych, całego obrazu t. zw. folie musculaire stawiamy na pierwszy rzut oka rozpoznanie płasawicy, połączone z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, pochodzenia gośćcowego. Z drugiej zaś strony, na zasadzie objawów charakterycznych dochodzimy do wniosku, że chora nasza dotknięta jest histeryą.

Idzie więc o rozstrzygnięcie pytania, czy mamy do czynienia z płasawicą na gruncie histerycznym, czy też z histeryą taką, jaka się zwykle zjawia, według Charcot, u dzieci, t. j. bez znieczulenia skóry i całego zespołu objawów czuciowo-zmysłowych. W literaturze znajdujemy 22 przypadki histeryi i płasawicy u jednego i tego samego chorego.

Histerya może jednak naśladować ruchy nierytmiczne i bezładne płasawicy, wyciska jednak pewne piętno, które ją zdradza (Gilles de la Tourette). Ruchy naszej chorej rytmicznymi nie były, jak to bywa u płasawicy histerycznej, zaznaczyliśmy na początku ich bezład i bezcelowość, możemy zatem śmiało przypuścić, że chora nasza dotknięta jest histeryą oraz płasawicą, niezależnie od pierwszej. Za płasawicą przemawia fakt, że chora dotknięta była gościem stawowym. Wskutek reumatyzmu rozwinęła się: 1-o niedomykalność zastawki dwudzielnej, 2-o płasawica; wiemy bowiem z etyologii płasawicy, że dominującą rolę gra tu gościec. Przemawiają za tem prace Mackenzie'go, który na 439 przypadków płasawicy

znalazł 116, gdzie rozpoznany był ostry gościec stawowy przed ukazaniem się płasawicy. W 56 przypadkach reumatyzm rozwinął się potem. Nowsze badania Sausom'a, Handford'a, Mayer'a i in. przemawiają też za związkiem reumatyzmu z płasawicą. Może infekcyę sprowadza jeden i ten sam pasorzyt (o infekcyjnem pochodzeniu płasawicy pisał Dr. Pianèse, Huchard, Preobrażenskiij. Współistnienie dwóch tych nerwic należy do rzadszych, było jednak notowane przez Charcot, P. Marie i in.

W celu leczenia stosowaliśmy u naszej chorej wstrzykiwanie podskórne arszeniku

Natri arsenicosi 0,05

Acid. carbol. $\frac{1}{4}\%$ 25,0

poczynając od $\frac{1}{10}$ cc., zwiększaliśmy codziennie dawkę o $\frac{1}{10}$ cc. Po jedenastu wstrzykiwaniach chora opuściła szpital.

LITERATURA.

Biernacki. Płasawica dziedziczna przewlekła. Kron. Lek. Nr. 3, 1890.

Bruner. Chorea rythmica. P. T. L. W. r. 1894, str. 501.

Bychowski. Przypadek płasawicy miękkiej czyli paralitycznej, oraz kilka uwag o istocie płasawicy wogóle. Medycyna, Nr. 46, 47, 1897 r.

Ciągliński K. W kwestyi stosunku reumatyzmu stawowego i płasawicy. Gaz. Lek. 1897 r. Nr. 33, str. 894.

Piotrowski. Przypadek płasawicy połowicznej (Hemichorea) u starca. G. L., str. 669, r. 1894.

Raczyński. Czy istnieje bliższy związek między płasawicą (chorea minor) a goścćem. Gaz. Lek., str. 529, r. 1895.

Rychliński. Hemichorea. Pam. Tow. Lek., str. 388, r. 1895.

Stróżewski. Przypadek wyleczenia zastarzałej płasawicy. G. Lek., str. 833, r. 1895.

Gilles de la Tourette. O Histeryi, tłum. A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

1. Pieraccini. **Dźwięk retrosternalny Banti'ego i trójkąt parakręgowy Grocco.** (Clinica moderna z Lipca 1903, str. 303). Przy obfitym wysięku opłucny poza zwykłym jasnym oddźwiękiem u mostka na przestrzeni między wierzchnim brzegiem rękojeści a przyczepami trzecich żeber znajdujemy widoczne stępienie z odpornością dla opukującego palca. Jestto objaw Banti'ego — obserwować go można we wszystkich pozycjach chorego. Jeżeli wysięk jest duży, to, opukując w kierunku z góry na dół (chory siedzi wtedy), znajdujemy stępienie najpierw względne, potem zupełne, któremu też towarzyszy odporność dla palca — stępienie to zajmuje trójkąt ograniczony od wewnątrz linią wyrostków kolczastych, na zewnątrz granica przechodzi po stronie zdrowej. Jestto objaw Grocco.

Dwa te objawy ułatwiają w niektórych przypadkach rozpoznanie, np. nieobecność tych objawów przemawia za spleopneumonią Grancher, służą też do dyagnostyki różniczkowej pomiędzy całkowitą a częściową odmą piersiową, otwartą a zamkniętą odmą piersiową lewostronną lub rozszerzeniem żołądka (curvatura maior). W szczególności pozwalają rozpoznać pneumothorax t. zw. prawdziwy Leyden'a czyli podprzeponowy.

Na zapytanie, jaka jest patogeneza tych dwóch objawów, autor odpowiada:

1-o objaw Banti'ego łatwo daje się objaśnić anatomią topograficzną przedniej jamy mediastinum. Płyn, o ile się tworzy, zbiera się w retrosternalnej części worka opłucny i odpycha tym sposobem mediastinum ku stronie zdrowy, odpycha tym sposobem i górny przedni brzeg zdrowego płuca, ztąd powiększenie odporności palca przy perkusyi, zniknięcie odgłosu, ponieważ sternum, jako kość płaska, nie gra już roli t. zw. *caisse de raisonnance*, gdyż znajdujące się pod sternum powietrze znikło. (Jeżeli zaś chodzi o pneumothorax, rozedmę płuc lub *symphysis pleuro-mediastinalis*, to mamy objawy wprost przeciwne).

2-o Co się tycze drugiego objawu, to istnieją tu dwie

hypotezy: a) wibracje kostne kręgosłupa i żeber mogą w razie obfitego wysięku być zmniejszone przez sam plyn; b) zebrany plyn przygniata i odpycha mediastinum posterius, zmniejszając tym sposobem objętość (capacitas) oddechową płuc zdrowych.

Matylda Biehler.

2. Casteigne i Raterzy. **Badania nad działaniem roztworu soli kuchennej na nabłonek nerek.** (Sem. médicale, Nr. 38, 1903). Wiadomem jest, że często bardzo wstrzykiwania soli kuchennej wywołują obrzęki i ogólne pogorszenie u chorych na nerki. Zajmowano się pytaniem, czy sól kuchenna nie działa zgubnie na nabłonek nerek; niektórzy autorowie odpowiadali na pytanie to twierdząco, znajdowali bowiem powiększenie ilości białka w moczu. Co do pytania, w jaki sposób Natrum chloratum działa na nerki, zdania autorów różnią się bardzo. Jedni twierdzą, (Dufons, Widal), że sól działa wprost na nabłonek nerek, inni — że idzie tu o czynnościową niemoc nerek wskutek nadmiaru pracy, wywołanej zbyt wielkim wydzielaniem się soli kuchennej. Acharat znów myśli, że sól działa mechanicznie, wreszcie dodaje, że konstatuje fakt, którego przyczyna jest dla niego niezupełnie jeszcze jasną.

Casteigne i Raterzy, chcąc otrzymać pewne dane w tym względzie, zrobili szereg następujących doświadczeń: 1-o nad działaniem roztworu natr. chloratum różnego naprężenia osmotycznego na tkanki nerek in vitro, 2-o nad działaniem dechloruracyi i hyperchloruracyi na nerki zwierząt. W pierwszym przypadku kładli oni kawałki nerek do roztworu mianowanego soli. Nerki brane były ze zwierząt zabijanych przed samym doświadczeniem. Część nerki (pokrajanej w kawałki) kładzie się dla utrwalenia do płynu Van Genuchten'a, zmiennego według wskazówek Sauera. Kawałki te mają służyć do porównania z drugą częścią znajdujących się w przeciagu $\frac{1}{2}$ godz. w roztworze soli przy T. 37°. Szereg doświadczeń wykazał, że niektóre roztwory soli pozostawiają nabłonek niekniętym i to odnosi się do roztworu soli, którego punkt zamarzania równa się 0°,78 (t. zw. roztwór izotoniczny), inne zaś roztwory hipertoniczne i hypotoniczne źle działają na nabłonek—mogą też być uważane za nefrolityczne.

Drugi szereg doświadczeń wykazał, że: 1-o w niektórych przypadkach białkomocz może być wywołany zmniejszeniem

ilości używanej soli, 2-o w innych przypadkach można było wywołać białkomocz za pomocą powiększenia ilości soli.

Co się tyczy pierwszej grupy, to brano do doświadczeń króliki, które karmiono chlebem bez soli i wodą. W pierwszych dniach zaraz zauważono białkomocz; następnie, gdy zwierzę zabito, znaleziono nabłonek tubuli contorti nabrzmiały, z wielką ilością wakuol, w których granulacje protoplazmy znikły zupełnie, jądra były widoczne, możliwe do zabarwienia. Wszystkie zmiany były podobne do tych, które autorowie otrzymywali z nabłonkiem *in vitro*, o ile mieli do czynienia z hypotonicznym roztworem soli.

Co do hyperchloruracji, to wstrzykiwania małych dawek roztworu soli (7 cc. na kilogram zwierzęcia, co odpowiada 500 g. dla człowieka), nie mogą wywołać białkomoczu, o ile ma się do czynienia nie z osobnikiem zdrowym na nerki, natomiast białkomocz wywołany bywa małymi dawkami u tych, u których uprzednio notowano zapalenie nerek. Większe dawki t. j. 30 cc. na kilogram wywołują i u zdrowych białkomocz, także zmiany w nabłonku tubuli contorti (zniknięcie granulacji naokoło jądra i odpadnięcie części protoplazmy, znajdującej się pod jądrem).

Na zasadzie wyżej przeprowadzonych doświadczeń Castaigne i Ratery dochodzą do następujących wniosków:

1-o u osobników, dotkniętych nephritide interstitiali bez białkomoczu, lub posiadających delikatny nabłonek próba tak zw. *chlorurie alimentaire* wywołuje pojawienie się białkomoczu, który jest przejściowym.

2-o u nefrytyków z obrzękami białkomocz i obrzęki zwiększają się.

3-o u osób, dotkniętych zanikowem zapaleniem nerek, masywne zastrzyknięcie surowicy może spowodować przypadki uremii.

Z wszystkiego wyżej powiedzianego wynika, że powinno się być bardzo ostrożnym z wszelkimi próbami terapeutycznymi hyperchloruracji u osób dotkniętych chorobą nerek.

Matylda Kobryner.

3. Prof. Dr. G. Gaertner. **Mierzenie ciśnienia w prawym przedsionku.** (Nowa metoda badania klinicznego). (Münch. Med. Woch. Nr. 47, 1903. Wiadomą jest rzeczą, że przy zwieszonem ramieniu żyły skórne wydają się nalane

i że zawartość swą tracą przy podniesieniu ramienia. To spostrzeżenie stanowiło punkt wyjścia doświadczeń autora, które doprowadziły do wybudowania metody ścisłego mierzenia ciśnienia w prawym przedsionku.

Jeżeli ramię zwieszono podnosić z wolną pod stałą obserwacją, to łatwo się przekonać, że zapadnięcie się żył u tegoż samego osobnika następuje zawsze wtedy, gdy ramię wzniesie się do określonego poziomu. Napięcie żyły zmniejsza się stopniowo i następuje moment, że ściany naczyń, które aż dotąd było okrągłe, układają się płasko jedna na drugą. Na miejscu wyniosłej żyły może wytworzyć się nawet pewne wgłębienie. To zjawisko żyłne występuje u osobnika zdrowego na wysokości przyczepu III, IV i V żeber. Uważając żyłę za rurkę manometryczną, można się wyrazić, że do tego poziomu sięga ciśnienie przedsionka prawego (krytyczne położenie). Ciśnienie to można więc mierzyć odstępem krytycznego położenia żyły od przedsionka, po linii pionowej. Ciśnienie w przedsionku prawym waha się rytmicznie w zależności od oddechu i skurczów serca; wahania te uwydatniają się przez pulsację żyły jarzmowej. Najwyraźniej pulsowanie żyły w położeniu krytycznym występuje u ludzi z wadą zastawki dwudzielnej, oraz przy dobrym napełnieniu żyły. Wahania oddechowe uwydatniają się u ludzi, cierpiących na duszność.

Przy sztucznym wzmożeniu ciśnienia w przedsionku (doświadczenie Valsalvy) położenie krytyczne żyły się zmienia.

Na mocy swych badań autor twierdzi, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach, gdzie należało przypuszczać zastój w prawym sercu, można było stwierdzić jego metodą wzmożenie ciśnienia w przedsionku. W tych wypadkach należało ramię unieść do wysokości dołu jarzmowego, niekiedy nawet do poziomu oczu, a nawet ciemienia. Biorąc za punkt wyjścia pomiarów górny brzeg V żebra, znalazł autor ciśnienie przedsionka = + 9, + 19, + 20 i + 23 cm.

Autor przytacza przykłady wzmożonego ciśnienia w przypadkach: pericarditis, kyphosis, emphysema pulmonum, pneumonia crouposa, tuberculosis pulmonum, pleuritis exsudativa, infarctus pulmonum, obesitas.

Mierzenie odbywa się najwygodniej w pozycji siedzącej, prostej, przy grzbiecie opartym; przy przesięku w jamie brzusznej, guzach i ciąży należy pomiarów dokonywać w po-

zycy stojącej. Za punkt wyjścia pomiarów przyjmuje autor poziom przyczepu V żebra, brzeg górny (poziom zastawki trójdzielnej), jako najniższy obserwowany przez autora poziom położenia krytycznego żyły u osobników zdrowych. Wartości powyżej tego poziomu zwą się dodatnimi, poniżej — ujemnymi. Jednakże przy zmianach położenia serca należy różnicę mieć na uwadze przy obliczaniu.

Do obserwacji brał autor v. cephalicam i v. medianam, jako najwydatniejsze, choć przyznać należy, że niekiedy zupełnie nie było żył widać i metody tej zastosować się nie dało (wpływ zimna). Stosował wtedy rozcieranie i rozgrzewanie ramienia i czasami z wynikiem pomyślnym. Ażeby objaw żylny łatwiej było zaobserwować, należy oko mieć mniej więcej na poziomie żyły, ramię powinno być zgięte w łokciu nie bardziej, niż 120° .

Przed rozpoczęciem metody należy ramię opuścić i doczekać się dobrego nabrania żyły (2 — 3 minuty), następnie zgiąć nieco w łokciu i zwolna je odprowadzać, przyczem przedramię nie wychodzi z położenia poziomego. Ruch odbywa się biernie (przez lekarza), gdyż mięśnie powinny być możliwie rozluźnione. Pomiarów należy dokonywać kilkakrotnie, w celu uniknięcia pomyłki.

Określenie różnicy poziomów odbywa się albo w przybliżeniu, mówimy wtedy, że objaw żylny występuje na wysokości dołu jarzmowego, ust, oczu lub ciemienia — lub też odmierza się ją za pomocą miary centymetrowej. W celu dokładnego mierzenia autor skonstruował prosty przyrząd, składający się z dwóch prętów, obsadzonych ruchomo jeden na drugim pod kątem prostym (katetometer).

Zjawisko to można obserwować również na kończynie dolnej, oczywiście przy położeniu poziomem osobnika i zwieszonych goleniach; obserwuje się żyły grzbietu, stopy i goleni. Z porównania wartości, otrzymanych na ramieniu i nodze, wyprowadzamy ocenę ciśnienia wewnątrzbrzusznego.

Wyniki swoich badań dotychczasowych autor sformułował w sposób następujący:

1-o Obserwowanie zjawiska żylnego daje nam możliwość określenia ciśnienia w prawym przedsionku sposobem fizycznym, wolnym od zarzutu.

2-o Za pomocą opisanej metody można nie tylko poznać z całą pewnością zastój w prawym sercu, lecz i wymierzyć

stopień zastoju, oraz śledzić przebieg zmian. Można również kontrolować wpływ zabiegów leczniczych sposobem niezawodnym.

3-o Metoda jest tak prosta, zjawisko rozstrzygające tak dostępne, iż zastosowanie jej można polecić i tam również, gdzie chodzi o szybkie rozpoznanie choroby narządów krążenia i oddychania, a nawet—o przekonanie laików o istnieniu tych chorób.

W. Knappe.

4. Dr. Bittorf. **Przypadek niezamkniętego ductus Botalli.** (Lipsk. Poliklinika). Chora, Frieda Sch., 11 lat. Ojciec chorej—pijak, matka zdrowa; pacjentka urodziła się w 7-ym miesiącu, ma wrodzoną przepuklinę pachwinową obustronną, skarży się na brak tchu i ciężar w piersiach. Leżenie w łóżku, oraz zimne okłady sprawiły ulgę chorej, pozostała tylko niewielka sinica warg i policzków; klatka piersiowa symetryczna, podnosi się równomiernie przy oddychaniu. Brak garbu sercowego. Płuca normalne; w 4-em i 5-em międzyżebrowym przestworzu z lewej strony zauważyć się daje tętnienie skurczowe; to samo widzimy i w 2-iem lewym przestworzu międzyżebrowym na 1 cm. od lewej linii mostkowej; uderzenie końcowej części serca daje się spostrzegać w 4 i 5 przestworzu międzyżebrowym na przestrzeni 2-ch poprzecznych palców wewnątrz od lewej linii sutkowej. Przy opukiwaniu linia tępości serca idzie od środkowej lewej mostkowej do górnego brzegu 3-go lewego żebra, z kądem łukowato opada na dół, trochę niedochodząc do lewej sutkowej linii.

Na opisanej tępości serca daje się oznaczyć w postaci paska szerokości 3 ctm. bezwzględna i szerokości 4-ch ctm. względna tępość, idąca od lewej linii mostkowej do górnego brzegu 2-go lewego żebra. Na tym to obszarze wyczuwa się wstrząśnienie i dość silne uderzenie, odpowiadające zamknięciu zastawek tętnicy płucnej. Wyniki wysłuchiwania były następujące: u wierzchołka cichy miękki szmer skurczowy oraz 2-gi ton wzmożony, u podstawy serca krótki drapiący szmer skurczowy i 2-gi ton wzmożony; w 2-iem lewym przestworzu międzyżebrowym podczas spokoju: 1-szy ton rozklekotany i słaby skurczowy szmer, 2-gi ton wzmożony; po silnych ruchach: pierwotnie słabszy 1-szy ton, który stopniowo się wzmacnia i przechodzi w szmer skurczowy, 2-gi ton wzmożony; nad lewym 2-em żebrzem słychać dmuchający długi szmer

skurczowy oraz 2-gi ton wzmocniony, nad aortą słaby szmer systoliczny i normalny 2-gi ton. Nigdzie nie było słycać szmeru roskurczowego: nakoniec słycać się dawał szmer skurczowy z tyłu z lewej strony kręgosłupa na wysokości 3-go i 4-go kręgów piersiowych. Na zasadzie wyżej przytoczonych danych postawione rozpoznanie zostało potwierdzone przez badanie za pomocą promieni Röntgena, mianowicie prześwietlenie grzbieto-brzuszne ujawniało na cieniu serca 2-gi cień tętniący, widoczny z lewej strony mostka; cień ten ku dołowi ginał w cieniu serca, zaś zwiężając się ku górze, mieszał się z cieniem aorty, z którym jednocześnie tętnił. Przyczynę danej anomalii autor widzi w pijaństwie ojca, a także przedwczesnego przyścia chorej na świat, nakoniec w obustronnych przepuklinach pachwinowych.

Stawiński.

5. Lefas. **Trypanosoma u człowieka.** (Archives Générales de Médecine. Nr. 35. 1903). U różnych zwierząt opisane były pasorzyty krwi, nazwane trypanosoma, które wywołują następujące cierpienia:

1-0. *Nagana*, choroba, obserwowana w Centralnej Afryce u dromaderów, koni i rogacizny. Wywołuje ją trypanosom, odkryty przez Bruce w 1894 r.

2-0. *Surra*, choroba wywołana przez pasorzyta, odkrytego przez Ewans'a 1880 r. Grasuje wśród koni i mułów na wyspach Filipińskich, na Jawie i wyspie św. Maurycego.

3-0. *Choroba Caveras*, podobna do poprzedniej, spostrzeżona w Centralnej Ameryce i Brazylii.

4-0. *Dourina*, znana w Algierze, południowej Francji, Hiszpanii i Turcyi. Trypanosoma equiperdum (Dofleni) albo rougeti (Laveran) głównie u koni.

5-0. *Galzickte*, obserwowane w Transwalu w 1903 r. przez Theiler'a u rogacizny. Wszystkie te choroby są rozprzestrzeniane przez ukąszenia much, tak np. wiadomo, że mucha tsé-tsé jest rozsadnikiem nagana.

Ostatnie spostrzeżenia wykazują, że wyżej wspomniane cierpienia nie tylko są właściwe zwierzętom. Lekarz angielski Dutton ogłosił 1-go grudnia 1902 r. przypadek nagana u 42-letniego Europejczyka, który powrócił z Gambu. Chory skarżył się na ogólną niemoc eradyspure, wywołane zmęczeniem, na ból w lewym boku, słabą gorączkę, która występowała w odstępach nierównych, tętno było szybkie przy naj-

mniejszym wysiłku. Badanie krwi wykazało obecność trypanosoma — pasorzyta, podobnego do wykrytego w nagana. Dutton nazwał go tripanosoma gambonse, znalazł on go także u 3-ch-letniego murzyna. Ten sam pasorzyt znaleziony był przez Manson'a i Daniels'a we krwi 40-letniej Europejki po powrocie jej z Congo, 2 arzy przez Baker'a też pochodzenia Afrykańskiego i jeden z Indyi przez Leishman'a. Nakoniec Aldo Carlettani znalazł wyżej wspomnianego pasorzyta w 70^o/_o przypadkach choroby snu. Pasorzyta znajdował on w płynie mózgo-rdzeniowym, otrzymanym z przekłucia łądźwiowego.

Główne objawy kliniczne, jakie znaleźć można u osób, dotkniętych zakażeniem przez trypanosoma, są następujące: Ogólne osłabienie w szczególności w okolicy łydek, brak apetytu, bezsenność, czasami epistaxis. Temperatura waha się od 36^o/₆ do 40^o/₅ bardziej podniesiona wieczorem. Wahania wogóle nieregularne. Antipyretica, jak china nie działają zupełnie na krzywą temperatury. Cera biała, chory chudnie—funkcye kiszkowo-żołądkowe bez zmiany, moczu wydziela się ilość dostateczna, bez białka. Skóra sucha, miejscami zauważyć się dają na niej duże nieregularne plamy czerwone lub ciemne, które znikają za dotknięciem palca. Swędzenia niema. Wysypka podobna jest do Urticaria. Lekki obrzęk w kostkach nóg i twarzy w okolicy powiek. Obrzękowi powiek towarzyszy łzawienie oraz zaczerwienienie, znika on za dotknięciem.

Śledziona zawsze powiększona, wyczuwa się po za łukiem żeber, wątroba powiększona tylko czasem. Prócz tego zanotować wypada 2 stałe objawy—szybkość tętna od 70 do 120 bez względu na ciepłość ciała, oraz przyśpieszenie rytmu oddechowego (20—30 na minutę) po najmniejszym wysiłku, niezależnie od temperatury, wywołujące uczucie dusznicy. Cierpienie ma przebieg chroniczny, wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem.

Przy badaniu krwi świeżej znaleziono pasorzyta dobrze, opisanego przez lekarza z kolonii Dr. Dutton—pasorzyt ten przedstawia się, jak następuje: Ciało pasorzyta jest ziarniste, grube, tylna część podłużna zawiera jasną przestrzeń (vacuola) przednia część zakończona jest flagellą. Pasorzyt ten posiada ruchy dzięki otoczce i za pomocą tych ruchów przechodzi między ciałkami krwi. Widzieć go można przy powiększeniu 900 do 1000 razy. W wysuszonej kropli krwi i utrwalonej za pomocą acid. osmicum (metoda Romanow-

skiego) pozwala zobaczyć w ciele pasorzyta jądra owalne (macronucleus). Otoczka przyczepiona jest w części tylnej, zwanej micronucleus—położona przed vacuole. Trypanosoma gambonse Dutton'a analogiczne tym, które znalezione w chorobach caveras, nagana, surra, oraz znalezionemu przez Castellani'ego w chorobie snu, posiada 18 — 28 μ długości wraz z flagellum, szerokość jego wynosi 2—2,8 μ . Liczba pasorzytów waha się od 0 do 20 (przecięciowo 5) na 500 liczonych białek ciałek. Co do samej krwi, to jest ona mało zmieniona. Czerwonych ciałek bywa 3,850,000 do 2,825,000, z obniżeniem proporcjonalnem hemoglobiny 65 do 36 $\%$. Ciałka zachowują zwykłą postać. Białych ciałek od 12,000 do 4,200, z tych 50—55 na 100 polynuklearnych, 22—30 dużych mononuklearnych, 16—24 limfocytów, 1 do 2,5 eozynofików, 0,15 do 0,48 Mastzellen, 1 do 1,5 postaci przejściowych, t. j., że polynuklearnych niema. Na autopsyi śledziona powiększona, hodowle z niej jałowe, w pulpie znajdują się pasorzyty w postaci mas chromatycznych. Doświadczenia robić można na szczurach szarych, które nawet w klimacie umiarkowanym posiadają we krwi pasorzyta podobnego do tego, który Bruce opisał w nagana. *Matylda Kobryner.*

6. P. Achalme. **O objawie, ułatwiającym wczesne rozpoznanie reumatyzmu stawowego ostrego i jego nawrotów.** (Archives Générales de Médecine. 1902. Septembre). Ze względu na leczniczą wartość salicylu, niezmiernie ważną jest rzeczą możliwie wczesne rozpoznanie reumatyzmu stawowego ostrego, nawet przed wystąpieniem znamiennych objawów stawowych. Wybuch reumatyzmu poprzedza cały szereg najrozmaitszych objawów, które jednak patognomonicznego znaczenia nie posiadają; wyjątek pod tym względem stanowią objawy sercowe. O ile podczas samego przebiegu często rozwija się zapalenie wsierdzia, o tyle znów na wstępie choroby częstym jest zapalenie osierdzia (41 $\%$ pericarditis, 41 $\%$ endopericarditis i 18 $\%$ endocarditis wyłącznie). Każde więc zajęcie osierdzia, którego pochodzenie nie jest jasnym, powinno wzbudzać podejrzenie gościa stawowego ostrego. Obok tego objawu autor zwraca uwagę na objaw nowy, również ze strony serca w początkach reumatyzmu stawowego ostrego i jego nawrotów, a mianowicie: przejściową niemiarowość tętna i na poparcie tego przytacza opis 3-ch przypadków klinicznych.

W przypadku I-ym tony serca czyste, mocne, dźwięczne; uderzeń tylko 56 na minutę; uderzenia grupują się po 2, 3, 4 o różnej sile. To samo wyczuwa się na tętnicy promieniowej. Na 6 dzień wystąpiły objawy stawowe. W przypadku II-im arytmia poprzedzała na 3 dni nawrót reumatyzmu; to samo w przypadku III-im. Częstość tętna zawsze zmniejszona (50 — 60).

Autor stara się objaśnić pochodzenie tej arytmii i upatruje w niej wyraz działania jadu reumatycznego nie na układ nerwowy serca, lecz na sam mięsień sercowy. Autor zastrzykiwał do żyły ucha królika 2 centymetry sześciennie kultury laseczników wyosobnionych w większości przypadków gościca stawowego i otrzymywał objawy sercowe, zupełnie podobne do postrzeganych w klinice, a post mortem wykrywał w mięśniu sercowym zooglae licznych mikroorganizmów (intramuskularny rozrost bakterii).

7. Prof. Dieulafoy. **Zapalenie toksyczne nerek wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Albuminuria tegoż pochodzenia.** (Semaine Médicale, Nr. 42, octobre, 1903). Autor, który już kilkakrotnie pisał o złośliwości zapalenia wyrostka robaczkowego (hépatite toxique appendiculaire et gastrite toxique appendiculaire), zastrzega się, iż przypadki, które go naprowadziły na myśl o zapaleniu nerek tegoż pochodzenia, nie uważa za rozstrzygające kwestyi, lecz jako otwierające takową. Pierwszym i jedynym objawem takiego zapalenia nerek jest białkomocz. Przy mniej lub więcej ciężkiem zapaleniu wyrostka autor zawsze znajdował białko w moczu w ilości 0,25 — 1,0 i więcej; na 1-szy, 2-gi lub 3-ci dzień choroby towarzyszy mu niekiedy żółtaczkowe zabarwienie skóry chorego; autor cytuje przypadek ciężkiej appendicitis, która trwała już 3 tygodnie; ilość białka w moczu wynosiła przeszło 1,0. Po operacji w ciągu 6 dni ilość białka spadła do 0,2, zaś w kilka dni później białka w moczu zupełnie nie było; w swoim cza, sie opisał autor przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego-gdzie znaleziono w moczu białko oraz żółtaczkowe zabarwienie skóry, które to objawy po dokonanej operacji znikły zupełnie. Jakkolwiek początkowo białka bywa w moczu niewiele, a zabarwienie skóry, o ile ma miejsce, dość niewinnie się

przedstawia, to jednak z podobnym objawem liczyć się należy poważnie ze względu na rokowanie.

Pod względem anatomicznym na pierwszy rzut oka u chorych, zmarłych skutkiem zapalenia wyrostka robaczkowego, w nerkach żadnych zmian nie znajdujemy i dopiero mikroskop wykazuje, jak poważne zmiany dotyczą najdelikatniejszych części gruczołu nerkowego; z punktu widzenia klinicznego objawy sprowadzają się do mniej lub więcej wyraźnego białkomoczu oraz żółtaczkowego zabarwienia skóry. W końcu, podkreślając fakt, że już dawno należało zarzucić pogląd na appendicitis, jako na cierpienie miejscowe, autor nawołuje do możliwie wczesnego operowania appendycytów, nie tyle ze względu na sam nefryt, ile ze względu na możliwość ogólnego zakażenia ustroju. W każdym przypadku zapalenia wyrostka należy badać troskliwie mocz, zaś z chwilą ukazania się w moczu białka natychmiast przystępować do operacji.

Stawiński.

8. J. Peiser. **O upośledzonej wrażliwości skóry przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Münchener Medicinische Wochenschrift. Nr. 41. October, 1903 r.). Obserwacja wojskowego lekarza J. Peiser'a obejmuje 11 przypadków zapalenia wyrostka—z tych w 9 spostrzegał zboczenia pod względem wrażliwości skóry, jeden dał wyniki dość niewyraźne, na koniec jeden żadnych. Z pierwszych 9-ciu w 6-ciu przypadkach znalazł Peiser wyraźnie upośledzone reagowanie skóry na dotknięcie pędzelkiem w prawej okolicy brzucha pośrodku a między pępkiem i ością przednią górną kości biodrowej; w 2-ch innych wrażliwość skóry była wzmocnioną, zaś w ostatnim zmienną. We wszystkich tych przypadkach neurastenii i hysterii były wykluczone.

Stawiński.

9. Grützner. **O rozdrabnianiu ludzkich ekskrementów.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 29 October. Nr. 44). Metoda, którą dotąd przeważnie się posługują, polegająca na mieszaniu ekskrementów z wodą i filtrowaniu, jest zmuśną i nie zawsze prowadzi do celu, gdyż zawsze znajdują się zbite kłębki masy kałowej, które się w wodzie zawiesić nie dadzą, a tam właśnie mogą się znajdować poszukiwane kamienie, czy to żółciowe, czy też kiszkowe. Zaradzić temu łatwo, używając miast wody zwyyczajnej, spirytusu denaturowanego. Masy kałowe umiesz-

czamy w cylindrycznym szklanym naczyniu i polewamy 400—500 ccm. spirytusu. Dla przyspieszenia rozdrobnienia mas kałowych, autor posługiwał się łopatką o zakończeniu podobnym, jakie mają używane w gospodarstwie domowym do zbijania białka. Jeśli w ten sposób przygotowane masy pozostawić jakiś czas w cylindrze, to przedstawia się ona bardzo charakterystycznie: na wierzchu warstwa przezroczystego brunatnego spirytusu, niżej delikatny szaro-brunatny detryt, na koniec na samym dole rozdrobnione masy kałowe jeśli dodać trochę takiego spirytusowego wyciągu do pewnej ilości spirytusowego roztworu chlorku cynku — otrzymamy piękne zielone zabarwienie, pochodzące od hydrobilirubiny. Jeśli wyciąg badać za pomocą spektroskopu, to znajdujemy znane smugi w niebiesko-zielonej części widma. Autor zauważył bardzo wyraźną smugę w czerwonej części widma, którą stawia w zależności od zawartości chlorofylu w masach kałowych.

Stawiński.

10. Prof. Bard. **Objaw zwężenia przy owrzodzeniach gruźliczych kiszki.** (Sem. médicale, Nr. 30, 1903). Autor opisuje rzadki przypadek zaparcia przy owrzodzeniach gruźliczych błony śluzowej kiszki bez skurczeń włóknikowych i zgrubień ścian.

Przypadek ten dotyczy chorej, która przybyła do szpitala z objawami gruźliczego nacieczenia płuc, zapalenia kiszki i otrzewny tejże natury. Po kilkodniowym użyciu laudanum biegunka znikła, natomiast zauważono wklęsnięcie w okolicy kiszki ślepej, które stanowiło wyraźny kontrast z napięciem sąsiednich miejsc z prawej strony pępka. Objawy zwężenia kiszki, położenie widoczne rozszerzonych zwojów kiszki, ciągła biegunka, nie przerywana obstrukcją, wszystko to odpowiadało przypuszczeniom, że zwężenie znajduje się w cienkiej kiszce, zaś słabość bólu w jednym miejscu (umiejscowionego w prawym podżebrzu), nieobecność kolek na całej przestrzeni — przemawiały za tem, że zwężenie to jest pojedynczym. Postawiono rozpoznanie owrzodzenia gruźliczego o rozwoju włóknikowym i skłonności do zwężeń.

Ponieważ wszelkie leczenie okazało się bezskutecznym, postanowiono zrobić laparotomię, którą też wykonał prof. Juillard, przyczem znalazł: otrzewną normalną, w krezce gruczoly powiększone — twarde. Kiszki zewnętrznie normalne,

tylko cienka kiszka na dość dużej przestrzeni przedstawiała na przemian to rozszerzenia napelnione gazem — to znów zwężenia (ścianki dotykały jedna drugiej), te ostatnie można było napełniać gazem po naciśnięciu rozszerzeń. Ruchów robaczkowych nie było. Objawy zwężenia po laparotomii nie wystąpiły. Natomiast w kilka tygodni po tem stan chorej się pogorszył — biegunka powróciła, w jamie biodrowej prawej wyczuć można było gruczoły kreski, wreszcie chora zapadła na zapalenie płuc, ropne zapalenie opłucny i zakończyła życie.

Autopsya wykazała — oprócz powyżej wymienionych cierpień — kiszki normalne na zewnątrz, na wewnątrz zaś jedno tylko owrzodzenie okrągłe natury gruźliczej, zajmujące ostatnie 10 ctm. kiszki cienkiej oraz zasłonki Bauhinięgo, nie przekraczając tej ostatniej. Palec z łatwością przechodził z zasłonki Bauhinięgo do końca owrzodzenia cienkiej kiszki.

Autor zwraca tu głównie uwagę; 1-o na dodatni wpływ, jaki zwyczajna laparotomia wywiera na stan chorego, dotkniętego zwężeniem, 2-o na możliwość istnienia objawów zwężenia przy gruźliczych owrzodzeniach kiszek — gdy te ostatnie nie przybierają charakteru guza przerosłego i nie dają się rozpoznać na zewnętrznej stronie kiszki czy to podczas zabiegu chirurgicznego, czy też podczas autopsyi.

Matylda Kobryner.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

Z piśmiennictwa angielskiego.

11. Dr. J. F. Klinedinst. **Acetozon w zakażonej ranie rogówki** (Acetozone in on in fect ed corneal wound). Pewnemu robotnikowi popadł w oko i zagrzązł w rogówce odłamek szmarglu i został ztamtąd usunięty. W nocy już wystąpiło zapalenie z bólami i łzawieniem. Po środku rogówki znajdowało się okrągłe, szare owrzodzenie (ulcus) wielkości główki szpilki. Zalecono collyrium z sublimatu co godzinę i 1% rozczyń atropiny, co dwie godziny. Następnego dnia zapalenie i bóle się zwiększyły, owrzodzenie stało się głębsze i w przedniej komorze wystąpiła ropa. Wtedy zamiast sublimatowej przymoczeki zalecono rozczyń acetozonu (1 gran na 2 uncyce wody) wpuszczać co 2 godziny. Atro-

pina jak wyżej. Trzeciego dnia zapalenie, bóle i ilość ropy w komorze przedniej znacznie się zmniejszyła; a czwartego rana miała wygląd zdrowy, bóle i ropa znikły. Ku końcowi tygodnia chory był zdrów, pozostało tylko lekkie zmętnienie. Dawniej w podobnych wypadkach autor bardzo często spostrzegał w tych razach wystąpienie ropnia albo nawet utratę oka z powodu rozszerzenia zapalenia na błony oka głębsze, dlatego też był wprost zdumiony szybkością działania acetozonu na bakteryjne zakażenie oka i gorąco go zaleca oftalmologom, jako najpewniejszy i najsilniejszy środek bakteryobójczy. Wskazany rozczyń wywiera nieznaczne uczucie palenia, znikające po kilku sekundach („Journal of Eye, Ear and Throat Diseases“. Medicine 1003, March.). L. K.

12. Dr. W. M. Parsons podaje dwa przypadki, w których z nadzwyczajnie dobrym skutkiem był zastosowany *acetozon* (benzoyl-acetyl-peroxide). W jednym przypadku było *ulcus varicosum cruris* długości sześć i szerokości dwa cale, istniejące już od roku i nie ustępujące żadnemu leczeniu, a które w ciągu sześciu tygodni zostało wyleczone rozczyńem 15 granów acetozonu w 1 kwarcie (1,136 litra) ciepłej przegotowanej wody w postaci wilgotnego opatrunku. W drugim przypadku była *gangraena humida* wskaziciela lewego. Wielu lekarzy proponowało choremu amputację palca jako jedyny środek zapobieżenia groźniejszym następstwom i sam autor z początku był tegoż zdania, ale potem postanowił poprobować uratować palec. Zrobił nacięcia w różnych kierunkach, przemył obficie ranę i zastawał wilgotne opatrunki z takiegoż rozczyńu acetozonu. Zupełne wyleczenie nastąpiło w 5 tygodni. Prócz tego z bardzo dobrym skutkiem używał autor acetozonu i w *durze brzusznej*, dając do wewnątrz w postaci rozczyńu (20 granów na 1 kwartę wody; dawka: 4 uncye co 4 godziny) w czasie bardzo groźnej epidemii tyfusu w Chicago w przeszłym roku. Pod wpływem takiego leczenia choroba przyjmowała przebieg łagodniejszy, nie było nieprzyjemnych komplikacji i wyzdrowienie następowało w znacznie krótszym przeciągu czasu, niż zwykle. Ponieważ rozczyń ma smak pieprzny, autor więc dla poprawy smaku podawał rozczyń z sokiem cytrynowym lub pomarańczowym („Clinical experiences with acetozone“. Medicine, 1903, Kwiecień). L. K.

13. Frederick Hills. **O nasennem działaniu hedonalu** („Observations upon the hypnotic action of hedonal“). Opierając się na dość znacznem doświadczeniu z hedonalem przeważnie u chorych

psychicznych, autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Nassenne działanie hedonalu jest silniejsze, niż sulfonalu i trionalu i choć nie trwa tak długo jak działanie paraldehydu lub chloralu, ale jest pewniejsze, niż któregokolwiek ze wzmiankowanych środków; 2) hedonal jest pozbawiony zupełnie szkodliwego działania na ustrój, może być bezpiecznie zalecany w „zastawkowych chorobach“ serca i daje 4 — 8-godzinny spokojny sen, z którego chory przebudza się oświeżonym; 3) działanie jego występuje też w $1\frac{1}{2}$ — 1 godzinę po zastosowaniu; 4) najlepsze dawał wyniki w przypadkach neurastenii, hypochondrii, łagodniejszych postaciach melancholii i innych chorobach nerwowych, połączonych z bezsennością, bez wyraźnego pobudzenia psychicznego; 5) w stanach maniakałnych nie wywołuje snu, wyłączając podostre i przewlekłe przypadki, gdzie psychiczne pobudzenie ma cechę ciągłego i wycieńczającego i gdzie czynność ruchowa nie jest wzmożona; 6) najlepsze wyniki otrzymywał, podając po 20—30 granów, ale i mniejsze dawki (15 granów) często dawały wynik dobry. Tylko w uporczywych przypadkach należało stosować większą dawkę (40 gr.). Środek podawał przeważnie w postaci suchego proszku, zapijanego wodą ciepłą.— („The Therapeutic Gazette“ 1903, March.) L. K.

14. Dr. R. C. Kent. **Niektóre praktyczne uwagi przy wlewaniu rozczyńw soli pod skórę.** Na podstawie dość znacznego doświadczenia daje następujące praktyczne wskazówki. Płyn (0,6% rozczyń NaCl) należy wlewać powoli, żeby uniknąć nadmiernego rozszerzenia tkanek. Aby nie weszło powietrze pod skórę, najlepiej wkluwać igłę w czasie wyciekania płynu. Wstrzykiwanie nigdy nie powinno być robione w tkankę mięśniową. Najlepszym miejscem do wlewania jest przestrzeń między crista ilei i dwunastym zębrem, ponieważ wlewanie tu może być wykonane w położeniu na plecach chorego i prócz tego chory nie uczuwa bólów, ani przy ruchach oddechowych, ani przy ruchach kończyn. Litr płynu wlewać należy w ciągu najmniej 45 minut. Ciągła (bez przerwy) hypodermoclysis jest niemożliwą, ale może być stosowaną razy 4 w ciągu 24 godzin. W niektórych przypadkach powtórne wstrzykiwanie umiarkowanych ilości sprzyja wydzieleniu jądów lepiej niż użycie jednorazowych obfitych wlewań. Naczynie z płynem powinno być wzniesione na 2 — 6 stóp nad chorym, stosownie do rozmiaru użytej igły. Jeżeli użyta została mała igła podskórna, to naczynie powinno być podniesione na 5 — 6 stóp. W czasie wlewania stosować należy lekkie mięsienie dla ułatwienia wchłaniania. Ponie-

waż zachodzi znaczne obniżenie temperatury płynu w czasie przeciekania jego w rurce i igły, to ciepłota płynu w rezerwoarze winna być co najmniej 110° F (43,33° C.), a w razie użycia cienkiej igły, powinna być podniesiona do 115°—120° F. (46,11°—48,89° C.). Miejsce ukłucia i instrumenty powinny być sterylizowane, a niewielki ból od ukłucia może być usunięty za pomocą kropli kwasu karbowego, puszczonej na skórę, lub przez zamrażanie aethyl-chloridem. W większości przypadków jednakże miejscowe znieczulenie nie jest koniecznem. Igła powinna być wkluta ukośnie i pewną ręką. Po wyjęciu igły miejsce ukłucia uciskamy palcem, żeby zapobiedz wylewaniu się płynu. Po osuszeniu miejsca aseptyczną marlą nakładamy gibki opatrunek kolodiowy (New-York Medical Journal, 1903, Nr. 9. Medicine, 1903, kwiecień). L. K.

15. H. Tickell. **Leczenie krwiopłucia żelatyną** (haemoptysis). Podskórne wstrzykiwania żelatyny wywołują silny ból. Nawet wtedy, gdy stosujemy znieczulenie miejscowe, ból następuje zaraz po operacji i może trwać od 2 do 3-ch godzin. Prócz tego podskórne wstrzykiwania często wywołują podniesienia ciepłoty, a czasami mogą wywołać zgorzel skóry. Dla tych przyczyn w pięciu wypadkach krwiopłucia autor stosował wlewania roztworu żelatyny w prostnicę i zawsze z najlepszym skutkiem. Wlewania takie są bezbolesne i nie mogą spowodować zakażenia; jednym słowem, działając przy krwiopłuciu zupełnie tak samo, jak i podskórne wstrzykiwania, nie mają żadnej z niepomysłnych stron tych ostatnich. Używany do wlewań prostnicowych roztwór przygotowywano przez dodanie 50,0 żelatyny do 1 $\frac{1}{4}$ litra wody gorącej i gotowanie na wolnym ogniu w ciągu godziny do otrzymania 1 litra płynu. Roztwór ten potem ochładzano do temperatury ciała i wlewano powoli w prostnicę w ilości $\frac{1}{4}$ litra za pomocą zwykłego irygatora. Wlewania robiły się 3 razy dziennie, póki w płwocinach ukazywały się silne ślady krwi (Lancet. Medicine, 1903, kwiecień).

L. K.

16. Dr. C. A. Good. **Wartość lecznicza lityny** („American Journal of the Medical Sciences“ 1903, February). Na podstawie danych eksperymentalnych autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Lithium wchłania się prędko, lecz powoli się wydziela; 2) wielkie dawki mogą wywołać silne zapalenie przewodu pokarmowego (gastroenteritis); 3) Sole lithii nie posiadają żadnych innych własności dyuretycznych, tylko te, które są właściwe wogóle alkaliom, i 4) słabe roztwory soli lithii nie rozpuszczają ani

kwasu moczowego, ani moczanów. Wzmiankując o pracy C. Good'a, profesor H. Hare, redaktor „The Therapeutic Gazette“, dodaje od siebie, że i on jest tego zdania, iż lithium niezasłużenie korzysta ze sławy pewnego środka w skażeniu moczanowem, ponieważ sole jego tylko w próbówce rozpuszczają kwas moczowy wtedy, gdy są w znacznej koncentracji; w ustroju zaś daleko chętniej się łączą z kwaśnym fosforanem sodu, niż z kwasem moczowym. Prócz tego w znacznej większości przypadków, w których kwas moczowy jest posądzany o wywołanie zmian chorobowych w ustroju, wcale nie on jest przyczyną tych zaburzeń chorobowych, lecz prędzej te poboczne produkty metabolizmu, które mogłyby przeistoczyć się w kwas moczowy, gdyby sprawy spalania w ustroju były prawdziwe („The Therapeutic Gszette“, 1903, kwiecień). L. K.

17. E. Fuller. **Wyciąg gruczołu tarczowego w krwotoczności.** Autor podaje historię choroby 15 letniego chłopca, u którego często następowały krwotoki z nosa, spuchnięcie stawów i haemorrhagiae subcutaneae nawet po nieznacznych urazach. W ostatnim roku cierpiał on na napady haematuriae spontaneae. W tym czasie autor zobaczył go pierwszy raz: mocz był krwawy, oddech powierzchowny, tętno 130. Takie niepomysłne objawy trwały dość długo i nakoniec stan chorego stał się wprost groźnym. Wtedy autor zalecił po 5 gran. extr. thyroid. trzy razy dziennie. Już po zażyciu drugiej dawki haematuria ustała, a przez dwa tygodnie tętno było niżej 100, cera chorego polepszyła się i choremu znacznie przybyło na wadze. Drugi przypadek, leczony w taki sam sposób, dotyczy mężczyzny 55-letniego, cierpiącego na uporczywe krwotoki z zatoki międzykrokowej. Chirurgiczne leczenie spowodowało tylko wtórne krwotoki. I tu 5-ciogranowe dawki prędko zatrzymały krwotok (Medical News 1903, Nr. 9. Medicine, 1903, kwiecień).

L. K.

18. Dr. Gifford. **Użycie wielkich dawek salicylanu sodu w niektórych chorobach oczu.** W niektórych chorobach ocznych salicylan sodu jest bardzo cennym środkiem, ale użycie jego tu nie jest dostatecznie rozpowszechnionem. Zresztą, używa się zwykle zbyt małych dawek dla osiągnięcia dodatnich rezultatów. Autor jest zdania, że przeciętny chory w ciągu dnia (od 7-ej godz. rano do 10 wieczór) może bez szkody zażyć jeden gran salicylanu sodu na każdy funt wagi swego ciała. Czasami i te dawki autor przewyższał; tak, jednemu chłopcu, ważącemu 120 f., choremu na ophthalmia

sympathica, dał w ciągu 15 godz. 180 granów, i często, jak mówi, dawał na jednorazową dawkę 100 granów. Wprawdzie, dawniej miał dwa przypadki wyraźnej zapaści przy dawkach daleko mniejszych, niż 1 gran na funt wagi, ale to wyłącznie autor przypisuje niestosownemu zachowaniu się chorych. Teraz, w przeciągu wielu lat, nic podobnego nie mógł zanotować, ponieważ każdemu choremu, zaczynając od trzeciej lub czwartej dawki, każe leżeć w łóżku, a dzieci trzyma w łóżku cały dzień. Prócz tego, gdy u chorego po zażyciu salicylanu sodu występuje nadmierne pocenie, powinien wycierać głowę do sucha, inaczej bowiem może się silnie przeziębć. Nadto autor podaje salicylan sodu przeważnie w „brandy“ (wódka 50-stopniowa). Dawka salicylu (Natri salicilici 30,0, aquae vitae 120,0; kawianą łyżeczką, około 15 granów na dawkę) podaje w niewielkiej ilości wody ($\frac{1}{8}$ szklanki) i zapijać radzi taką ilością. Czasami z powodu nieprzyjemnego smaku niektórzy chorzy przyjmowali go w kapsułkach, zapijając brandy z wodą. Takie wielkie dawki nie są koniecznie niezbędne, wyłączając nagłą potrzebę; w wielu przypadkach dobre skutki mogą być otrzymane i mniejszemi; lecz też autor w swojej praktyce miał wiele przypadków, gdzie znaczną ulgę sprawiła już dziesiąta dawka (pro die) salicylowego natru, ale polepszenie dalej nie posuwało się, aż póki nie zastosowano jeszcze jednej lub dwóch dawek. Dając takie dawki, autor ciągle, co trzeci lub czwarty dzień robi przerwę na dzień lub dwa. Taki sposób stosowania salicylanu sodu dawał zawsze autorowi jak najlepsze rezultaty w następujących cierpieniach oczu: 1) we wszystkich niespecyficzných zapaleniach tęczówki, corporis ciliaris, skłery i tkanki episkleralnej, czy były, czy też nie, wskazówki na reumatyzmowe pochodzenie tych chorobowych stanów; 2) w ostrých retrobulbarných porażeniach nervi optici i ostrej glaukomie, i szczególnie 3) w ophthalmia sympathica, po operatywnem lub traumatycznym zapaleniu tęczówki i corporis ciliaris, keratitis interstitialis i herpes corneae. Przy keratitis interstitialis, gdy niema jasnych oznak przymictu dziedzicznego, wielkie dawki salicylu działają prawie jak specyficum. Nawet w tych przypadkach gdzie chorzy są niewątpliwie ofiarami przymiotu dziedzicznego, i tam działanie salicylu jest znaczne i w wielu przypadkach lepsze, niż jodu lub rtęci (jak działa w temże cierpieniu w syphilis acquisita, — autor nie ma własnego doświadczenia). W neuritis zaś optica i w tej postaci chorioretinitidis, która się lokalizuje in polo posteriori oculi, autor widział lepsze skutki od wielkich dawek soli jodowych, niż od salicylu (Ophthalmic. Record. „The Therapeutic Gazette“, 1903, kwiecień).

L. K.

III. Z HYGIENY.

„Czy higiena dąży do zwyrodnienia rasy.“ Profesor Kosman wystąpił z surową krytyką podanego przez nas artykułu (p. Kr. Lek. Nr. 23, str. 933, r. 1903) profesora Grebera p. t. »czy higiena dąży do zwyrodnienia rasy.«

Przedewszystkiem ani w istocie teorii Darwina, jak to przypuszcza Gruber, ani w zdaniach poważnych jej zwolenników nie można się doszukać uzasadnienia dla przypisywanych Darwinowi wniosków.

Wyniki walki o byt nie mają nic wspólnego z pojęciem — złego lub dobrego. Darwin nie twierdził, że w walce o byt pozostaje przy życiu «najlepszy («the best») ale najbardziej przystosowany («the fittest») t. j. taki ustrój, który dane okoliczności najlepiej umie wyzyskać, a unika grożących mu niebezpieczeństw. Może to być jednak osobnik najujemniejszy, najbardziej krwiożerczy, najpodstępniejszy, najbardziej śmierdzący i t. p. Wszakże Darwin uczy, że niekiedy brak oczów staje się okolicznością sprzyjającą w walce o byt.

Przykład Grubera o zatracie zdolności do karmienia piersią bynajmniej nie dowodzi zwyrodnienia rasy w myśl Darwina.

Jeżeli poza karmieniem piersią nie ma innych sposobów — to generacye takich matek muszą zginąć z czasem. Gdy jednak, jak u człowieka kulturalnego, zjawia się możność sztucznego karmienia niemowląt to kobieta nie karmiąca piersią może wychować swe dzieci, rasa zaś nie zwyrodnije. Przeciwnie, jeżeli sztuczne środki karmienia są tyleż warte co mleko matki — to karmienie piersią staje się zbytecznem. Kobiety pozbawione mleka będą «fitter», pozbywając się niepotrzebnego narządu, czego teoria Darwina bynajmniej nie będzie uważać za zwyrodnienie. W takim razie bowiem za zwyrodnienie trzeba by uważać: zmniejszenie się uwłosienią, skrócenie kończyn górnych, zmniejszenie szczęk.

Podobniez odnośnie przeciwdziałania na choroby zarazkowe Gruber nie ma racyi, utrzymując, że mocniejsi według Darwina posiadają tę zdolność w większym stopniu; przeciwnie nie ma tu żadnego ustosunkowania i nie utrzymywał tego żaden poważny darwinista. Wiadomo, że np. na tyfus umierają często najsilniejsze indywidua, a słabowite przetrzymują chorobę. Dla walki o byt i wyboru ważną jest swoista odporność, a nie rodzajowa (generelle) te się zaś bynajmniej nie pokrywają i przeto po epidemiach zostają zarówno słabsi jak i dzielniejsi. Tylko że przprzedzenie ludności—zmniejsza natężenie walki o byt i pozwala mniej wartym na utrwalenie swych rodów. Przy dłuższem jednak trwaniu epidemii — przeciętna odporność rasy słabnie i może nastąpić zwyrodnienie rasy.

Pod wpływem higieny może zaginać naturalna odporność przeciw zarazkom, ale i to nie będzie degeneracją w sensie darwi-

nistycznym, ponieważ ta odporność wobec istnienia ochrony przez higienę — staje się dla rasy własnością bezużyteczną.

Osoby dziedzicznie obarczone gruźliczo, z habitus phtisicus — dzięki higienie nie ulegają zarażeniu i mogą płodzić generacje swego typu — z pozorną obawą degeneracyi rasy. Ale osoby takie nie tylko wobec suchot są upośledzone: i inne warunki walki o byt znoszą one ciężiej, to też wyginą prędko — chociaż i nie z suchot. Tak więc higiena nie prowadzi do zwyrodnienia rasy ale do jej wzmocnienia — właśnie na drodze rozumowania w myśl teorii Darwina.

Podobnie jak higiena działa i leczenie. Medycyna bynajmniej nie wchodzi w drogę «mądrym urządzeniem natury» jakto — jej mają niby, według Grubera, zarzucać darwiniści. Przedewszystkiem właśnie Darwinizm obalił wszystkie teleologiczne poglądy na naturę i uważa przystosowywanie się świata zwierzęcego i roślinnego do warunków życia za podlegające niecelowo działającym prawom natury.

Złożenie złamanej nogi, rozcięcie wrzodu nie grozi zwyrodnieniu rasy. Leczenie tyfusu nie prowadzi też do tego, wyleczeni samoistnie z tyfusu mogą mieć tylko tę wyższość nad umierającymi (z powodu braku pomocy lekarskiej), że mieli wyższą odporność na tyfus, ale pozatem mogli być mniej warci. Bez udziału medycyny — oni właśnie się rozplenią przeważnie i dadzą rasę wprawdzie odporną na tyfus, ale niższą pod każdym innym względem.

Zachowani przez medycynę przy życiu chorzy konstytucyjnie i mogący przekazywać swe choroby lub usposobienie do nich potomstwu — grożą wprawdzie rasie, ale nie dzięki higienie i medycynie, a z powodu nienormalnych warunków społecznych, które idą wbrew dążeniom natury i ułatwiają konkurencyę takim zwyrodniałym osobnikom w walce o byt z dzielniejszymi — przez protekcyę, warunki materyalne i t. p.

Walka o byt zawsze będzie miała charakter okrutny, o ile uwagę naszą będziemy kierować na oddzielne osobniki — a nie na rasę.

Jednak jeszcze okrutniejsze przedstawiają się obrazy, gdy zamiast wyboru naturalnego — wprowadza się wybór dokonywany przez ludzi. Widzimy bowiem, że dzięki spaczonym urządzeniom ludzkim zamiast przeznaczonych na zagładę słabych giną dzielni i silni.

Natura w swem okrucieństwie działa jak lekarz usuwający chorego członka, człowiek zaś — jak niezręczny konował, wrywający ząb zdrowy zamiast chorego.

Tak więc higiena, chociaż i nie może usunąć walki o byt —

a nawet zaostrza ją przez zwiększanie ludności — to jednak ułatwia w tej walce zwycięstwo dzielniejszem — i staje się zarówno pożyteczną dla osobnika, jak i stróżem przeciw zwyrodnieniu rasy.

O. Hewelke.

(Chociaż z punktu widzenia sprawiedliwości i interesu rasy zgadzamy się na ostatni pogląd Kossmana i wraz z nim pragnęlibyśmy takich idealnych warunków życia społecznego, jakich on żąda, to jednak rodzi się w nas wątpliwość, czy autor nie przestaje tu właśnie być konsekwentnym odnośnie wyżej wyrzeczonego pojmowania teorii doboru i walki o byt. Protekcyje i warunki materialne są także warunkami życia i walki o byt; korzysta z nic nie najlepszy, ale ten najbardziej przystosowany do walki, ów „fittest“, któremu czasem pomaga i to, że śmierdzi lub że uległ ślepotcie — moralnej w danym razie.

Stojąc twardo na gruncie teorii doboru i walki o byt, której rezultat jest nam niewiadomy w danej chwili, gdzie celu według przewidywań ludzkich dopatrywać się nie możemy i nie powinniśmy — nie mamy prawa wogóle mówić o „dobrem i złem“ według chwilowo panującej miary. Może korzystanie ze środków leżących po za zdolnościami osobistymi — jak majątek i protekcyje — jest tem samem, co korzystanie matek nie mogących karmić własną piersią — z piersi mamek lub różnych mączek i sztucznych pokarmów. a to wszakże nie prowadzi do zwyrodnienia rasy.

Teorya walki o byt jest okrutna i nie pozwala na żadne sentymentalizmy, nawet w jej własnym, jakoby interesie. *Przypisek sprawozdawcy*).

IV. ODCINEK.

Projekt urządzeń sanitarnych dla Warszawy.

Pożyczka 33 milionów rubli na przedsiębiorstwa miejskie Warszawy, otwiera drogę do szerokiej działalności społecznej. Po między rodzajami tej działalności opieka sanitarna ma znaczenie pierwszorzędne, ponieważ dotyczy samej ludności i jej dobrobytu. Organizację sanitarną posiadają wszystkie znaczniejsze miasta zagraniczne, jak również większe miasta Cesarstwa. Nie sądzimy, żeby Magistrat Warszawski zechciał pozostać w tyle poza temi miastami.

Przed 5 laty w styczniu 1898 r. podaliśmy w »Kuryerze Warszawskim« *projekt pomocy lekarskiej dla ubogich* Warszawy na wzór instytucyi, zaprowadzonej w Odesie, — następnie w sierpniu 1901 r. opiliśmy *urządzenia sanitarne Brukselli i Budapestu*. Ponieważ od tego czasu stosunki w naszym mieście nie zmieniły się, a przybyło dużo materiału porównawczego, szczególnie z miast Cesarstwa, przeto zamierzaliśmy zwrócić uwagę na kwestyę urządzeń sanitarnych dla Warszawy.

Przychodzą nam z pomocą opinie wyrażane przez *Zjazd towa-*

rzystwa lekarzy rossyjskich imienia Pirogowa, odbyty w Moskwie w d. 20 — 23 maja 1903 r.

Wychodząc z zadań, nakreślonych przez Ustawę miejską 1892 r. (§ 2 punkt VI) dla Zarządów miejskich, Zjazd wyraził swą opinię co do poszczególnych zarządzeń sanitarnych.

Jako cel, uważa Zjazd polepszenie stanu zdrowotnego ludności miejskiej i poprawienie ogólnych warunków sanitarnych miasta. Zmierzającymi ku temu celowi środkami mają być: zaopatrzenie miasta w dobrą wodę, usuwanie nieczystości i odpadków, zapobiegając ich szkodliwości, urządzenie racjonalne: rzeźni, rynków, piekarni, jadalni, szkół, mieszkań zbiorowych, kąpieli, pralni i t. p.

Podatek szpitalny, jako opłatę osobistą, nie obowiązującą wszystkich mieszkańców i stojącą na przeszkodzie do korzystania ze szpitali dla robotników, czasowo przybyłych, uważa Zjazd jako niesprawiedliwy i rozkład jego nieodpowiedni. Zarządy i instytucje publiczne powinny zapewnić pomoc lekarską osobom u nich pracującym i robotnikom, tak np. ministerjum wojny, zarządy dróg żelaznych, fabryki, zakłady przemysłowe i t. d., jak również Kasy ubezpieczeń przy zaprowadzeniu ogólnopanstwowego albo prywatnego ubezpieczenia na wypadek choroby. Instytucje te powinny płacić Zarządom miast za leczenie osób u nich służących na zasadzie umowy specjalnej.

Zjazd zaleca urządzenie specjalnych *szpitali dla chorych zakaźnych* w rozmiarach pozwalających zatrzymywać chorych aż do upływu okresu zakażenia, przyjmować małe dzieci z ich matkami i t. p. Zaleca również urządzenie specjalnych przytułków położniczych i nabycie powozów dla przewożenia chorych i zakaźnych do szpitali.

Pomoc lekarską dla ludności należy jak najbardziej decentralizować. Miasto powinno być podzielone na okręgi i ambulatoryum powinno się znajdować w samym środku każdego okręgu. Porady udzielane w ambulatoryach powinny być bezpłatne jak również wydawane lekarstwa i wszelka pomoc powinna być również bezpłatną.

Lekarze okręgowi, zarządzający ambulatoryami miejskimi, powinni być jedynie na służbie miasta i dostatecznie zabezpieczeni, żeby nie potrzebowali szukać innej służby lub ubiegać się o płatną praktykę. Powinni oni udzielać pomocy lekarskiej choremu w jego mieszkaniu w ciężkich wypadkach i wypadkach silnego zakażenia, kiedy chorzy nie mogą być izolowani w oddziałach szpitalnych.

Zjazd zaleca utworzenie *biura sanitarno-statystycznego* dla

opracowywania statystyki ruchu ludności i statystyki chorób. Należy zaprowadzić system kartkowy dla wszelkich wiadomości statystycznych i zawiadomienia o wypadkach chorobliwych powinny być dostarczane przez szpitale, lekarzy, będących na służbie i wolno-praktykujących i przez instytucje lecznicze innych władz rządowych. Biuro powinno wydawać sprawozdania peryodyczne, przynajmniej miesięczne i roczne i w nich zamieszczać wszelkie projekty, odnoszące się do poprawienia warunków miejscowych pod względem zdrowotnym i przepisy, odnoszące się do nadzoru sanitarnego nad fabrykami, zakładami przemysłowymi i rzemieślniczymi.

Instytucje sanitarne powinny być urządzone na *zasadzie Kolegialnej*, szczególnie instytucja najwyższa, jaką powinna być. *Rada miejska sanitarna*. Rada powyższa, ześrodkowując w sobie wszelkie strony działalności sanitarnej Zarządu miejskiego, powinna być przy Zarządzie miejskim i pod prezydencją osoby wybranej przez ten Zarząd. Członkami tej Rady powinni być członkowie Zarządu miejskiego, prezesi opiek sanitarnych okręgowych, naczelnicy lekarze szpitali, lekarze t. zw. dla biednych, sanitarni, szkolni, handlowo-targowi, fabryczni, prócz tego inżynierowie miejscy, weterynarze i t. d.

Bardzo ważnym jest zaprowadzenie *nadzoru sanitarnego*, który powinien mieć charakter społeczny, nie biurokratyczny. Nie odpowiada temu warunkowi istniejący nadzór lekarsko-policyjny, dokonywany przez urzędników policyjnych i lekarzy miejskich. Z powodu szczególnych cech życia rosyjskiego, nie należy poruczać czynności wykonawczych przy nadzorze, wyłącznie urzędnikom, będącym na służbie, ale samo społeczeństwo powinno być wezwane do czynnego współdziałania na zasadzie samokontroli. Opieki sanitarne okręgowe istnieją już w Odesie i prezesami ich są osoby wybrane przez Radę sanitarną i zatwierdzone przez Zarząd miejski.

Lekarze sanitarni są doradcami fachowymi we wszystkich sprawach sanitarnych. Powinni oni być kierownikami najbliższymi całej działalności sanitarnej praktycznej miasta i dlatego nie powinni być obarczani obowiązkami lekarsko-policyjnymi, nie powinni także starać się o jaką inną służbę lub o praktykę lekarską, będąc zabezpieczeni dostatecznie materialnie przez miasto. Działalność lekarzy sanitarnych powinna być zwróconą do zbadania wszechstronnego warunków miejscowych sanitarnych, do opracowania środków praktycznych poprawienia stanu zdrowotnego i do kierowania środkami, przedsięwzięciami w walce z epidemiami.

Zjazd zaleca *specjalizację* działalności sanitarnej i dla tego

proponuje utworzenie specjalnych grup lekarzy sanitarnych, szkolnych, handlowo-sanitarnych, fabrycznych i t. d.

Zaleca następnie urządzenie *laboratorium sanitarnego i biura dezynfekcyjnego*. Również chciałby mieć przygotowane specjalne *mieszkania sanitarne* dla przeprowadzania do nich mieszkańców biednych lokali, na czas dokonywanych dezynfekcji tych mieszkań.

Ustrój lekarsko-sanitarny miasta wymaga podług opinii Zjazdu lekarzy instytucji następujących:

- 1) szpitala miejskiego;
- 2) urządzenia pomocy poza szpitalem w ambulatoryach miejskich i w mieszkaniu chorego;
- 3) urządzenia pomocy dla położnic;
- 4) lekarzy miejskich sanitarnych z dodaniem im lekarzy szkolnych, handlowych i fabrycznych;
- 5) Opiek sanitarnych okręgowych;
- 6) Rady miejskiej sanitarnej;
- 7) Biura sanitarnego;
- 8) Laboratorium miejskiego chemiczno-bakteryologicznego;
- 9) Biura dezynfekcyjnego.

Ponieważ zarządy miejskie ponoszą koszta utrzymania nadzoru lekarsko-policyjnego, który nie podlega zarządowi miejskiemu, przeto Zjazd lekarzy proponuje zarządom miejskim wystąpić z prośbą o uwolnienie ich od wydatków obowiązkowych na utrzymanie nadzoru lekarsko-policyjnego.

Przytoczyliśmy zapatrywania osób najkompetentniejszych, bo lekarzy, należących do Towarzystwa imienia Pirogowa, którzy ze stosunkami Rosyi są najlepiej obznajmieni i wiedzą, co da się dokonać dla opieki sanitarnej miast Cesarstwa,

Od życzeń teoretycznych zwróćmy się do praktyki dla pokazania, co uczyniono dotąd w tym kierunku w miastach Cesarstwa.

Najenergiczniej wzięto się do organizacyi sanitarnej w *Odesie*. W r. 1892 zamianowano w tem mieście, z powodu obawy cholery, lekarzy dla biednych z felczerami, tak że instytucya tych lekarzy istnieje w Odesie od więcej, niż 10 lat. Utworzono *Komisję sanitarną* pod prezydencją głowy miasta, złożoną z członków zarządu miejskiego, prezesów opiek sanitarnych okręgowych, starszych lekarzy szpitali, zarządzających laboratorium chemicznem, biurem sanitarnem i weterynaryjnym, z inżyniera miasta, 3 lekarzy dla biednych i in. osób.

Z powodu wystąpienia się dżumy, utworzono jeszcze *specjalną*

Komisję sanitarną wykonawczą, do składu której weszli wszyscy członkowie miejskiej Komisji sanitarnej.

Podzielono miasto na *okręgi sanitarne*, których jest 8 w samym mieście i 2 na limanach Dniepru. Wszystkich członków w tych opiekach okręgowych było w d. 1 stycznia 1902 r. 274, prezesami byli: inżynierowie, sędziowie pokoju, lekarze, członkowie rady miejskiej i t. d., wszystkie te osoby podjęły się bezpłatnie pracy na korzyść miasta.

Opieki sanitarne okręgowe zajęły się zbadaniem położenia sanitarnego powierzonych ich opiece okręgów. Pojedyncze rewizye sanitarne dokonywały komisye, złożone z członków opiek okręgowych i lekarzy sanitarnych. Przy znalezieniu niewłaściwości wyznaczała komisya termin dla ich usunięcia, po upływie którego następowało sprawdzanie drogą nowego obejrzenia przez komisję. Wedle sprawozdania pojedynczych opiek okręgowych w większej części wypadków wymagane zmiany od właścicieli domów i utrzymujących zakłady przemysłowe, były chętnie wypełniane i tylko w wypadkach wyjątkowych musiano spisywać protokół dla wyjeźnienia kary administracyjnej lub oddania na drogę sądową.

(Dok. n.).

Prof. Witold Załęski,

Kronika bieżąca.

W sprawie konkursów. Dawno już pragnęliśmy zająć się sprawą konkursów naukowych u nas, z wielu stron bowiem nadchodzą do nas skargi na nieprawidłowe postawienie tej sprawy. Konkurs naukowy w naszych stosunkach posiada znaczenie pierwszorzędne. Tam, gdzie uczony, prócz zadowolenia własnego nic nie wynosi ze swej pracy, gdzie nie świeci mu nadzieja pozyskania katedry, gdzie koło czytelników znajdzie nie nazbyt wielkie,—konkurs odgrywa rolę nader ważną, wyróżnienie bowiem na konkursie daje nietylko nagrodę moralną, ale i materyalną, pozwalającą na dalszą pracę nad nauką czystą lub stosowaną.

Alé konkurs naukowy musi być tak obstawiony warunkami wewnętrznymi i zewnętrznymi, aby stający do apelu mieli pewność, że praca ich spotka się z oceną słuszną, z krytyką bezstronną, opartą jedynie na przedmiotowym zbadaniu prac nadesłanych, inaczej zbraknąć może chętnych i przekazane przez pojmujących potrzeby zapisodawców fundusze nie otrzymają przeznaczenia właściwego.

Dlatego też dążyć należy do ulepszeń konkursów naszych i mieć na uwadze dwa przedewszystkiem fakty:

1) wybór odpowiednich tematów;

2) wybór odpowiednich sędziów.

Co się tyczy pierwszego, rzecz to niezmiernie ważna. Młody pracownik, stawiający pierwsze kroki na polu pracy samodzielnej, nie może często ogarnąć całokształtu nauki, nie zna wszelkich jej zagadnień, musi więc znaleźć kierunek odpowiedni i musi mieć jasno sformułowane pytanie, na które ma odpowiedzieć.

Jak w tym razie wyjaśnić stawiany temat należy dowodem świeżo ogłoszony konkurs Przeglądu filozoficznego. Sformułowano tu jasno pytanie, podano wyłącznie jego punkty, wskazano czego unikać należy. Przystępując więc do pracy, każdy wie, czego wymaga od niego stawiający pytanie, wie w jakim kierunku iść mają badania.

Takie postawienie kwestyi ważne jest nie tylko dla podnoszącego daną kwestyę, ale dla i ogółu, który uświadamia sobie braki i luki, jakie w danej sprawie istnieją. Z drugiej znów strony wyjaśnienie pytania zmusi stawiającego do głębszego zastanowienia się nad projektem, a jeśli kilka takich pytań podano, pozwoli instytucjom zorientować się, które z postawionych pytań jest ważniejsze, dostępne, łatwiejsze lub trudniejsze do wykonania.

W nauce naszej znaleźć temat jest rzeczą łatwą, trudniej natomiast stwierdzić, które z pytań uważać należy za ważniejsze, trudniej nieraz uzasadnić potrzebę naglącą danej kwestyi.

To też za pierwszy, nieodzowny, warunek udanego konkursu uważać należy wybór udatny tematów, należycie wymotywowanych i objaśnionych.

Drugą niemniej ważną sprawą jest wybór sędziów. Trudno rostrzygnąć, kto będzie dobrym sędzią konkursowym, obok bowiem właściwości charakteru mieć należy na uwadze i przygotowanie dostateczne do sądenia, sprawa to jednak tych, którzy wybierają sędziów, nie o to nam chodzi w tej chwili, chcemy, aby sąd był; o ile można, najbezsronniejszy, a jako jedyny środek widzimy ogłaszanie umotywowanych wyroków.

Naszem zdaniem, każdy sędzia winien złożyć umotywowaną na piśmie ocenę każdej pracy i dopiero na zasadzie motywów odpowiednich wydać sąd; na wspólnej naradzie po przyjsciu do porozumienia cały komitet konkursowy powinien oceny pojedynczych członków poddać krytyce szczegółowej i wtedy dopiero, zacerpnawszy motywów ze sprawozdań pojedynczych, wydać sąd motywowany, ogłaszany in extenso.

Przy takim sposobie postępowania uniknęłoby się wielu żalów, może nieraz niesłusznych, ale mających przynajmniej pozory słuszności, gdy sąd jest tajny i apodyktyczny; uniknęłoby się też niestosownego wyboru sędziów, którzy, wobec takich obowiązków, przyjmowałiby mandat w takim tylko razie, gdy uważaliby, że sił ich nie przerasta.

Parę tych uwag piszemy pod adresem osób i instytucji ogłaszających konkursy naukowe, sądząc, że sprawie przysłużymy się dobrze.

Konkurs filozoficzny. Redakcja „Przeglądu filozoficznego“ rozpisuje konkurs na 2 rozprawy filozoficzne: „O przyczynowości“ i „O metodzie etyki“.

Rozprawy mają być oryginalne i samodzielne, z uwzględnieniem piśmiennictwa i wymagań metody naukowej. Objętość każdej z nich nie powinna przenosić 4 arkuszy druku formatu „Przeglądu filozoficznego“. Rękopisy, pisane maszyną, zaopatrzone godłem wraz z nazwiskiem autora w zamkniętej kopercie należy nadsyłać go 15 lutego 1905 r. do redakcji „Przeglądu filozoficznego“.

Dwa najlepsze opracowania otrzymają nagrodę po 500 rb. i będą wydrukowane w „Przeglądzie“; inne prace odznaczone otrzymają honorarium za wydrukowanie w „Przeglądzie“ po rb. 20 od arkusza.

Prasa a medycyna. Od pewnego czasu w czasopismach naszych codziennych coraz częściej spotykamy się z artykułami o medycynie. Popularyzację wiedzy cenimy wysoko, granice jednak popularyzacji muszą być ściśle określone. Nie sądzimy, aby czytelnicy pism codziennych zyskiwali cokolwiek bądź na pobieżnych wzmiankach o nowych operacjach, nowych środkach leczniczych i t. p., są bowiem zbyt mało przygotowani do odczytywania artykułów tego rodzaju i raczej szkodę, niż pożytek wynieść muszą. Natomiast dział sprawozdań z towarzystwa higienicznego, właśnie dla publiczności dostępny, traktowany jest po macoszemu, na czym istotna popularyzacja wiedzy naszej traci. Wystąpiły w ostatnich czasach do pracy młode pióra, które z czasem wyrobić się mogą, konieczną jednak jest rzeczą kierunek odpowiedzi, czego jak dotąd nie widzimy.

kd. **Z uniwersytetu.** Dziekanem wydziału lekarskiego w Warszawie na miejsce zmarłego prof. Czausowa, został mianowany prof. kliniki terapeutycznej szpitalnej A. Szczerbakow.

Osobiste. Dr. Jan Pruszyński otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich na Wszechnicy Jagiellońskiej.

Zmarli. Dr. Alfons Feliks Górecki, wieloletni lekarz kolei War.-Wied., lekarz szpitala w osadzie Niemce, zmarł w 49 roku życia w Granicy. — Dr. Antoni Tadeusz Skrzetuski, lekarz praktykujący we Włocławku, dnia 16 Grudnia 1903 roku w Warszawie, w wieku lat 40. — Dr. Seweryn Dworząńczyk, dnia 23 Grudnia 1903 r. w Łodzi w wieku lat 40. — Dr. Waleryan Klukowski, dnia 27 Grudnia 1903 r. w Warszawie, w wieku lat 71.

Książki nadesłane. Wyszedł z druku wybornie redagowany „Kalendarz Lekarski“ kol. J. Polaka na r. 1904. Obfitość informacji zaleca to wydawnictwo. — W. P. Greczyński „Briusznofit“. Kamieniec Podolski, 1904.

Sprostowanie. Kol. Sulikowski za pośrednictwem kol. Polaka prostuje pomyłkę zaszłą w „Kalendarzu Lekarskim“ na r. 1904 w spisie lekarzy szpitalnych w Królestwie, a mianowicie, że kol. Sulikowski nie jest ordynatorem szpitala w Sieradzu, jak oznaczono w tym Kalendarzu.

Od wydziału gospodarczego X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1904 otrzymujemy pismo następujące:

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w połączeniu z Wystawą przyrodniczo-lekarską odbędzie się, jak to już było dawniej ogłoszone, we Lwowie w roku 1904 i to w dniach od 20—24 lipca. Przypominając świetną tradycję zjazdów poprzednich i wskazując na ich wysokie kulturowe i naukowe znaczenie, Wydział gospodarczy X. Zjazdu zwraca się niniejszym do wszystkich lekarzy i przyrodników polskich z gorącym zaproszeniem do wzięcia udziału w przyszłorocznym Zjeździe i nie wątpi, że na wezwanie to pospieszy każdy, o ile mu tylko nie staną na drodze nieprzewidywane przeszkody.

Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie później, gdy już po uwzględnieniu życzeń kolegów, wybierających się na Zjazd zostanie w zupełności ustalony. Oprócz posiedzeń ogólnych z wykładami wybitnych uczonych polskich i posiedzenia zbiorowego, poświęconego sprawie gruźlicy i alkoholizmu jako kłesek społecznych, prace naukowe Zjazdu odbywać się będą w dwudziestu kilku poniżej wyszczególnionych sekcjach. Na porządku dziennym będą tematy oficjalne, opracowane przez uproszonych referentów i przeznaczone do dyskusji oraz samodzielne wykłady i demonstracje, przyczem dla omówienia pokrewnych tematów łączyć się będą dwie lub więcej sekcji ze sobą. Tematy oficjalne oraz nazwiska referentów ogłosi się w późniejszym, szczegółowym programie.

Samodzielne wykłady i demonstracje zgłaszać należy bezpośrednio do poniżej wymienionych gospodarzy odpowiednich sekcji, z dołączeniem krótkiego streszczenia zamierzonego wykładu, które pomieści się w „Dzienniku Zjazdu”. Wykład wcześniej ogłoszony przyjdzie wcześniej na porządek dzienny obrad w sekcjach. **Ostateczny termin zgłoszenia wykładów upływa 1 czerwca 1904 r.;** później zgłoszone wykłady nie będą mogły być pomieszczone w definitywnym programie Zjazdu.

Wszelkie pisma odnoszące się do połączonej ze Zjazdem wystawy adresować należy do przewodniczącego komitetu wystawowego D-ra **Kaliksta Krzyżanowskiego** (Lwów c. k. Namiestnictwo). Wszelkie inne pisma (nieodnoszące się do wykładów w sekcjach i wystawy) przysyłać należy do głównego Sekretarza Wydziału gospodarczego X. Zjazdu Prof. D-ra **W. Sieradzkiego** (Lwów, Czarnieckiego 3). Tutaj więc przedewszystkiem należy nadsyłać wkładki uczestnictwa Zjazdu, które wynoszą 20 koron=8 rubli=18 marek=20 franków=4 dolary od członka Zjazdu (połowę tej kwoty płaci każda towarzysząca uczestnikowi Zjazdu osoba, np. panie chcące wziąć udział w Zjeździe i korzystać ze wszystkich praw i dogodności członkom przynanych).

Również pod adresem Sekretaryatu zgłaszać się należy z zamówieniami mieszkania. W wydziale gospodarczym utworzoną została osobna sekcja kwatermistrzowska pod przewodnictwem D-ra

Teofila Stachiewicza, mająca za zadanie zająć się rozmieszczeniem przybyłych uczestników Zjazdu; do dyspozycji będą mieszkania w hotelach, w domach prywatnych i pewna ilość bezpłatnych wspólnych mieszkań, stosownych zwłaszcza dla młodszych kolegów. **Kto jednak pragnie mieć zapewnione mieszkanie, musi najpóźniej na 14 dni przed Zjazdem zgłosić się z zamówieniem do Sekretaryatu głównego,** wyszczególnić swoje żądania (ilość osób), ilość pokoi, czy hotel, czy mieszkanie prywatne i t. p. i **nadesłać [z góry]** jako zadek najniższe koszta zamieszkania przez 4 dni Zjazdu, t. j. kwotę 12 koron od jednej osoby, a 20 koron od dwóch osób w jednym pokoju. Tym, co się zgłoszą o mieszkanie poza wyżej wymienionym terminem, a tembardziej już podczas samego Zjazdu, Wydział gospodarczy, aczkolwiek nie poskąpi starań co do pomieszczenia, zaręczyć nie może, czy odnośne życzenia w zupełności zadowolni.

Każdy uczestnik Zjazdu otrzyma pamiętnik wraz z przewodnikiem po Lwowie, oraz dziennik Zjazdu, który oprócz działu informacyjnego pomieści streszczenia wszystkich wykładów i prelekcji.

Wydział gospodarczy poczyni kroki, by uzyskać dla uczestników Zjazdu zniżenie cen jazdy kolejami galicyjskimi, a wogóle dołoży wszelkich starań, by członkom Zjazdu pobyt we Lwowie ułatwić i uprzyjemnić.

We wszelkich sprawach Zjazdu dla uczestników z Królestwa polskiego i prowincyj sąsiednich przyrzekł łaskawie pośrednictwo osobny komitet organizacyjny w Warszawie, złożony obecnie z pp. D-ra **Karola Rychlińskiego** (Widok Nr. 8), D-ra **Ludwika Zembrzkiego** (Boduena Nr. 1) i D-ra **Aleksandra Żurakowskiego** (Marszałkowska 85) i do tego komitetu tamtejsi koledzy zechcą się wyłącznie zgłaszać.

Podobny komitet w Poznaniu składa się z D-ra **Heliodora Świącickiego** (Pałac Działyńskich, Rynek), D-ra **Franciszka Chłapowskiego**, D-ra **Tadeusza Dembińskiego** (Rycerska 3) i D-ra **Gantkowskiego**.

W Krakowie reprezentują Wydział gospodarczy pp. Prof. Dr. **Hoyer junior**, Dr. **Borzęcki**, Doc. Dr. **Łepkowski** i Doc. Dr. **Marchlewski** wybrani z Iona Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i oddziału krakowskiego Polskiego Towarzystwa przyrodników im. Kopernika.

Wreszcie reprezentantem na Amerykę jest: Dr. **Franciszek Fronczak** w **Buffalo** (Filmore Avenue 508).

Podział na sekcye przedstawia się w sposób następujący:

I. **Sekcya matematyczno-fizyczna** (łącznie z astronomią). Gospodarze: Prof. Dr. **Placyd Dziwiński** (Politechnika). Prof. Dr. **Smoluchowski** (Supińskiego 24).

II. **Sekcya chemiczna**. Gospodarz: Prof. Dr. **Bronisław Radziszewski** (Długosza 6).

III. **Sekcya mineralogii, geologii, paleontologii, geografii fizycznej i meteorologii**. Gospodarze: Prof. **Julian Niedźwiedziński** (Politechnika). Prof. Dr. **Emil Dunikowski** (Tańskiej 1).

IV. **Sekeya anatomiczno-zoologiczna** (anatomia, histologia, embryologia, antropologia, anatomia porównawcza i zoologia). Gospodarze: Prof. Dr. Henryk Kadyi (Zielona 15). Prof. Dr. Nussbaum (Ścieżkowa 20).

V. **Sekeya botaniczna**. Gospodarze: Prof. Dr. Teofil Ciesielski (Łyczakowska 93). Prof. Dr. Eustachy Wołoszczak (Politechnika).

VI. **Sekeya przyrodniczo - rolnicza**. Gospodarz: Prof. Dr. Kazimierz Miczyński (Dublany pod Lwowem).

VII. **Sekeya techniczna** (mechanika, inżynieria, budownictwo, technologia chemiczna i elektrotechnika). Gospodarze: Karol Edward Epler, em. inż. kolei państw. (Plac Akademicki 1). Roman Ingarden, c. k. radca budownictwa (Plac Dąbrowskiego 5).

VIII. **Sekeya farmaceutyczna**. Gospodarz: Mg. Walery Włodzimirski (Jagiellońska 18).

IX. **Sekeya filozoficzna**. Gospodarz: Prof. Dr. Kazimierz Twardowski (Gołębia 10).

X. **Sekeya fizyologiczna** (fizjologia, chemia fizjologiczna, farmakologia i patologia doświadczalna). Gospodarz: Prof. Dr. Adolf Beck (Pańska 13).

XI. **Sekeya patologiczna** (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska). Gospodarz: Prof. Dr. Andrzej Obrzut (Kraszewskiego 3). Zastępca: Doc. Dr. Paweł Kućera (św. Antoniego 7).

XII. **Sekeya medycyny wewnętrznej łącznie z balneologią i hydroterapią**. Gospodarz: Prof. Dr. Antoni Gluziński (Piekarska 14).

XIII. **Sekeya pediatryczna**. Gospodarz: Dr. Antoni Wachtel (Kopernika 20).

XIV. **Sekeya chirurgiczna**. Gospodarz: Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8).

XV. **Sekeya oto - ryno - laryngologiczna**. Gospodarz: Dr. Lesław Gluziński (Wałowa 14).

XVI. **Sekeya dentystryczna**. Gospodarz: Doc. Dr. Antoni Gońka (Kopernika 1).

XVII. **Sekeya chorób skórnych i wenerycznych**. Gospodarz: Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz (Kraszewskiego 5).

XVIII. **Sekeya chorób nerwowych i umysłowych**. Gospodarz: Prof. Dr. Jan Prus (Kościuszki 7).

XIX. **Sekeya okulistyczna**. Gospodarz: Prof. Dr. Emanuel Machek (Akademicka 11) Zastępca: Doc. Dr. Adam Szyliński (Jagiellońska 8).

XX. **Sekeya ginegologiczno-położnicza**. Gospodarz: Prof. Dr. Antoni Mars (Kościuszki 14).

XXI. **Sekeya medycyny publicznej** (hygiena, polityka lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: R. D. Dr. Józef Marunowicz (Zamoyskiego 16). Prof. Dr. Stanisław Bądzyski (Gosiewskiego 4).

XXII. Sekeya medycyny sądowej (medycyna sądowa, toksykologia, psychopatologia sądowa, antropologia kryminalna, sprawy ubezpieczeń od wypadku, odszkodowania, kasy chorych). Gospodarz: Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki (Czarneckiego 3).

XXIII. Sekeya spraw zawodowych stanu lekarskiego. Gospodarz: Dr. Edward Festenburg (Dominikańska 11).

XXIV. Sekeya weterynarska. Gospodarz: Prof. Stanisław Królikowki (Kochanowskiego 33).

XXV. Sekeya prasy lekarskiej. Gospodarz: Prof. Dr. Józef Szpilman (Kochanowskiego 33).

XXVI. Sekeya wychowania fizycznego. Gospodarz: Dr. Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 3).

A) Posiedzenie zbiorowe wszystkich sekeyj, poświęcone sprawie gruźlicy. Gospodarz: Prof. Dr. Antoni Gluźniński (Piekarska 14).

B) Posiedzenie zbiorowe wszystkich sekeyj poświęcone sprawie alkoholizmu. Gospodarz: Prof. Dr. Stanisław Bądzynski (Gosiewskiego 4).



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 20 Декабря 1903 г.

Plastry smarowane

ZWYCZAJNE I KAUCZUKOWE

własnego wyrobu poleca;

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR”

Marszałkowska № 23, Telefonu 1809.

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

pracownia przyrządów-ortopedycznych

D-ra REICHSTEINA

Warszawa,

Twarda 10.