

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiala w zakażeniu połogowem

przez

JÓZEFA JAWORSKIEGO

Rzecz wypowiedziana na I-em posiedzeniu, w d. 27 Maja 1904, Sekcyi akuszerijno-ginekologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W przeciwstawieniu do surowicy krwi zwierzęcej immunizującej, otrzymywanej od zwierząt świeżych, lub uodpornianych osłabionym pierwiastkiem chorobotwórczym, istnieje i sztuczna surowica krwi—serum artificiala. Sztuczną tę surowicę stanowią roztwory jednej lub kilku soli, wchodzących w skład krwi. Serum artificiala, odnośnie zawartości, soli powinno być przygotowywane według normalnego składu krwi ludzkiej.

Wprawdzie, skład surowic sztucznych bywa różny, lecz wahania w nim, ani pod względem ilościowym, ani jakościowym nie mogą być wielkie, ponieważ surowica, która by zbyt odbiegała od formy fizyologicznej, mogła by przy zastosowaniu niszczyć czerwone krążki krwi, oraz inne komórki tkanek. Formułę przeto surowic sztucznych można zmieniać tylko w granicach fizyologicznych, względnie do tego, czy surowica ma być wprowadzoną wprost do żyły, czy też pod skórę, następnie, czy w większej, lub mniejszej ilości, wreszcie, w jakim celu.

Jest duża liczba recept, podług których przygotowywaną bywa sztuczna surowica.

Surowice te noszą nazwy badaczy, którzy je zaproponowali. Oto — więcej znane:

Surowica *Luton'a* (z Reims) ma skład następujący:

Natrum phosphoricum 4,0.

„ sulphuricum 10,0.

Aq. destill. efervescens 100,0.

Surowica *Cantanié'go*:

Natrum chloratum 4,0.

„ carbonicum 2,0.

Aq. destill. efervescens 1000,0.

Surowica *Leclerc'a*, t. z. mocna:

Natrum chloratum 4,0.

„ sulphuricum

„ phosphoricum

aa. 0,5.

Aq. destill. efervescens 100,0.

Surowica *Hayem'a*, t. zw. chirurgiczna:

Natrum chloratum 7,5.

Aq. destill. efervescens 1000,0.

Ostatnia surowica przedstawia roztwór soli w wodzie filtrowanej i przegotowanej, Ta surowica, a właściwiej mówiąc, woda słona, staje się ogólnie używanym środkiem, do zastrzykiwań i wlewań podskórnych. Zastrzykiwania solne najczęściej używane są przez chirurgów, stąd nazwa—surowicy chirurgicznej, aczkolwiek nasamprzód stosowane były w medycynie wewnętrznej, przy leczeniu cholerycznych.

Wogóle, stosowanie seroterapii sztucznej nie jest bynajmniej rzeczą nową, nowemi są tylko coraz liczniejsze wskazania do jej stosowania.

Wskazania do zastrzykiwań wielkich ilości, kilkaset gramów na raz, kilka tysięcy gramów na dobę, pod skórę, lub do żył, są bardzo liczne. Najczęściej, jak wiadomo, stosujemy roztwór fizyologiczny solny, pod skórę, przy i po opera-

cyach, po wielkich utratach krwi, w mocznicy, w cukrzycy, drgawkach porodowych; rzadziej już, we wszelkich zakażeniach, pochodzenia, bądź urazowego, bądź operacyjnego, w chorobach zakaźnych, a w tej liczbie i w gorączce połogowej.

Stosowanie zastrzykiwań solnych w każdym z wymienionych cierpień, jak n. p. w mocznicy, w drgawkach porodowych i t. d. może być przedmiotem oddzielnych badań i doświadczeń, a tem samym i oddzielnego opracowania.

Ja, na dziś, obrałem sobie za temat mego przemówienia, tylko znaczenie zastrzykiwań solnych w zakażeniach, a głównie połogowem.

Roztwór solny w zakażeniu połogowem oddaje duże usługi. Stosuję go od lat paru, o czem już nadmieniałem, w moim odczycie drukowanym—o surowicy przeciw paciorkowcowej, najczęściej, jako metodę pomocniczą, przy zastrzykiwaniach surowicy przeciw paciorkowcowej, a także i niezależnie, od stosowania tej ostatniej.

Rozpatrując działanie podskórnych zastrzykiwań surowicy sztucznej, stwierdzamy, na podstawie tego, co nam mówi chemia fizyologiczna i obserwacja chorych, że, nasamprzód, działa ona już swą ilością przez napełnienie odrazu układu naczyniowego, co daje ustrojowi masę płynącej cieczy, powtóre, działa i jakościowo, mianowicie, wskutek dopływu i napełnienia naczyń, następuje szereg aktów mechanicznych i oddechowych, jako to: rozszerzenie i napięcie naczyń, pobudzenie narządów krwiotwórczych, wydzielania moczu, potu, narreszcie, zachodzą zmiany w składzie samej krwi, trucizny, bądź mineralne, bądź mikrobowe, we krwi zawarte, rozpuszczają się, a narządy zostają niejako przepłukane oczyszczoną krwią.

Fizyologiczne więc działanie zastrzykiwań solnych polega, przedewszystkiem, na pobudzeniu krwiobiegu i inercyacji. Zastrzykiwania te sprzyjają wydalaniu paciorkowców, gronkowców i t. p., i toksyn mikrobowych i komórkowych t. j. tru-

jących produktów materji, zawartych w samych ciałach bakterji i stanowiących produkt przemiany materji; odbywa się to drogą dwojakiego mechanizmu, nasamprzód, dzięki wzmożonemu krwiobiegowi, powtóre, dzięki krążącemu nowemu płynowi, który pobudza czynności różnych narządów wydzielniczych.

Wydalenie jednak toksyn z ustroju za pomocą zastrzyków solnych nie jest bynajmniej tak prostym aktem, jak wystawiano sobie to do niedawna. Przepłukiwanie krwi, za pomocą wody słonej, miało wprost uwalniać chorych od toksyn przez rozrzedzanie ich toksemii. Tymczasem przekonano się, że w tym razie, rozpuszczalność toksyn jest ważniejszą dla oczyszczenia ustroju, niż ich rozrzedzalność.

To wypłukiwanie tkanek w celu przywrócenia im prawidłowego bio-chemizmu okazuje się nie tylko aktem mechanicznym.

Przepłukiwanie tkanek—jeżeli ono istotnie się odbywa—jest wynikiem całego szeregu fizjologicznych działań, tak miejscowych, jak i ogólnych, wywołanych przez wprowadzenie do ustroju świeżej surowicy.

Jako skutek tych aktów fizjologicznych bywa wydalenie toksyn mikrobowych i komórkowych, a wogóle pierwiastków szkodliwych, które wskutek powtórnej oksydacji, stają się mniej jadowitemi, więcej rozpuszczalnemi i łatwiejszemi do wydalania.

Surowica sztuczna, wprowadzona do ustroju, dzięki pobudzeniu licznych narządów oczyszczających, wytwarza warunki dla wielkiej ilości zaczynów utleniających, które wywołują szereg przemian i procesów (pobudzenie oksydacji w komórkach, rozpuszczanie toksyn, pobudzanie gruczołów i t. d.), raczej wyługowujących, niż przepłukujących krew, zatrutą toksynami mikrobowemi, lub komórkowemi.

Wyługowanie jest tutaj określeniem właściwszem, niż przepłukiwanie, gdyż dokładniej wskazuje na procesy w komórkach, warunkowane seroterapyą sztuczną.

Znając istotę działania zastrzyków solnych, łatwo wy-

wnioskować, że będą one pożytecznymi we wszystkich zakażeniach, bez względu na ich pochodzenie i symptomatologią, a więc i w septycemiach, powstałych z powodu urazu, operacji, a także porodu. Szczególniej pewne okresy zakażenia połogowego, a również pewne formy jego, właśnie nadają się do stosowania seroterapii sztucznej.

Przedewszystkiem więc—zdaniem mojem—seroterapia ta, oddaje korzyści, gdy obok zakażenia połogowego, z powodu czasu trwania, a także charakteru zarazka, mamy do czynienia z zatruciem, powstałem wskutek wytworzenia przez paciorkowce, lub inne mikroby, toksyn, innymi słowy, gdy istnieje choroba nie tylko septyczna, lecz i toksyczna.

Powtórę, nadają się te zastrzykiwania w przypadkach, t. zw. sapremii, gdy zakażenie połogowe powstaje wskutek wessania produktów gnicia, t. j. następuje chemiczne zatrucie ustroju produktami bakterji gnilnych.

Rzecz zrozumiała, że surowica sztuczna, ustępuje surowicom naturalnym, a w liczbie tej i przeciwpaciorkowcowej, ponieważ nie posiada ona w takim stopniu i zakresie działania hamującego rozwój bakterji, działania fagocytarnego, wreszcie bakteryobójczego, a co doświadczalnie stwierdzonem zostało, odnośnie i surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Również z istoty działania surowicy sztucznej wypływa i sposób jej stosowania, szczególnie w zakażeniu połogowym.

Tutaj, t. zw. serotherapie maxima, wielkie wlewania wody słonej, tak nieocenione, gdy chodzi o zapelnienie *vacui* po dużych utratach krwi są w tym razie niepotrzebne, a nawet mogą być, np. przy zakrzepach w żyłach, przy stałej niedomodze serca i nerek, wprost szkodliwe.

Przy zakażeniu połogowym, gdzie chodzi nam z jednej strony o wywołanie odczynu w oddzielnych narządach, a nawet w oddzielnych komórkach, które w mniejszym lub większym stopniu, uległy procesom wstecznym, wystarcza najczęściej stosowanie zastrzykiwań małych ilości roztworu soli, czyli, t. z. serotherapie minima. A więc, zastrzykiwania stałe,

a częste, po 10, 20, 30, 50, a wyjątkowo, 100 grammów, raz, lub dwa razy na dzień, jak doświadczenie mi wskazuje, działają często lepiej i skuteczniej, niż wprowadzanie dużych ilości.

Już te małe ilości wody słonej pobudzają układy — naczyniowy i nerwowy, przywracają dzielność (Vitalité) komórek, spaczoną przez materye trujące, przez trucizny mikrobowe, a także pobudzają aparaty gruczołowe, co razem wzięte prowadzi do wylugowania krwi. Taki sposób stosowania wody słonej, ta serotherapie minima, przy zakażeniu połogowem, w przypadkach przezemnie leczonych, a także i przez kolegów, którzy poszli za moją radą, przyniosła istotny pożytek.

Działanie jej bywa nieraz wprost zdumiewające: wygląd chorej, bezpośrednio, zaraz po zastrzyknięciu, zmienia się do niepoznania, jeżeli był stan tyfusowy, to często ustępuje; twarz nabiera życia i wyrazu, oko blasku; widoczne błony śluzowe stają się wilgotne; żółte zabarwienie skóry znika, na całym ciele występuje pot; bolesne obrzęki uda położnic, stopniowo zmniejszają się, a objawy zakrzepu (thrombophlebitis), powoli znikają; tętno uderza silniej, równiej, jest pełne; mocz wydziela się obficie, jak po kofeinie, lub digitalinie. Ciepłota na razie nie spada, nawet przez czas dłuższy trzyma się na poprzedniej wysokości, albo zmienia tylko swój typ ze stałej przechodzi w zwalniającą, w innych razach, stan gorączkowy zamienia się na—podgorączkowy. Wogóle, co do ciepłoty, to pod wpływem zastrzykiwań tych nigdy u moich chorych nie widziałem spadku ciepłoty per crysin, jak się to zdarza przy surowicy przeciw paciorkowcowej, lecz zawsze per lysin.

Jednem słowem całość objawów, sam przebieg zakażenia połogowego, świadczą bardzo wyraźnie, że pod wpływem zastrzykiwań solnych następuje korzystny zwrot w przebiegu choroby, że w ustroju się odbywają wprawdzie bardzo powolne, lecz stałe zmiany.

Dlatego jednak, aby zastrzykiwania solne były skute-

czne potrzeba odpowiednich warunków ze strony ustroju, potrzeba, aby niektóre narządy, mianowicie wydzielnicze, były w stanie zdrowia, a przynajmniej, aby nie uległy zbyt dużym zaburzeniom czynnościowym.

Do narządów tych, przedewszystkiem i głównie, należą nerki, które, jak mówi Bunge, mają za zadanie utrzymać stały skład krwi i wydalać ze krwi to, co nie jest prawidłową częścią składową, a więc każdy nie prawidłowy składnik, a zarazem każdy normalny, skoro ilość jego przekroczy granicę prawidłowości.

Z chwilą upośledzenia prawidłowego toku sprawy wydalania w nerkach, przychodzi do zatrzymywania w ustroju tych, lub innych pierwiastków, już to wody, substancji mineralnych, już też organicznych odpadków dyzasymilacji, skąd następuje upośledzenie dyzasymilacji komórkowej.

Wynika z tego, że zastrzykiwania solne okazują się bezskutecznymi, gdy czynność nerek i gruczołów bywa upośledzoną. U chorych takich wypada przed zastrzykiwaniami usunąć z ustroju dużą ilość płynu, najlepiej przez kiszki, a nawet, w pewnych wyjątkowych razach, gdzie niema przeciwskażeń, wykonać upust krwi. Tą drogą odrazu i szybko usuwamy z ustroju pewną ilość toksyn, obniżamy ciśnienie krwi, a tem samym zmniejszamy obrzęki narządów wewnętrznych, wreszcie ułatwiamy rozproszanie po układzie krwionośnym sztucznej surowicy.

Streszczając się, twierdzą, że stosowanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej w zakażeniu połogowem, szczególnie w przebiegu przewlekłym, a także w pewnych jego formach, przynieść może chorym istotną korzyść przez swe działanie pobudzające, oczyszczające i wydzielające. Ta seroterapia sztuczna niejako uzupełnia immunizującą, gdy mamy do czynienia nie tylko z infekcją, lecz także z intoksykacją.

Przeciwskażeń właściwie nie ma, jeżeli ją stosować w niedużych ilościach, a nadto, w razie potrzeby, przy współdziałaniu środków czyszczących, a tem bardziej, gdy to możebne, i upustu krwi.

Technika zastrzykiwań solnych, acz prosta i łatwa, dla uniknięcia powikłań, wykonywaną być musi według pewnych, a ścisłych prawideł. Naprzód, co do samego płynu, to najlepiej, aby był przygotowany *ex tempore*, na wodzie destylowanej i przegotowanej, a jeżeli możebne, to winien być wsterylizowany.

Wprowadza się go za pomocą wyjałowionej sprycy, lub innego przyrządu, wyjałowionemi rękoma, pod wyjałowioną skórę, a właściwie, nie pod skórę, a głęboko, w wolną tkankę łączną podskórną.

Najlepiej zastrzykiwać w tkankę łączną podbrzusza, po środku, lub z boków, albo równoległe do rzekomych żeber lub w zewnętrzną powierzchnię bioder, po za wielkim kręta rzem. Miejsca te nie posiadają wiele splotów żylnych, tkankę mają elastyczną, dla tego zastrzyknięcia tutaj są nie bolesne, a płyn łatwo się wchłania. Lepiej zastrzykiwać na raz mniejsze ilości, maximum 200 gramów, w jedno miejsce nakłucia.

Nagrzewanie na kąpieli wodnej do  $37^{\circ}$  C., jak się to praktykuje, jest zupełnie słusznem, o ile dotyczy to zastrzykiwań roztworu solnego przy zapaści, po urazie, operacyi, lub dużej utracie krwi.

Nagrzewanie roztworu jest zbyt uczynne przy wprowadzaniu go w mniejszych ilościach i w innym celu, jak to ma właśnie miejsce w zakażeniu połogowem.

Roztwór o wysokiej ciepłocie sprawia często ból chorej, a także wywołać może częściowe obumarcie tkanki.

Zgorzel skóry, na miejscu wprowadzenia roztworu, po zastrzykiwaniach solnych, zwróciła ostatniemi czasy uwagę badaczy, a nawet starano się na drodze doświadczalnej wytłomaczyć przyczynę zjawiska tego.

Są to znane prace Baisch'a o niebezpieczeństwie zastrzykiwań podskórnych roztworu sody i soli i prace Vormsera o gangrenie skóry po zastrzykiwaniach podskórnych.

Baisch, na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświad-



czeń nad zwierzętami, wnioskuje, że przyczyną zgorzeli jest zawartość sody w roztworze.

Vormser stwierdza, że i po zastrzykiwaniach roztworu fizyologicznego soli zgorzel nieraz występuje.

Autorzy ci w taki sposób szeregują przyczyny, mogące—wywołać zgorzel skóry, po zastrzykiwaniach solnych.

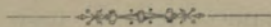
Po pierwsze, zastrzyknięcie w skórę, a stąd anemia, wskutek ucisku zastrzykniętego płynu na naczynia włosowate.

Powtóre, zakażenie z następną flegmoną.—Nakoniec, zaburzenia nerwowe, troficzne, najpewniej, wskutek uszkodzenia, właściwych nerwów skórnych.

Istotnie, występowania zgorzeli, co i mnie się wydarzyło, w pewnych razach, inaczej wytłomaczyć sobie nie można, jak miejscowymi zaburzeniami, w inercyji i w krwiobiegu.

W każdym razie, w ostatecznym wniosku przyznać musimy, że znaczenie zastrzykiwań solnych wogóle, przy zakażeniach, a w szczególności, przy połogowym, bywa w skutkach duże, a nawet doniosłe. Zakażenie w przebiegu swem przechodzi, przeistacza się, bardzo często w samo zatrucie ustroju.

Taka dodatkowa toksy-infekcja bywa niebezpieczną nie-raz nie ze względu na wyjątkową złośliwość, lecz z powodu pewnej niedomogi oddzielnych narządów, a nawet niemocy wskutek długotrwałej choroby, całego ustroju. Otóż, zastrzykiwania solne przez pobudzenie krwiobiegu i układu nerwowego skutecznie wyrównują chorobowe zmiany w tkankach, a tem samem sprzyjają powrotowi równowagi czynnościowej.



## II. Z terapii neurastenii płciowej.

(HEROINUM MURIATICUM).

Podał

Dr. med. Henryk Higier.

Neurastenia seksualna stanowi jedną z bardzo częstych i różnobarwnych chorób nerwowych, jak powszechnie wiadomo. Spotykamy ją zarówno u mężczyzn, jak kobiet wzmożonej pobudliwości, upośledzonej czynności i postaci mieszanej, tak zwanej niemocy pobudliwej (*reizbare Schwäche*). Powstaje neurastenia pochodzenia płciowego zarówno wskutek *excessus in Venere*, jak — co jest o wiele rzadszem — wskutek zupełnego unikania stosunków płciowych, zarówno u zawodowych masturbantów, jak u dorosłych niepokalanych abstynentów, zarówno przy *coitus interruptus*, jak *reservatus*, zarówno przy dobrze, jak źle wyleczonych tryprach, zarówno u hypochondryków, jak dotkniętych chorobą rdzeniową wszelakiego rodzaju.

Terapia ukształtować się zwykła stosownie do przeważania w obrazie klinicznym objawów podrażnienia lub porażenia. Jeden lekarz — a takich, niestety jest większość — święcie wierzy w leczenie miejscowe ledwie dostrzegalnych śladów dawno przebrzmiałej ostrej rzeżączki, inny usiłuje pokonać neurastenię przy pomocy ogólnego leczenia systematu nerwowego. Samo się przez się rozumie, że nie zawsze i wszędzie możemy zastosować leczenie ogólne, zwłaszcza, gdy chodzi o pacjentów niezamożnych, U tego rodzaju chorych zadawaliśmy się — mówię w tej chwili o neurastenii z mężczyzn stosowaniem procedur, łatwo się dających przeprowadzić w leczeniu domowem (wstrzymanie się od wyskoku i stosunków płciowych, zwykła termoterapia, spanie na twardym materacu, wieczorne dawki bromu i t. p.

W wielu przypadkach, gdzie wzmiankowana terapia mnie zawodziła, próbowałem w ostatnich czasach za przykładem *Heins'a*, *Becker'a*, *Engeln'a* i *Strauss'a* <sup>1)</sup> stosować chlorek heroiny i, o ile mi się zdaje, ze skutkiem bardzo pomyślnym. Dokładniejsze dane posiadam tylko o 11 chorych, którzy się systematycznie leczyli i kilkakrotnie w ambulansie mnie odwiedzali i tych wyłącznie mam na myśli, mówiąc o leczeniu heroina.

W 6 przypadkach pollucyi nocnych, występujących 3 — 4 razy tygodniowo, a nawet po dwa razy przez noc, a wywołujących uczucie niemocy, apatyę, bóle krzyża i głowy, bezsenność lub sen przerywany, osiągnąłem bardzo zadawalające rezultaty przy stosowaniu heroiny.

W 2 przypadkach spotęgowanej pobudliwości płciowej (częste naprężenie pręcia) przy rozwijającym się włądnie, a w 3 przy neurastenii wskutek onanizmu i zbyt częstych stosunków środek ten również okazał się bardzo skutecznym.

Dla osiągnięcia szybkiego i stałego działania byłem zmuszony, również jak *Becker* i *Strauss*, uciekać się do znacznie większych dawek od stosowanych zazwyczaj dawkach. Właściwie dopiero potrójna dawka zniżała pobudliwość spotęgowaną w sferze seksualnej. Jeszcze pewniej działały dawki, przewyższające 1 centygram, a zażywane co wieczór w ciągu pierwszego, co 2-gi wieczór w ciągu 2-go, a w 3-ci w ciągu 3-go tygodnia w postaci pigulek, czopków lub proszków.

Słabą stroną heroiny było to, że się ustrój łatwo przyzwyczajał do niej i zwykła dawka, dłuższy czas stosowana,

---

1) *Heins*. Propriétés anaphrodisiaques de l'heroine. 1902.

*F. Becker*. Ueber die Bedeutung des Heroins als Anaaphrodisiacum. Berlin. klin. Wochen. 47. 1903.

*Engeln*. Heroin bei sexueller Neurastenie. Aertzliche Rundschau 14. 1903.

*A. Strauss*. Das Heroinum hydrochloricum als Anaaphrodisiacum. München. medic. Wochenschr. 36. 1902.

dopiero po kilkodniowej przerwie odzyskała swoją pierwotną siłę działania.

U większości moich neurasteników poprawiał się wraz ze znikaniem objawów miejscowych stan ogólny: usposobienie i samopoczucie były lepsze, zdolność i chęć do pracy wraca- w nogach i krzyżu oraz z bólów głowy zostały ledwie ślady.

Nie miałem sposobności wypróbować heroiny przy erek- cyach bolesnych, w przypadkach natury często urologicznej (rzeżączka, katar pęcherza, zapalenie przyjądrza, *prostatitis*). Zresztą chodziło mi głównie o działanie tego środka jako *anaphrodisiacum*, nie zaś *analgeticum*, gdyż w tem ostatniem niewątpliwie zastępują go znakomicie makowiec i morfina.

Jako przetwórcy, zniżający pobudliwość płciową, („*cessant l'heroine, Don Juan renaissait*“ — wyraża się z pewną przesadą *Heins*) zasługuje heroina w każdym razie na bliższe zba- danie. Jest ona pożądanym środkiem pomocniczym przy le- czeniu ogólnem, zwłaszcza *in praxi pauperum*. Zasługuje jesz- cze na uwagę, że jest nie droga, bez zapachu i przykrego smaku, bez ubocznego działania przetworów morfinowych na przewód pokarmowy, że towarzysząca *pollakiuria* w 2 wyżej przytoczonych przypadkach neurastenii również się poprawiła przy stosowaniu heroiny, wspominam mimochodem, nie prze- sądzając i nie uogólniając tego faktu.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

303. **Nowe metody znieczulania ogólnego za pomo- cą eteru.** (Münch. Med. Woch Nr. 46 — 1903). Pierwszym środkiem, za pomocą którego osiągnięto znieczulenie ogólne był eter, zalecony w 1846 r. przez Jackson'a i Morton'a. W kilka lat później eter został wyrugowany przez chloroform, który zalecony był w 1847 r. przez Simpson'a. Do chwili

obecnej jeszcze nie rozstrzygnięto, który z tych dwóch środków zasługuje bardziej na zastosowanie.

Porównawcza statystyka z roku 1897 przemawia więcej na korzyść eteru, gdyż przy usypianiu chloroformem przypadków śmierci było w stosunku 1:2075, przy usypianiu zaś eterem tylko 1:5112. To też w ostatnich czasach dzięki nowym metodom usypiania i zarzuceniu specjalnych masek eter zdobywa coraz więcej zwolenników.

Według dawniejszych pojęć, do szybkiego osiągnięcia usypienia za pomocą eteru potrzebne były właściwej budowy wielkie maski, które twarz całkowicie zakrywają.

Jedną z najczęściej używanych była maska Wagner-Longard'a, w której dwa umieszczone wentyle zapewniały dostateczny dostęp powietrza; w praktyce jednak maska ujawniła pewne niedogodności, po pierwsze dlatego, że dla dokładnego działania wentylów maskę za pomocą dwóch rąk trzeba było przyciskać szczelnie do twarzy, do nalewania eteru i podtrzymywania dolnej szczęki potrzebny był pomocnik, po drugie—maskę trudno było oczyszczać i odkażać.

Rzadziej używana maska Juillard'a posiada oprócz wyżej wspomnianych niedogodności jeszcze i tę stronę ujemną, że, nie posiadając wentylów, odcina dostęp powietrza i wskutek tego z konieczności sprowadza zaduszanie; ztąd u wielu usypianych eterem powstaje uczucie strachu, siność twarzy i utrudnienie oddechu. Maską tą, zdaniem Hoffmanna powinna oddawna znaleźć się w archiwum.

Obecnie Witzel podaje nową metodę usypiania eterem. Na zasadzie licznego materiału usypianych W. dowiódł po pierwsze, że do osiągnięcia ogólnego znieczulenia za pomocą eteru wystarcza zwyczajna maska używana do chloroformowania; po drugie—eter należy podawać kroplami, gdyż para eteru w stanie stężonym działa drażniąco na błony śluzowe dróg oddechowych i wywołuje wzmożenie wydzieliny śluzowej; dodać należy, że, im mniej zużyto eteru, tem prędzej i spokojniej następuje znieczulenie ogólne. Chora podczas usypiania powinna leżeć z odchyłą ku tyłowi głową.

Nie u wszystkich jednak osobników, szczególnie u mężczyzn udaje się osiągnąć znieczulenie dostateczne dla zabiegów operacyjnych li tylko za pomocą eteru.

W takim razie, zdaniem Braun'a, nie należy powiększać ilości podawanego eteru, lecz uciec się do środków pomocniczych, jako to: morfiny, skopolaminy, chloroformu i innych.

Braun mniema, że wtedy charakter czystej narkozy eterowej zatracą się i nazywa ją narkozą mieszaną. Hoffmann jest innego zdania, dowodząc, że przy narkozie mieszanej podajemy 2 lub 3 środki nasenne jednocześnie i w dawkach przekraczających najwyższą dawkę każdego z tych środków, natomiast środki możemy dowolnie dawkować. Użycie środka pomocniczego jest tylko czynnikiem przygotowawczym, użycie chloroformu — uzupełnieniem uspienia.

Środki pomocnicze zastrzykują na pół godziny przed rozpoczęciem uspienia: morfinę w ilości 0,01 — 0,02. Przed cięciem brzuszem Fuchs radzi wzamian morfiny zastrzykiwanie kodeiny po 0,15, która nie wywołuje znaczniejszych zaburzeń w ruchach robaczkowych jelit.

W celu otrzymania zupełnego znieczulenia Witzel zaleca podawanie kilkunastu kropel chloroformu pomiędzy kroplami eteru.

Ponieważ eter, podawany nawet kroplami, wywołuje niekiedy nadmierne wydzielanie śluzu, który podczas ruchów wymiotnych może przedostawać się do drobnych oskrzeli i wywoływać następcze zapalenia płuc, próbował pierwszy Reinhard w celu zmniejszenia wydzielania śluzu zastrzykiwać wraz z morfiną atropinę, lecz Braum zwrócił słuszną uwagę na niebezpieczeństwa, jakie mogą wyniknąć z zastrzyknięć atropiny.

Przeto w roku 1900 Schneiderlin spróbował atropinę zastąpić skopolaminą; wkrótce przedsięwzięte przez Korff'a i Bloś'a, próby dały wyniki nieszczególne, ponieważ skopolaminę i morfinę zastrzykiwano w dawkach przewyższających maksymalne dawki. Hartog, niezrażony niepomyślnymi rezultatami, zaczął robić nowe próby i otrzymał wyniki dobre.

Przy jego metodzie niebezpieczeństwo usypiania eterem jest prawie żadne. Zaleca on na pół godziny—godzinę przed usypianiem zastrzyknąć 0,01 morfiny i 0,0005 scopolaminy hydrobromatu; roztwór skopolaminy powinien być zawsze świeżo przygotowany. Przy tej metodzie otrzymujemy prędki sen, bez wymiotów podczas usypiania i po obudzeniu i minimalne wydzielanie śluzu.

Zdaniem wielu powag nowe metody usypiania za pomocą eteru powinny wyrugować chloroform z dominującego miejsca, jakie tenże obecnie zajmuje. *Henryk Jastrzębski.*

304. W. Woskresienskiej. **O sposobach otwierania zatoki Highmor'a.** (Rusk. chir. Archiw, księga V, 1903). W przypadkach ropnego zapalenia zatoki Highmor'a bezwzględnie utorowanie drogi odpływu wytworom sprawy chorobowej musi być jedynym postępowaniem racjonalnym. Zazwyczaj też celem przedostania się do zatoki, operujący otwiera zębodół pierwszego lub drugiego większego zęba trzonowego, tych bowiem korzonki dotykają niemal dna jamy. Sposób ten prosty i łatwy nie daje jednak wyników stale zadowalniających, gdyż wyźłobiony kanał zarasta wcześniej, przy czym w leżącej pozycji chorego ściekanie ropy jest całkiem niedostateczne.

Inna metoda polega na utorowaniu drogi przez dół psi. Otwór otrzymuje się większy, wprawdzie, lecz i w tym razie łatwość odpływu nie jest zabezpieczoną, jak należy, chyba, że pacjent nie będzie leżał na wznak lub na boku, a trzymać będzie głowę, pochyloną ku piersi.

Dla uniknięcia przedostawania się do zatoki zarazków z jamy ustnej Mikulicz wykonywa otwarcia jamy od strony nosa, t. j. od wewnętrznej ściany nosowej szczęki. I w ten sposób nie otrzymuje się jednak ścieku idealnego, a zranić można wylot kanału łzawego, co jest powikłaniem arcy-niepożądanem.

Chcąc rzecz tę rozstrzygnąć w duchu pomyślnym, dr. W. dokonał szeregu doświadczeń na trupach, otwierał w mowie będącą zatokę, wypełniał ją cieczą przez dziurę w górnej ścianie jamy, poczem nadawał głowie trupa położenie poziome, bądź pionowe. Stwierdzono wówczas stanowczo, że ani jedna z metod powyższych nie czyni zadość zadaniu głównemu — utorowania drogi wydzielinie, czem też wytłomaczyć można owo przedłużanie się sprawy przez miesiące i lata. Nie ulega wątpliwości, że chirurdzy uwzględniają za mało przebieg anatomiczny wyrostka zębowego szczęki górnej, łatwość dostępu doń przy ustach otwartych i szczękę odciągniętej oraz jego stosunek do zatoki Highmor'a. Gdy osobnik trzyma głowę pionowo, wyrostek ten staje się niemal dnem zatoki, graniczy z tą ostatnią na długości 3 — 4 ctm. i jakby sam napraszał się wówczas, by skorzystać zeń w celach operacyjnych. Rozumie się, korzystać należy nie na tak ograniczonym dystansie, jakim być musi zębodół pojedynczy, lecz właśnie na długości wszystkich, przebiegających pod zatoką, zębów; nadto

należy usunąć dłutem gąbczastą istotę kostną, zawartą między ścianami zębowego wyrostka. Na operacyi takiej można poprzestać w tym razie, gdy odległość między niemi nie przewyższa 1 ctm. W przeciwnym razie, gdy istnieją jeszcze różne zagłębieni a w ścianach wyrostka, wypadnie uraz operacyjny powiększyć znacznie, t. j. usunąć całą ścianę zewnętrzną wyrostka, oraz część dolną powierzchni licowej i skroniowej szczęki. Wymiary wydłutowanego w tym celu odcinka wyrostka i szczęki dochodzą w poprzek do 2 ctm. (od dolnego brzegu wyrostka zębowego do podstawy proc. zygomatici szczęki), a wzdłuż — do 4 ctm. od proc. pterygoideus kości klinowej do pierwszego bicuspidatus.

Utorowany w ten sposób otwór pozwala dotrzeć do najtajniejszych zakątków zatoki, wytamponować te ostatnie dokładnie i usunąć zwyrodniałą śluzówkę, gdzie trzeba. Szeroka droga zabezpiecza tu zupełnie odpływ w dowolnej nawet pozycyi chorego, z głową np. na poduszkach ułożoną wysoko; rychłe zatem wyleczenie chorego po dokonaniu w mowie będącego zabiegu jest pewnem. Metoda nie zabezpiecza, wprawdzie, chorego przed najściem zarazków z jamy ustnej, te ostatnie jednak, w obec warunków, nie dopuszczających do zastoju, wydzielać będą się na zewnątrz nader łatwo.

*K. Niedzielski.*

305. Neudörfer. **Zmniejszenie nosa drogą operacyi.** (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 43, 1903). Przypadek dotyczy młodego aktora, który chciał pozbyć się szpecącej go wady rozwojowej nosa; narząd ten, zgarbiony w miejscu odpowiadającym chrząstce trójkątnej, sterczał na twarzy nadto wybitnie. Choremu amputacyi plastycznej dokonał Gersuny w sposób następujący: cięcie poprzeczne przez przegrodę ruchomą, dość blisko miejsca przyczepu do wierzchołka nosa; ztąd rozkrajano septum cartilagineum w kierunku takim, by cięcie pod skórą grzbietu nosa kończyło się w pobliżu jego wierzchołka.

Po uruchomieniu narządu powonienia i rozciągnięciu jego skrzydeł specjalnem narzędziem oddzielono skórę nieuszkodzoną od grzbietu nosa. Narzędziem tem była podważka (elevatorium) tępa, której środek tworzył niejako dłuto ostre, a zaopatrzone w krótkie ostrza koniuszczki po stronie każdej sterczały na 2 mm. Tymi ostatnimi przecinano też napięte pęczki tkanki łącznej podczas preparowania skóry. Odsunawszy ją aż do nasady nosa, w kierunku zamierzonego cięcia



amputacyjnego lekkim uciskiem ręki i słabemi uderzeniami młotka, rozcięto dłutem kostne rusztowanie nosa, dzięki czemu garb tegoż zapadł się do jamy rany i dał się wyciągnąć kleszczami.

Ponieważ, na skutek braku w ścianie bocznej rusztowania kostnego, grzbiet nosa był zaszeroki nieco, kleszczami, zaopatrzonemi w dreny, po wprowadzeniu jednej gałęzi do kanału nosowego, pochwycono ową ścianę boczną, nadłamano i odwrócono do środka; zaszyto, wreszcie, małe cięcie poprzeczne w przegrodzie ruchowej. Celem zmniejszenia upływu krwi, przed zastosowaniem narkozy ogólnej zastrzyknięto pod skórę grzbietu nosa 1,0 płynu Schleich'a z 3-ma kroplami adrenaliny i, rzeczywiście, pacjent stracił zadziwiająco mało krwi. Dołączone do oryginału fotografie en face i z profilu—przed operacją i w trzy tygodnie po teźże przekonywają o pięknym wyniku kosmetycznym.

*K. Niedzielski.*

306. **Gojące kompresy przy ostrem zapaleniu gruczołów szyjowych u dzieci.** (La Semaine Médicale, Nr. 2, 1904). Przy ostrem niegruźliczym zapaleniu gruczołów szyjowych dr. J. Bokay polecał niedawno okłady z lodu, które, stosowane w samym początku choroby, miały jakoby od razu przerwać proces zapalny. Gdy się to nie udawało, przechodził on do kompresów ciepłych, żeby przyspieszyć ropienie.

Dr. Demay de Certant z Bordeaux spróbował z bardzo dobrym wynikiem, zamiast lodu — okładów bardzo gorących, które stosował też od samego początku choroby. Mianowicie, maczał on gazę, złożoną w kilkoro w bardzo gorącej wodzie, i, wyżawszy nieco, przykładał do szyi; na to kładł ceratkę i bandaż. Zmieniał kompres 2 razy dziennie, jeżeli zaś po 2 — 3 dniach nie było widać poprawy, to i częściej.

W 12 przypadkach, obserwowanych przez autora, 10 razy był szybki powrót do zdrowia, tam mianowicie, gdzie gorące kompresy były stosowane od samego początku choroby; w 2 pozostałych doszło do ropienia, gdyż zabieg ten rozpoczęto w kilka dni po wybuchu zapalenia.

*A. Fitkal.*

307. Dr. Eugène Felix. **Przedziurawienia przegrody nosowej, niezależne od przymiotu.** (La Semaine Médicale, Nr. 6, 1904). Przedziurawienie przegrody nosowej najczęściej spotyka się w przymiocie, w okresie trzeciorzędnym,

nie ulega to wątpliwości. Przy badaniu 43 chorych na przymiot w klinice prof. Petrini'ego przedziurawienie przegrody nosowej znaleziono u 6-iu; tymczasem przy badaniu 12 chorych z przymiotem w oddziale dla chorych nosa i ucha w szpitalu Coltz'a przedziurawienie przegrody okazało się u 7 osobników. To nam tłumaczy podawany zwykle niewielki procent przedziurawień przegrody nosowej, gdyż przy badaniu chorych na przymiot najczęściej zaniedbuje się badanie nosa.

Lecz z tego nie wynika, żeby każde przedziurawienie przegrody nosowej przypisywać przymiotowi. Właśnie też autor w swej pracy wylicza przyczyny, które doprowadzić mogą do przedziurawienia przegrody nosa. O wrodzonych przedziurawieniach, jako nader rzadkich, autor ledwie wspomina.

Co się tyczy nabytych przedziurawień przegrody, autor dzieli je na idyopatyczne i symptomatyczne.

Do pierwszej grupy zaliczone są naprzód przedziurawienia, spowodowane przez wrzód zwykły drażący. Wypadki te są bardzo rzadkie i stwierdzane bywają dopiero na sekcji (Hajek na 2136 sekcji znalazł 33 razy), gdyż za życia nie sprawiają człowiekowi żadnej dolegliwości. Kość w podobnych wypadkach nie bywa naruszona.

Dalej idą przedziurawienia profesjonalne. W fabrykach cementu, naprz., robotnicy, starając się wydobyć palcem cement, osiadający przy wejściu do jam nosowych, ranią paznogciem błonę śluzową, z czego z biegiem czasu powstają przedziurawienia przegrody. Brak ten bywa tu tylko w części chrząstkowej. Częstość tego rodzaju przedziurawień jedni podają na 1%, jak M. Betz, drudzy nawet na 10% (M. Jurasz). W fabrykach, gdzie używają soli chromowych, robotnicy także podlegają przedziurawieniom przegrody w części górno-tylnej; przytem i część kostna bywa wciągnięta w sprawę. Częstość tego rodzaju przedziurawień przegrody podawana jest przez jednych (Phipson) na 50%; przez drugich (Mackenzie) nawet na 100%.

W fabrykach zapalek fosforowych M. Röpke spotkał 2 razy przedziurawienie przegrody nosowej, badając 64 robotników.

Dalej spotyka się defekt u robotników, mających do czynienia z arsenikiem, kwasem solnym i azotowym. Nakoniec P. Müller ze Stassfurtu, badając 165 robotników, zajętych mieleniem soli, znalazł przedziurawienie przegrody nosowej u 42 osobników.

Do grupy idyopatycznych przedziurawień przegrody zaliczamy jeszcze spowodowane przez niezbyt zanikowy błony śluzowej nosa. Dalej, obrażenia zewnętrzne (uderzenie, upadek) mogą być przyczyną ropnia przegrody i przedziurawienia tejże wskutek zgorzeli chrząstki. Ciała obce, znajdując się w jamie nosowej i uciskając przez czas dłuższy przegrodę, mogą też doprowadzić do jej przedziurawienia. W końcu pierwszej grupy autor wspomina o przedziurawieniach, spowodowanych przypadkowo przez chirurga przy operacji wyprostowania skrzywionej przegrody nosowej. Przedziurawienia przegrody nosowej, zaliczone przez autora do drugiej grupy, czyli symptomatyczne, zdarzają się w chorobach infekcyjnych ostrych lub przewlekłych. Więc w tyfusie brzuszny, przeważnie w okresie zdrowienia, notowane są przedziurawienia przegrody, zależne od drapania w nosie palcem. Po błonicy krtaniowej w 5 tygodni M. Baumgarten zauważył owrzodzenie na przegrodzie nosa, które doprowadziło do przedziurawienia. W ospie naturalnej też obserwowano podobne przedziurawienia przegrody.

Co się tyczy chorób przewlekłych, na pierwszym miejscu po przymocie co do częstości przedziurawień przegrody nosowej trzeba postawić gruźlicę nosa i wilka nosa. W gruźlicy nosa zdarzają się, choć rzadko, przedziurawienia przegrody w części chrząstkowej i kostnej; przeciwnie w wilku — przedziurawienia w części kostnej nie spotykają się nigdy, nawet w chorobie bardzo zastarzałej, w chrząstkowej — dosyć często.

W trądzie w  $\frac{1}{4}$  przypadków spotyka się defekt przegrody w części chrząstkowej i kostnej.

W przypadkach nosacizny, zwłaszcza przewlekłej, także może dojść do przedziurawienia przegrody.

Na tle twardzieli nosa przedziurawienie przegrody zdarza się, jednak rzadko.

Dalej spotykano jeszcze ten defekt przy mięsakach nosa i przy polipach śluzowych wskutek ucisku na przegrodę. M. Moncorgè widział przedziurawienie przegrody u osobnika, dotkniętego przewlekłą chorobą nerek. Objaśnia on to zakrzepem, na miejscu którego tworzy się owrzodzenie i zgorzel tkanki.

Widzimy więc, że na zasadzie samego tylko braku przegrody nosowej nie można postawić rozpoznania przyczynowego; trzeba wziąć pod uwagę poprzednie choroby, zaję-

cie chorego, zbadać dokładnie cały organizm, wtedy dopiero uda nam się rozstrzygnąć zadanie i będziemy mogli przeprowadzić stosowne leczenie.

W końcu swej pracy autor usilnie przestrzega przed stawianiem pośpiesznego rozpoznania przymiotu u osobników, dotkniętych przedziurawieniem przegrody nosowej, gdyż, jak widzieliśmy, przyczyny tego defektu mogą być różnorodne.

*A. Fitkał.*

308. **Leczenie wrzodów chronicznych goleni, pochodzących z żyłaków, za pomocą ochładzań.** (La Semaine Medicale Nr. 12). Leczenie wrzodów chronicznych goleni (ulcera cruris varicosa) znakomicie posunęło się naprzód przez zastosowanie przeszczepiań naskórka. Są jednak wypadki, na przykład, przy wrzodzie okalającym, gdzie trzeba się nieraz uciekać aż do odjęcia kończyny. Jednakże nawet w takich wypadkach można otrzymać dobre rezultaty, przez zastosowanie metody, używanej już dawniej z dobrym skutkiem do leczenia ischias, a od lat kilku i chronicznych wrzodów goleni.

Pierwszym, który około roku 1897 zastosował ową metodę, był dr. E. Fürst z Królewca. Zauważył on mianowicie, że ochładzając ucho królika w ciągu 15 sekund za pomocą rozpylań eterowych i powtarzając tę czynność kilka razy dziennie, otrzymujemy po upływie kilku dni silne bujanie naskórka, którego grubość może ośmiokrotnie przewyższyć grubość normalną. Powtórzył on te doświadczenia i na samym sobie i doszedł do tych samych rezultatów.

Do leczenia wrzodu chronicznego metoda owa została zastosowana dopiero od lat 5, naprzód przez dr. M. Wernera z Heidelberga, a jeszcze później przez dr. Sciasnego z kliniki Wiedeńskiej profesora Gussenbauera.

M. Werner postępował prawie w zupełności tak, jak M. Fürst w swych doświadczeniach. Mianowicie, chore miejsce ochładzał on 3 razy dziennie rozpylaniem eteru od 1 do 15 sekund. Ażeby uniknąć miejscowego działania (nb. bardzo bolesnego) spray'u eterowego, pokrywał on wrzód słojem tłuszczu. M. Sciasny postępuje nieco inaczej.

Z początku, zwłaszcza, gdy ma przed sobą wrzody w stanie podrażnienia, a takie przeważnie wypadki dostają się do szpitala, stosuje on w ciągu 1-2 dni wilgotne okłady. Wtedy dopiero rozpoczyna on pulweryzację naprzód z fizyologi-

cznego roztworu soli, aby usunąć z powierzchni wrzodu strupy i brudy, a potem z chlorku etylu (nie z eteru). Aby zaś chlorek etylu nie dostał się do rany, pokrywa ją, podobnie, jak M. Werner, dość grubym słojem tłuszczu.

Jeżeli wydzielina wrzodu jest obfita, postępowanie jest nieco inne. Mianowicie, bierze on kawałek gazy, wielkości wrzodu, pokrywa ją tłuszczem i potem rozpyła na nią chlorek etylu. Gdy na gazie ukaże się szron, przykłada ją na wrzód. Gdy szron znika, trzeba gazę odejmować. Czynić to należy z wielką ostrożnością, aby nie poodrywać razem z gazą wysepek naskórka. Czy ochładzamy tym sposobem, czy tamtym, zawsze potem musimy obandażować całą kończynę, zaczynając od kostek.

W ten sposób M. Sciasny postępuje raz na dzień. Można też zrobić dziennie kilka posiedzeń; za to chory musi odpoczywać przez kilka dni. W ciągu paru tygodni można otrzymać zupełne wyleczenie.

Trzeba przyznać jednak, że metody te są bardzo bolesne, zwłaszcza sam moment ochładzania; to też uciekamy się do nich tylko wtedy, gdy wszystkie środki i sposoby zawiodły.

A. F.

309. **Guyot. Jak postępować przy ciałach obcych w jamie opłucny, które się tam dostały przypadkowo po operacji ropówki tejże.** (La Semaine Médicale, Nr. 5, 1904). Po operacji ropnego zapalenia opłucny zdarza się nieraz, że do jamy jej dostaje się wypadkowo ciało obce: instrument, sączek, kawałek gazy i t. p. W takich razach uciekano się do metody wyczekującej, lub starano się wydobyć ciało obce za pomocą odpowiednich szczypczyków.

Naturalnie, że poszukiwanie tych przedmiotów wymaga wielkiej cierpliwości ze strony chorego i lekarza, i przeważnie kończy się bez rezultatu, zwłaszcza u dzieci.

Pozostaje wtedy metoda krwawa: rozszerzenie rany lub nawet rezekcja żebra. W podobnych wypadkach możemy jednak uniknąć operacji krwawej, postępując według sposobu, podanego przez M. J. Guyot'a. W jednym wypadku u dwuletniego dziecka po przemyciu jamy opłucny wśliznął się do tejże jamy sączek, Guyot zaczął rozszerzać stopniowo fistulę za pomocą pałeczek blaszkowca, zaczawszy od najcieńszych numerów. Po 3 dniach fistuła rozszerzyła się tak, że łatwo

udało się wyciągnąć za pomocą szczypczyków sączek, który pokazał się u wewnętrznego otworu fistuły, gdy wyjmowano pałeczkę blaszkowca, aby ją zastąpić nową grubszą.

Rozszerzanie więc fistuły oddało podwójną usługę: obfity odpływ ropy i skierowanie sączka razem z ropą ku otworowi fistuły. Gdyby zaś zdarzyło się, że pomimo częstych zmian opatrunku (2—3 razy dziennie), sączek nie był by widocznym u wewnętrznego otworu fistuły, wtedy, podług Guyot'a, osiągnęlibyśmy ten cel za pomocą przemywań jamy płucny.

*A. Fitkał.*

310. Popescu. **Obce ciała w przelyku i ich chirurgiczne leczenie.** (Dissertatio. Bukareszt 1903 r.) Obce ciało, znajdujące się już kilka dni w przelyku, należy natychmiast (najpóźniej przy końcu drugiego dnia) usunąć przez rozcięcie przelyku, gdy jedna próba wyciągnięcia go niekrwawym sposobem okazała się bezskuteczną. Tak samo należy postępować, gdy rodzaj obcego ciała nie pozwala wydobyc go naturalną drogą, albo nie pozwala go zepchnąć ku dołowi.

Gdy szyja obrzmiewa, albo gdy pojawiają się krwotoki z przelyku, należy natychmiast go rozciąć.

Rozcięcie przelyku od strony szyi u dorosłych w każdym jest przypadku, wskazane, gdy ciało obce zatrzymało się poniżej zwężenia tętnicy głównej.

Gdy znajdujemy ciało obce pomiędzy czwartym i siódmym kręgiem piersiowym i gdy usunięcie go niekrwawym sposobem zdaje się zupełnie niemożliwym, to jedyny ratunek daje nam rozcięcie przelyku wewnątrz klatki piersiowej. Gdy ciało obce znajduje się w tej części przelyku, która przechodzi przez przeponę i przez jamę brzuszną, to w takim przypadku prowadzi do celu jedynie rozcięcie żołądka.

*W. Biehler.*

## II. Akuszerya.

311. E. Meyer. **Dwa przypadki jednocześnie przebiegającej ciąży zamacicznej i wewnątrzmacicznej.** (Centr. f. Gyn. Nr. 46—1903). Przypadki jednocześnie przebiegającej ciąży zewnątrz i wewnątrz macicznej należą do rzadkich. S t r a u s s

zebrał w literaturze do 1901 roku 32 przypadki, z których w dwóch przypadkach dzieci urodziły się żywe; po urodzeniu się wewnątrzmacicznego, zewnątrzmaciczny wydobyto przez cięcie brzuszne, w reszcie przypadków przeważnie wewnątrzmaciczne żywe, zamaciczne—martwe, a to dlatego, że nie robiono cięcia brzuszego.

Rozpoznanie ciąży macicznej powiklanej ciążą zamaciczną zależnie od rozmaitego klinicznego przebiegu bywa nieraz bardzo trudne. Najłatwiej postawić rozpoznanie, gdy przy objawach przerwanej ciąży zamacicznej odejdzie z macicy jajko płodowe. We wczesnych okresach ciąży tylko na tej zasadzie można postawić rozpoznanie.

W dwóch przypadkach, podanych przez autora, pomimo wczesnego okresu ciąży rozpoznanie było postawione prawidłowo, dzięki próbnemu przekłuciu pochwowemu, które zdaniem M., wraz z innymi objawami jest cennym środkiem rozpoznawczym wbrew twierdzeniu v. Braun Fernwald'a, że jest to zabieg niebezpieczny, gdyż może spowodować krwawienie i błędy rozpoznawcze. Autor wielokrotnie wykonywał próbne przekłucie i nigdy nie otrzymał krwawienia; przypadek Lindenthal'a, zdaje się, jest unikatem w literaturze.

Leczenie rozpoznanej ciąży zamacicznej powinno polegać na cięciu brzuszem i wycięciu ciężarnego jajowodu, lub też wykonanie takiego zabiegu przez pochwę. Konserwatywne, wyczekujące leczenie dozwolone tylko w szpitalu. Jednocześnie przebiegająca ciąża maciczna nie stanowi przeciw wskazania do wykonania zabiegu.

Przy otorbionych krwistkach zabieg polega na zwyczajnym cięciu pochwowem. Obecnie jednak, zdaniem Zweifel'a, leczenie przy krwistkach powinno być wyczerpującem; jedynie przy rozpoczynającym się ropieniu, bólach i znacznym wylewie krwawym wskazanym jest zabieg operacyjny. W jednym z przypadków, podanych przez autora, z powodu ropienia i znacznej wielkości krwistka 1200 sz. ctm. zawartości, wskutek czego wywołaniem zostało zupełne zamknięcie światła kiszki stolcowej, wykonano cięcie poprzeczne tylnego sklepienia pochwy; natychmiast po wykonaniu zabiegu wraz z masą zakrzepniętej krwi odeszły obfite wiatry z kiszki stolcowej. Jamę krwistka ostrożnie zatamponowano za pomocą gazy jodoformowej; po 48 godzinach wydobyto gazę i przepłukano

jame; przy płukaniu odeszło łożysko. W przypadku Madlehner'a łożysko odeszło dopiero po 14-u dniach.

*Henryk Jastrzębski.*

312. Henkel. **Rheol — galki rheol — pałeczki.** (Centralbl. J. Gynäk. 1904, Nr. 2, str. 60). Powyższe galki i pałeczki zrobione są z drożdży żywych z dodaniem asparaginy i żelatyny i w stanie gotowym znajdują się w handlu (aptekarz Hirschfeld, Rosstrasse, w Berlinie).

Galki te stosują się przeważnie przy katarach pochwy i szyi natury rzeżączkowej; pałeczki wprowadza się do szyi za pomocą wziernika. Przy istnieniu nadżerki należy umocować pałeczkę za pomocą tamponu napojonego ichntyolglyceryną. Przy zgrubieniu szyi należy zrobić skoryfikacye. Metodą powyższą udawało się autorowi wyleczyć najporczywsze katary. Nie należy kuracyi przerywać, gdy wpływ się zmniejszy do minimum, przeciwnie, należy leczenie w dalszym ciągu prowadzić. Ostre katary są wyłączone z tej kuracyi. Autor nigdy nie widział skutków ujemnych (kolki maciczne, podrażnienie otrzewny) przy tym sposobie leczenia. Bröse ostrzega przed użyciem galek i pałeczek w ostrej postaci rzeżączki szyi. Z 10 chorych u ośmiu wystąpiło zapalenie przymacicza. O stosowaniu tych środków w rzeżączce chronicznej B. nie ma żadnego doświadczenia. Gebhard również otrzymał skutki dobre po stosowaniu galek, które mają jedyną ujemną stronę, że są nietrwałe. Pałeczki okazały się w użyciu mniej wygodnemi. Koblanck chętnie stosuje galki, ponieważ chore same mogą sobie wprowadzać galki do pochwy. Ostrzega zaś przed użyciem rheol-pałeczek. W dwóch bowiem przypadkach wywołały wzdęcia brzucha bez gorączki.

Abraham wykazał na preparatach własności zabójcze drożdży dla gonokoków. Żywe drożdże, zwłaszcza w obecności asparaginy w kilka godzin zabijają gonokoki, streptokoki i stafilokoki. Drożdże odkażone nie są bakteryobójcze. W praktyce autor mi dał dobre wyniki po stosowaniu galek i pałeczek. Pałeczki wprowadzone do szyi powodują niekiedy kolki maciczne, jak każde ciało obce do macicy wprowadzone.

*M. Warszawski.*

313. Leonardo Gigli. **Cięcie boczne miednicy.** (Centr. f. Gynäh. 1904, Nr. 9, str. 281). Jak wykazuje statystyka



za ostatnie dziesięciolecie, przeważna część ran, powstałych po cięciu łonowym (symphysetomia), goiła się per secundam i rany często ulegały zakażeniu. Zdarzało się to nawet w klinikach najidealniej urządzonych, gdzie gojenie się ran per primam było poniekąd prawidłem. Odkąd zaczęto stosować cięcie boczne kości łonowej (15 przypadków), wszystkie bez wyjątku przypadki, niezależnie od warunków i miejsca, miały zejście pomyślne: wszystkie się gładko zagoiły, bez żadnych powikłań. Cięcie linijne miednicy w czasie stosunkowo krótkim zupełnie stężało. Operacja nie pozostawiła żadnych skutków ujemnych, prócz blizny w postaci smugi. Wszystkie chore po cięciu bocznem miednicy wyzdrowiały w ciągu 4 tygodni.

*M. Warszawski.*

314. Gustaw Arndt. **Leczenie pooperacyjnego porażenia kiszek ezeryną.** (Centralbl. f. Gynäk. 1904, Nr. 9). Ezerynę (fyzostygminę) autor zaleca w celu usunięcia wzdęcia kiszek (meteorismus) po laparotomii, ponieważ alkaloid ten podnosząc napięcie (tonus) mięśni kiszkowych, sprowadza skurcz kiszek i zwiększa jej perystaltykę. Stosując ezerynę, autor ani razu nie zauważył wpływu szkodliwego na serce, lecz, przeciwnie, przekonał się, że małe dawki podnoszą czynność mięśnia sercowego. Za przeciw wskazanie do użycia ezeryny Oppenheim uważa podniesienie się poziomu przepony, gdyż środek ten działa przeważnie na gładkie mięśnie oskrzeli; zmniejszenie zatem pojemności płuc może sprowadzić śmierć oddechową. Autor jednak ani razu nie spostrzegł żadnych zaburzeń w oddychaniu ani napadów duszności, pomimo tego, że dokładnie kontrolował oddech we wszystkich przypadkach znacznego wzdęcia brzucha.

Autor stale stosuje eserinum salicylicum, świeżo przygotowane, w postaci wstrzykiwań podskórnych (0,001 pro dosi); autor nigdy więcej nie wstrzykiwał niż 0,002 pro die. Jeżeli ostatnia dawka pozostawała bez skutku, był to dowód, że było to zapalenie śmiertelne otrzewny natury zakaźnej. Carlo określa maksymalną dawkę dzienną na 4 — 6 mg., a pojedynczą na 2 — 3 mg. Niekiedy wzdęcie żołądka bywa większe niż kiszek—dzieje się to po laparotomii, robionej w położeniu Trendelenburga. W tych razach, pomimo odejścia wiatrów i zapadnięcia się brzucha, wzdęcie żołądka nadal pozostawało. Przepłukiwania żołądka obok stosowania ezeryny

podniosły napięcie mięśnia żołądkowego i usunęły wzdęcie żołądka. Dla zachęty autor przytacza 5 przypadków, w których ezeryna okazała się bardzo skuteczną.

M. Warszawski.

### III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

315. Dr. Hellmer z Wiednia stosował *helmitol* (cztery razy na dzień po 1,0) w pięciu przypadkach zapalenia pęcherza pochodzenia rzeżączkowego. W każdym z tych przypadków już na 3 dzień występowała poprawa, tak, że można było przystąpić do miejscowego leczenia rzeżączki. *Helmitol* ma tę zaletę, że ma smak przyjemny, łatwo się rozpuszcza i cena jego jest dostępną. Przepisywać najlepiej w tabletkach á 0,5. (All. Wien. Med. Zeitung 1904).

H. K.

316. Dr. Julius E. Alter z Nowego-Yorku oddaje *helmitolowi* pierwszeństwo przed innymi środkami w zapaleniu pęcherza. Dawki wynosiły po 1,0 trzy razy na dzień. Zwykle już po kilku dniach zmętnienie moczu ustępowało i dawkowanie dojsć mogło do 0,3×3 dziennie. W jednym przypadku, gdzie po urotropinie występowała hematurya, *helmitol* okazał się bardzo skutecznym. W przypadkach uretryty z mętną uryną łączył autor wewnętrzne stosowanie *helmitolu* z 1% wtrzykiwaniami protargolu. Mocz wyjaśniał się już po kilku dniach i unikano w ten sposób wszelkich innych powikłań. (Medical review of reviews, 1903).

H. K.

317. Dr. R. T. Williams on z Manchesteru przekonał się na podstawie licznych doświadczeń, że w lekkich postaciach cukrzycy aspiryna i natrium salicylicum dużą korzyść przynoszą. Ilość cukru w moczu zmniejszała się. Aspirynę podawał autor po 0,6×2 razy dziennie, poczem dawkę szybko zwiększał do 1,0 — 4 — 5 razy na dzień. Autor zwraca uwagę, że preparat ten chorzy nawet w dużych dawkach dobrze znoszą. W bardzo lekkich przypadkach udało mu się przy tej kuracyi nawet bez ścisłej diety osiągnąć doskonałe wyniki. (The Lancet 1904).

H. K.

318. Dr. I. I. K u n o t (Jawa) zaleca *arystochininę* przeciwko malarji. Leczył on tym preparatem jedenastu chorych, z których pięciu cierpiało na febrę podzwrotnikową, 6 zaś na tertiana. U zna-

cznej większości chorych stan ogólny pozostawiał wiele do życzenia; z 11 chorych 9 przechodziło już zimnicę i przedstawiało już mniej lub więcej rozwinięte objawy zakażenia zimniczego. W 10 przypadkach z 11 spostrzeganych już po dwóch dawkach arystochininy gorączka opadła, w jednym tylko przypadku po pierwszych dawkach napady nie ustały. Za dodatnią stronę tego preparatu uważa autor brak działania pobocznego: ucisku w piersiach, bicia serca, nudności, biegunki i t. p. objawów, które niejednokrotnie po chininie występują.

Ze słów powyższych można wyciągnąć wnioski:

1) Arystochinina jest doskonałym środkiem przeciwko zimnicy.

2) Dzięki brakowi smaku i działania ubocznego jest ona wskazaną szczególnie w tych przypadkach, gdzie stosowanie chininy napotyka na trudności, jak u niektórych chorych na zimnicę z organicznymi wadami serca i u dzieci. (Archiv. f. Schiffs—u. Tropenhygiene, 1904).

H. K.

## IV. ODCINEK.

### W sprawie pracowni lekarskiej szpitali warszawskich.

Powstanie pewnych instytucji niekiedy ściśle bywa związane z człowiekiem działającym w danym czasokresie. Również działalność zakładu wiąże się z pracą i wysiłkiem, nieraz całego życia, pewnej jednostki. Działalność ta, znaczenie danego zakładu, lub wogóle miejsca pracy jednostki, lub pracy mniej, lub więcej zbiorowej, bywa, iż szybko rośnie, jakby w stukoniarowe drzewo, wypuszczając łodygi w różne strony i w różnych kierunkach, to znów bardziej się w czynności swej ześrodkowuje, rozwija się słabiej i wolniej, lecz stale. Bywa, niestety i tak, że z powodu bardzo niekorzystnych warunków, lub zmiennych kolei losu, owo środowisko pracy, nawet zbiorowej, coraz więcej traci z oczu cel pierwotny, stopniowo w działalności słabnie i w końcu zamiera. Historia różnych instytucji, zakładów, a jak w tym razie, naszych oddziałów szpitalnych i pracowni przy nich, lub niezależnie od nich istniejących, o które nam w danej chwili chodzi, już dziś przedstawia bogaty materiał dla tego, komu w przyszłości przypadnie w udziale robić obrachunek „z wydzielonych talentów“ różnym ludziom, wprawdzie wybranym, lecz nie zawsze powołanym na ważne i odpowiedzialne, szczególnie w naszych warunkach, stanowisko.

Takiem miejscem pracy jednostki, a także pracy zbiorowej

w ciągu ćwierćwiecza ostatniego, była pracownia t. zw. chemiczno-lekarska szpitali warszawskich, przy szpitalu św. Ducha, u steru której, bądź jako wykonawca, bądź jako kierownik, przez cały ten czas, jak wiadomo, stał zmarły w u. m. Leon Nencki.

O roli, jaką pracownia ta w naszych stosunkach odegrała, o zadaniach, które w ciągu istnienia swego podejmowała, na innym miejscu i nie na jednym, inni koledzy, właśnie obecnie, sprawę zdają. W każdym razie istnienie jej ułatwiło i wogóle umożliwiło wielkiej liczbie lekarzy, a nawet chemików, zapoznanie się z metodami badania, przeprowadzenie badań chemicznych, bakteriologicznych, farmakologicznych i t. p.

Aczkolwiek los zakładów użyteczności publicznej zależy od ich twórcy, czy kierownika, to jednak nie w tym stopniu, aby z chwilą ich ustąpienia z widowni, z pola działalności, sam zakład przestać miał istnieć.

Było by bardzo smutnem świadectwem dla danego ogółu, gdyby z pośród siebie wydać nie potrafił godnych zastępców, lub następców, na pracy placówkę, przez śmierć działaczy poprzednich opróżnioną.

Wprawdzie brak u nas zespołu warunków korzystnych, aby nasze życie naukowe jaśniało, wprawdzie, ono posuwa się powoli, a chwilami nawet słabnie, lecz bez przechwałek, zdaje mi się, prawo mamy powiedzieć, iż jest to życie zabiegliwego mrowiska. A zawsze, jakkolwiekbądź, ono jest.

I w tym wypadku wśród nas znajdują się tacy, którzy i przygotowani i gotowi są podjąć, może w formie zmienionej, prowadzenie pracowni lekarskiej szpitali warszawskich.

Pracownia musi uleść reorganizacji, podyktowanej przez zmienione warunki i okoliczności, a także przez wymogi czasu.

Właśnie rok mija, gdy mówiąc o klinice i pracowni klinicznej <sup>1)</sup>, o ich wzajemnem stosunku, i czytając pracę H. Hoyer'a <sup>2)</sup> między innymi pisałem, że, jeżeli pracownia istotnie odpowiadać ma celowi, robota w niej spoczywać winna w rękach właściwie dwóch osób, t. j. lekarza chemika i anatomo-patologa, specjalnie do tych badań przygotowanych i odpowiednio uzdolnionych. Specjalizacja wśród kierowników pracowni w nowszych czasach we wszystkich środowiskach naukowych, na zachodzie, bardzo się rozwinęła i rozpowszechniła. Dalej, nadmieniam, że doświadczenie poucza o korzyściach, wypływających z wyodrębnienia zadań i celów pracowni, t. z. klinicznej, od pracowni czysto naukowej. Z coraz większym rozwojem oddzielnych dziedzin medycyny, powstawaniem coraz nowych metod badania i przeprowadzania doświadczeń, mnożą się odpowiednie, często skomplikowane, kosztowne przyrządy, wzrasta

<sup>1)</sup> J. Jaworski. Klinika i pracownia kliniczna, Krytyka lekarska Nr. 6 i 7. 1903.

<sup>2)</sup> H. Hoyer. O pracowniach naukowych. Krytyka lekarska, 1903.

potrzeba po temu środków. Nareszcie, co najważniejsza, do umiejętnego stosowania całego tego wielkiego i różnorodnego aparatu laboratoryjnego okazuje się koniecznym, nieodzownym, duże doświadczenie i wielka wprawa.

Wobec tego przynajmniej jedna pracownia taka, odpowiednio urządzona i uposażona, jest koniecznością w Warszawie, gdzie wiele oddziałów szpitalnych, wcale, zupełnie, nie posiadają żadnych pracowni, a inne, najczęściej bardzo skromnie, niewystarczająco urządzone. Nadto, istnienie pracowni takiej dało by możliwość wydoskonalenia się jej kierownikom: chemikowi-bakteryologowi i anatomo-patologowi, co krótko mówiąc, przyniosło by nieobliczone korzyści, wogóle, szpitalnictwu naszemu i ogółowi lekarzy. We Francji, w Niemczech, każda klinika, każdy szpital, nawet większe zakłady lecznicze prywatne, własne posiadają pracownie, na których czele (chef de laboratoire) nieraz stoją ludzie, już zaszczytnie znani w piśmiennictwie.

Wogóle, w czasach obecnych, nikt oto się spierać nie będzie, że szpital, żaden oddział szpitalny, bez pracowni obywać się nie powinien, a właściwie wprost nie może.

Pracownia szpitali warszawskich przechodziła różne koleje. Bywały chwile, że władza administracyjna szpitali proponowała ją zamknąć. Przed laty kilkunastu oparł się temu, ówczesny główny lekarz szpitala św. Ducha, S. Zaleski. Lubo sam nigdy badań naukowych nie prowadził i wogóle zarzucił praktykę i pracę lekarską, pomimo swego wieku sędziwego dobrze zdawał sobie sprawę z roli i znaczenia zakładu takiego, jak pracownia chemiczno-rozbiorowa szpitali i dokładnie sobie uprzytomniał całą odpowiedzialność moralną, jaka by na niego, jako zwierzchnika, spaść mogła, gdyby pracownia ta uległa zamknięciu. Za sprawą S. Zaleskiego pracownia została powiększoną przez przebudowanie i przyłączenie jednego pokoju większego, a także zaopatrzoną w pewne dodatkowe aparaty i przyrządy.

W chwili obecnej nadarza się sposobność zreorganizowania pracowni rozbiorowej szpitali warszawskich, zarówno pod względem kierunku, t. j. stworzenia przy niej, oddziału anatomo-patologicznego, oddziału patologii doświadczalnej, jak i odpowiedniego uposażenia, odnośnie inwentarza i wynagradzania kierowników.

Trudności i przeszkody, nieodłączne od każdego przedsięwzięcia, nie powinny zrażać tych, co z tytułu swej roli i stanowiska mają obowiązek troszczyć się o los powierzonych im instytucji.

W tych razach zawsze na myśli mieć trzeba, głębszego znaczenia zdanie wieszczka:

Choć tu dla czynu krótko nas:

Czas wszystko skończy, bo ma czas.

*Józef Jaworski.*

## Kronika bieżąca.

(OH) W tych dniach otwarty został w Warszawie nowy zakład dla celów leczniczych pod nazwą „*Pierwsze inhalatoryum*“ (ul. Krucza 49). Zakład ten ma podwójne prawo do tytułu pierwszeństwa: jest bowiem rzeczywiście pierwszym nie tylko w naszym mieście, ale i w wielkich miastach wogóle, a powtórę dla tego, że tu poraz pierwszy zastosowane będą nowe przyrządy dla wdychania pomysłu dr. T. Herynga.

Inhalatory te—owoc długich trudów i doświadczeń, odpowiadają wymaganiom, których dotychczasowe przyrządy nie były w stanie zadowolnić. Pozwalają one, mianowicie, na regulowanie automatyczne ciepłoty w szerokiej skali—dotąd niedostępnej i, powtórę, doprowadzają ciała lotne do wdychań używane—do stanu gazowego, a więc umożliwiają dostawanie się ich do najdrobniejszych oskrzeli.

Inhalatory Herynga nie tylko pozwalają regulować ciepłotę rozpylanego płynu w granicach  $15^{\circ}$  do  $35^{\circ}$  C, ale prócz tego, przy pomocy t. zw. termoakumulatorów (również pomysłu H.) dają możliwość do podniesienia jej do  $70^{\circ}$  C. Ta szeroka skala wahań ciepłoty pozwoli używać inhalacji w sensie hydro -- albo ściślej termoterapii na błony śluzowe dróg oddechowych, na podobieństwo np. t. zw. natrysków szkockich.

Drugą ważną kwestyą nowego wynalazku, to możliwość przeprowadzania w stan gazowy takich ciał, jak eukalyptol, gwajakol i t. p., które w stan ten przechodzą powyżej  $100^{\circ}$ — $200^{\circ}$ .

Dotąd wdychane były one tylko w stanie pary, a więc płynnym jeszcze — ulegały zbyt szybkiemu osiadananiu i skraplaniu się i nie osiągały miejsca przeznaczenia. Omawiane przyrządy mają przytem tę zaletę, że są proste w użyciu.

Wyższość nowego wynalazku nad wszystkim, czem dotąd posilkowaliśmy się w tej gałęzi terapii, jest widoczna. To też zdobył on sobie uznanie wszystkich, co się z nim zaznajomili. Pochlebna ocena komisji *ad hoc* wyznaczonej przez Akademię Paryską, wyrażona przez Prof. Cornil'a i Huttinela, poleca go klinikom i zakładom dla leczenia dróg oddechowych. Praktyczne zastosowanie nowe przyrządy znalazły od roku zeszłego w Ciechocinku, gdzie w ciągu sezonu wydano 25000 wziewan.

Zakład warszawski da możliwość zapoznania się z zaletami wynalazku Herynga szerokim kołom lekarzy, dla których stoi otworem, zarówno dla celów praktycznych, jak i teoretycznych—w razie zamierzania prac specjalnych.

Pierwsze inhalatoryum stanowi tak duży skok naprzód w dziedzinie leczenia wziewaniami, że dotychczasowe zakłady (Reichenhall, Wiesbaden i inne) nie mogą się z niem równać.

Ważną okolicznością, dowodzącą jak poważnie rzecz całą się tu traktuje, jest to, że przez cały czas czynności zakładowych jest obecnym lekarz specjalista (Dr. Moczulski).

Nie mogąc wchodzić w opis szczegółowy urządzeń specjalnych (motory elektryczne i zgęszczone powietrze) ani ogólnych, wspomnę tylko, że zakład zaopatrzony jest w bardzo silne urządzenia wentylacyjne, wyciągające powietrze i wtłaczające — świeże filtrowane.

Oprócz 2 sal do wspólnego użytku i małej salki dla wziezań specjalnych, zakład ma gabinet lekarski, poczekalnię, szatnię, umywalnie etc.

Leczenie przeprowadza się według ordynacji lekarzy stałych pacyenta, którzy mogą śledzić jego postępy na miejscu. Lekarz miejscowy ma dozór ogólny leczniczy. Dr. Her yng przyobiecwał kierunek naukowo-lekarski. Przedstawicielem zarządu jest Hr. B. Ronikier.

Wbrew przysłowiu „nemo propheta in patria“ kolega Her yng doczekał się, że wynalazek jego szybko mógł być wprowadzony w życie i to przede wszystkim w jego rodzinnem mieście, nie zbyt wogóle skorem do uznawania wyższości swych obywateli. Stało się to dzięki zainteresowaniu się tą sprawą grupy ludzi, którzy jej wartość pojęli i głową i sercem i nie zawahali się zaofiarować względnie znacznych kapitałów na usługi nauki, a ku pomocy cierpiącej ludzkości.

**Korespondencya.** Otrzymujemy pismo następujące: Kilkunastu lekarzy warszawskich w dniu 2 lipca r. b. urzęda wycieczkę do Buska (ewentualnie do Solca, Ojcowa i Pieskowej Skąły). Pożądana jest i przewidywana większa liczba uczestników, interesujących się postęпами i stanem naszego zdrojowiska.

Ponieważ w oznaczonym czasie, jako w pełni sezonu leczniczego, mogłyby spotkać kolegów pewne trudności ze znalezieniem powozów w Kielcach, a bardziej jeszcze z noclegiem w Busku, pragnąłbym kolegom oszczędzić tego kłopotu i podejmuję się porobić możliwe ułatwienia.

Proszę więc wszystkich uczestników wycieczki zawiadomić mnie o swoim przyjeździe zawczasu, mianowicie *przed 20 czerwca*, pod adresem; Busko, gub. Kielecka.

Wyjazd z Warszawy ma nastąpić 2 lipca (sobota) z dworca terespolskiego o godz. 11 m. 38 wieczorem; przyjazd do Buska na zajutrz około godz. 3 popołudniu. Koszt przejazdu z Warszawy do Buska wynosi od osoby niecałe 8 rb. (w kolei II klasa, w powozie po dwie osoby). Spieszący się z powrotem, po 24 godzinach pobytu w Busku, mogą być w Warszawie 5 lipca (wtorek) o godz. 7 m. 8 rano.

Prosząc uprzejmie o łaskawe podanie tej wiadomości, łączę wyrazy poważania.

*Józef Grabowski,*

lekarz zakładu kąpielowego.

**Lekarze na Dalekim Wschodzie.** W ostatnich tygodniach udali się niżej wyszczególnieni koledzy na plac boju, wezwani przez Władze: z Warszawy: *Leon Cudelman, Józef Gurtzmann, Kazimierz Orzeł, Juliusz Szlejsztejn, Aleksander Wertheim, G. Lewin,*

*M. Samet*, *J. Solomonow*, z prowincyi zaś: *Jan Jakimowicz*, (z Wyszgorodu, gub. Warszawskiej), *Stanisław Dutkowski* (z Płońska, gub. Warszawskiej), *Andrzej Lipka*, (lekarz pomocy wiejskiej ze Szreńska, gub. Płockiej), *Feliks Zawadzki*, (lekarz powiatowy z Tomaszowa Lubelskiego), *S. Rożnowski*, (z Pызdr, gub. Kaliskiej), Z powodu choroby zwolnieni zostali i powrócili do Warszawy: *Gustaw Chodakowski* i *Piotr Pasławski*, Z kolegów którzy na początku wojny wyjechali, każdy miał wskazane miejsce przeznaczenia, po przybyciu jednak na miejsce większość otrzymała inne stanowiska, nieraz o tysiąc wiorst odległe od pierwotnych.

W początku Maja r. b. mianowani zostali koledzy: *Springer* do Dalniego do 16 pułku strzelców, *L. Spilrein* do 11 pułku strzelców nad Jalu, *A. i L. Lipsztatowie*, do 28 pułku strzelców do Portu Artura, *M. Ejger*, do lazaretu w Porcie Artura.

Kol. *Floryan Hlasko*, jest starszym lekarzem Portu Artura i kierownikiem lazaretu marynarki.

W Mandżuryi południowej w szpitalach polowych znajdują się koledzy: *Kunczynski*, *Lubelski*, *Oyrzanowski*, *B. Turcki*. W Laojanie znajdują się koledzy: *Rożnowski*, *Jaroszewski*, (jest lekarzem 11 Syberyjskiego Semipałatyńskiego pułku piechoty) oraz należą w tem mieście do komisji ewakuacyjnej: *Judt*, *Koenigsstejn*, *Piasecki*, *Podczaski*, *Starkiewicz*, i *Uściński*. W Charbinie przebywają: *W. Banachiewicz*, (jest lekarzem etapu), *A. Lipka*, *Antoni Groszlik* (jest ordynatorem szpitala zapasowego) i *Tadeusz Kurella*, (jest zarządzającym wydziałem sanitarnym intendenty), W Hajczenie znajdują się: *Henryk Landau*, *Rzepko* i *Majerczak*, (jest lekarzem 124 pułku Woronezkiego), kol. *Józef Piotrowski*, przebywa w Nowonikołajewsku (nad Amurem), kol. *Z. Kujawski*, w Barnaule (gub. Tomska), a we Władywostoku koledzy: *Edmund Sachs* i *W. Sterling*, W Chabarowsku przebywają koledzy: *J. Jakowski*, *Lewenstern*, kol. *Tuchendler* przebywa w Nikołajewsku; w Czycie pełnią swoje obowiązki: *Barcikowski*, *Brudnicki*, *Kolakowski*, *Kusociński*, *Bergman* i *Geneli*. Koledzy: *Barcikowski*, *Brudnicki* i *Chodakowski* pełnili w tem mieście czasowo obowiązki starszych ordynatorów (taką nominacyę otrzymali w Warszawie), dopóki nie przyjechali specjalnie w tym celu naznaczeni lekarze wojskowi. Kol. *Przyłuski* przebywa w Spasskoje (pod Chabarowskiem). Wreszcie, w Nikolsku Usuryjskim przebywają: *Asterblum* i *Balszyn*, a w Błagowieszczeńsku: *Gibiański* i *M. Winawer*.

W bitwie pod Tiurenczeniem (nad Jalu) dostał się do niewoli japońskiej Dr. *A. Finkelstein*, ordynator szpitala Aleksandryjskiego w Chabarowsku.

Z oddziałem Sanitarnym Warszawsko-Łódzkim wyjechali w pierwszych dniach b. m. na plac boju koledzy: *Konstanty Szczeniowski* (z gub. Wołyńskiej) i *Kazimierz Lubiński* (z Warszawy). Oddziałowi temu wyznaczono, jako miejsce działania, m. Nikolsk Usuryjski.

Dnia 7-go b. m. wyjechał z Radomia, powołany w charak-



terze lekarza, na Daleki Wschód, dr. *Antoni Grobicki*, znany, jako wzorowy rolnik—obywatel ziemski; dr. *G.* jest właścicielem wzorowo zagospodarowanego majątku Piastów (w gub. Radomskiej), sędzią gminnym z wyboru i czynnym członkiem spółki rolnej. Praktykę lekarską nie zajmował się.

**Zmarli.** Dr. Teodor Edward Liese, lekarz kolei Nadwiślańskich, dnia 7 czerwca r. b. w Warszawie.

Dr. Wacław Dobkiewicz w Kijowie, w wieku lat 32.

Dr, Konstanty Seweryn, b. lekarz wojskowy, d. 10 czerwca r. b. w Warszawie, w wieku lat 65.



---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 29 Мая 1904 г.

---

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 zawakuje sześć stypendyów, każde po rb. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojeycy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 207 rocznie, z legatu ś. p. doktora Ignacego Gołębiowskiego, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Życzący ubiegać się o rzecone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczaniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczony dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

---

# Dr. T. CHŁAPOWSKI

→ radca sanit. ←

ordynuje w **Kissingen**

PRZEZ SEZON LATOWY

*Prinz Regentenstr. Nr. 1.*

---

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

pracownia przyrządów-ortopedycznych

**D-ra REICHSTEINA**

Warszawa,

=====  
Twarda 10.

*Dr. WŁADYSŁAW STAN*

ordynuje jak lat zeszłych u wód

**w Reinerz** na Szlązku