

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. M. JASTRZĘBSKI. W sprawie odczynu Wassermann'a. Str. 1311. II. S. K. DZIERZGOWSKI. W sprawie odkażania rur wodociągowych i wody zapomocą chlorku. Str. 1316. III. F. BIAŁOKUR. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc (Dok.). Str. 1320. IV. FALGOWSKI. O patologii i terapii obwisłości brzucha u kobiet. (Dok.). Str. 1324. *Dział sprawozdawczy.* 168. M. PAUL RIBIERRE et M. JEAN PARAF. Badania fizyologiczno-patologiczne w przypadku wyleczonej (z punktu widzenia klinicznego) marskości wątroby. Str. 1328.—169. QUÉNU. Żółtaczka w przypadkach białowca wątroby. Str. 1329. *Odcinek W. Sz. Z dziedziny partactwa lekarskiego.* Str. 1330. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia 4-go i 18-go października 1910 r. Str. 1332 i 1333. *Posiedzenia ginekologiczne* 27-go maja, 24-go i 30-go czerwca. Str. 1334 i 1335. *Wiadomości bieżące.* Str. 1336. *Ogłoszenia.*

I. W SPRAWIE ODCZYNU WASSERMANN'a.

[Doniesienie tymczasowe].

Podał

M. Jastrzębski.

Próba WASSERMANN'a, aczkolwiek daleko pewniejsza pod względem prawdziwości otrzymywanych wyników od rozmaitych, a tak już licznych modyfikacji, nie jest wolną od zarzutów.

Słabą jej stroną jest obecność w surowicy chorego amboceptora hemolitycznego w niewiadomej ilości. Ponieważ przy wykonywaniu próby WASSERMANN'a nie bierzemy tego pod uwagę i dodajemy jeszcze taką ilość amboceptora hemolitycznego, jaka jest potrzebna do otrzymania hemolizy 1-go ctm. 5% wej zawiesiny krwinek, to w rezultacie amboceptor hemolityczny będzie w nadmiarze i nadmiar ten może wpływać na otrzymywanie niewłaściwych wyników.

Chcąc uniknąć ujemnego wpływu nadmiaru amboceptora hemolitycznego, a zarazem ułatwić wykonanie próby, BAUER nie używa surowicy hemolitycznej króliczej. Modyfikacja ta jest dobra, o ile surowica badana ma dostateczną ilość własnego amboceptora hemolitycznego, jeżeli zaś trafi się suro-

wica z niedostateczną zawartością hemolitycznego amboceptora albo bez niego, to wtedy nastąpi zahamowanie hemolizy, nawet bez syfilisu.

Przerabiając od dwu lat próbę WASSERMANN'a według klasycznego wzoru autora, kontroluję przy każdej analizie wszystkie odczynniki, używane do próby, w ten sposób, że wstawiam dla każdej analizy 11 probówek, z których trzy pierwsze stanowią główną próbę, a reszta—kontrolę, a mianowicie:

4-ta probówka stanowi kontrolę, czy badane *serum* nie zatrzymuje hemolizy?

5-ta probówka stanowi kontrolę, czy ono jest dobrze inaktywowane, t. j. czy samo *serum* nie wywołuje hemolizy?

6-ta, 7-ma i 8-ma probówka kontroluje antygen.

9 ta stanowi kontrolę grupy hemolitycznej.

10-ta kontroluje krwinki baranie, czy one same nie rozpuszczają się w wodzie fizyologicznej?

11-ta jest kontrolą komplementu, czy pod jego wpływem nie następuje hemoliza?

Odczynniki miałem zwykle tak mianowane, aby hemoliza następowała w ciągu pół godziny. W większości przypadków, jeżeli nie było syfilisu, hemolizy w probówkach z badaniem *serum* oraz w probówkach kontrolujących następowały jednocześnie. Zdarzały się jednak przypadki, że hemoliza w pierwszych czterech probówkach następowała wcześniej, niż w probówkach kontrolujących (6, 7, 8).

Przez długi czas nie mogłem sobie tego wyjaśnić, aż nareszcie zestawienie metody WASSERMANN'a z modyfikacją BAUERA dało mi możność objaśnienia tego zjawiska: był to wpływ nadmiaru amboceptora hemolitycznego. Chcąc zmniejszyć liczbę błędów, mogących się zdarzyć przy wykonywaniu próby WASSERMANN'a w razie obecności amboceptora hemolitycznego w surowicy badanej, postanowiłem przy każdej analizie wykonywać badanie *serum* chorego na obecność amboceptora hemolitycznego, co uskuteczniam przez dodanie 12-jej probówki, w której znajduje się *serum* badane, komplement i krwinki; jeżeli w tej probówce nastąpi hemoliza, to znaczy, że *serum* posiada dostateczną ilość amboceptora i króliczy jest już zbyt liczny. Jeżeli w takim wypadku otrzymaliśmy hemolizę w pierwszych trzech probówkach, to nie możemy wykluczyć obecności amboceptora specyficznego, t. j. syfilisu, ponieważ nadmiar amboceptora hemolitycznego mógłby rozpuścić krwinki bez względu na obecność amboceptora specyficznego. W takim razie należałoby powtórzyć badanie, wykluczając amboceptor króliczy. Ponieważ badanie to powtórne zajęłoby do 3-ch godzin, dodaję od razu, chcąc uniknąć zwłoki czasu, 13-ą probówkę, w której znajduje się: *serum* badane, antygen, komplement i krwinki. Jeżeli w 13-jej probówce będzie hemoliza, to znaczy, że amboceptora syfilitycznego w surowicy niema, gdyż w przeciwnym razie połączyłby się z komplementem i antygenem i hemolizy nie nastąpiła.

Dla łatwiejszej orientacji przedstawiony jest na tablicy 1-jej sposób wykonywania analizy, stosowanej przeze mnie.

Nr. probówki	Na 1 ¹ / ₂ godziny do termostatu przy 37°				Do termostatu aż do rozpuszczenia krwinek w probówkach kontrolujących (6, 7, 8).			
	Woda fizyologiczna	Serum badane	wyciąg z wątroby lutealnej	Antygen = troby lutealnej	Komplement (surowica świnki morskiej)	Serum hemolityczne królika		5% zawiesina na krwinek baranich
1	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	1,0	} Prób a g ł ó w n a, o ile serum badane nie posiada samo przez się dostatecznej ilości amboceptora hemolitycznego.	
2	1,4	0,2	0,2	0,1	0,1	1,0		
3	1,3	0,2	0,3	0,1	0,1	1,0		
4	1,6	0,2	—	0,1	0,1	1,0	} Czy serum badane nie zatrzymuje hemolizy? Czy serum badane nie rozpuszcza krwinek?	
5	1,8	0,2	—	—	—	1,0		
6	1,7	—	0,1	0,1	0,1	1,0	} kontrola } Czy antygen nie hamuje hemolizy?	
7	1,6	—	0,2	0,1	0,1	1,0		
8	1,5	—	0,3	0,1	0,1	1,0		
9	1,8	—	—	0,1	0,1	1,0	} Czy grupa hemolityczna?	
10	2,0	—	—	—	—	1,0		
11	1,9	—	—	0,1	—	1,0	} Czy krwinki nie rozpuszczają się w wodzie? Czy komplement nie hemolizuje krwinek?	
12	1,7	0,2	—	0,1	—	1,0		
13	1,5	0,2	0,2	0,1	—	1,0	} Prób a g ł ó w n a o ile serum badane posiada w dostatecznej ilości amboceptor hemolityczny.	

Po upływie pół godziny do 3-ch kwadransów w 6-ej, 7-ej i 8-ej probówce następuje hemoliza; wtedy należy wyjąć probówki z termostatu i najpierw zwrócić uwagę na probówkę 12-ą; jeżeli mamy w niej hemolizę, to znaczy, że surowica posiada dosyć amboceptora hemolitycznego; wtedy ostateczną odpowiedź otrzymamy od 13-ej probówki. Jeżeli zaś w 12-ej probówce okaże się zahamowanie hemolizy, to będzie znaczyło, że surowica nie posiada własnego amboceptora hemolitycznego, a wtedy króliczy jest potrzebny i w takim razie prawdziwą odpowiedź dadzą nam 1-sza, 2-ga i 3-cia probówka.

Tymczasem na potwierdzenie mego rozumowania mam tylko parę doświadczeń, ale one właśnie dały mi wyniki tak charakterystyczne, że zuie-

woliło mię to do ogłoszenia niniejszego tymczasowego doniesienia i do prowadzenia w tym kierunku dalszych badań.

SPOSTRZEŻENIE I.

Nr. próbek	Woda fizylogiczna	Serum badane	Antygen	Komplement	Serum hemolityczne	5 ⁰ / ₀ -owa zawiesina krwinek	
1	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	1,0	hemoliza
2	1,4	0,2	0,2	0,1	0,1	1,0	"
3	1,3	0,2	0,3	0,1	0,1	1,0	"
4	1,6	0,2	—	0,1	0,1	1,0	"
5	1,8	0,2	—	—	—	1,0	brak hemolizy
6	1,7	—	0,1	0,1	0,1	1,0	hemoliza
7	1,6	—	0,2	0,1	0,1	1,0	"
8	1,5	—	0,3	0,1	0,1	1,0	"
9	1,8	—	—	0,1	0,1	1,0	"
10	2,0	—	—	—	—	1,0	brak hemolizy
11	1,9	—	—	0,1	—	1,0	"
12	1,7	0,2	—	0,1	—	1,0	hemoliza
13	1,5	0,2	0,2	0,1	—	1,0	brak hemolizy

W tym przypadku 12-a próbówka mówi nam, że badane *serum* posiada dostateczną ilość amboceptora hemolitycznego, a zatem nadmiar amboceptora w pierwszych 3-ch próbkach może wpłynąć ujemnie na wynik analizy, i rezultat otrzymany w pierwszych trzech próbkach nie może być uważany za bezwzględnie prawdziwy. Zwracamy się tedy do 13-ej próbki i widzimy, że mamy zahamowanie hemolizy, t. j. rezultat wręcz przeciwny temu, jaki otrzymaliśmy w pierwszych trzech. Ponieważ w 13-ej próbce mamy wszystkie odczynniki potrzebne do próby bez nadmiaru amboceptora hemolitycznego, więc wynik w 13-ej próbce jest decydujący. W tym przypadku uniknęliśmy błędu, jakoby nam dało wykonanie tylko klasycznej próby WASSERMANN'a.

SPOSTRZEŻENIE II.

Nr. próbówki	Woda fizyologiczna	Serum badane	Antygen	Komplement	Serum hemolityczne	5% ^o -owa zawiesina krwinek	
1	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	1,0	hemoliza
2	1,4	0,2	0,2	0,1	0,1	1,0	"
3	1,3	0,2	0,3	0,1	0,1	1,0	"
4	1,6	0,2	—	0,1	0,1	1,0	"
5	1,8	0,2	—	—	—	1,0	brak hemolizy
6	1,7	—	0,1	0,1	0,1	1,0	hemoliza
7	1,6	—	0,2	0,1	0,1	1,0	"
8	1,5	—	0,3	0,1	0,1	1,0	"
9	1,8	—	—	0,1	0,1	1,0	"
10	2,0	—	—	—	—	1,0	brak hemolizy
11	1,9	—	—	0,1	—	1,0	"
12	1,7	0,2	—	0,1	—	1,0	"
13	1,5	0,2	0,2	0,1	—	1,0	"

W drugim przypadku w 12-ej próbówce otrzymałem zahamowanie hemolizy, co znaczy, że badana surowica nie zawiera amboceptora hemolitycznego, a zetem nie możemy wierzyć i rezultatowi, jaki nam daje 13-a próbówka, i musimy zwrócić się po odpowiedź do pierwszych trzech, w których mamy dostateczną ilość amboceptora hemolitycznego. Ten przypadek znów wskazuje nam, że dzięki połączeniu dwu prób: WASSERMANN'a i BAUERA w jedną, uniknęliśmy błędu, który czyniliśmy przy wykonywaniu tylko próby BAUERA.

Czy wyżej podany sposób wykonywania próby, używany obecnie przeze mnie, wytrzyma probierz praktycznego zastosowania, tego na razie na zasadzie paru doświadczeń przesądzać nie można. Dalsze doświadczenia w tym kierunku pozwolą na wydanie właściwego sądu.

II. W sprawie odkażania rur wodociągowych i wody zapomocą chloru.

Przez

S. K. Dzierzgowskiego.

Z górą już dwa lata temu podjąłem w Instytucie Medycyny doświadczalnej szereg doświadczeń nad dezynfekcją rur wodociągowych i wody do picia zapomocą chloru. Doświadczenia te, potwierdzone licznymi badaniami laboratoryjnymi, dowiodły w sposób jasny i przekonywający, że dezynfekcja zapomocą chloru, przeprowadzona według opracowanej przeze mnie metody, daje niewątpliwie dobre wyniki, mianowicie odkaża zarówno rury wodociągowe, bez widocznego ich uszkodzenia, jakoteż wodę do picia, nie zmieniając przytem ani jej własności fizyologicznych, ani smaku. W referacie, jaki odczytałem wówczas na posiedzeniu „Towarzystwa Ochrony Zdrowia Publicznego“, starałem się zwrócić uwagę przedstawicieli petersburskiego samorządu miejskiego na ten prosty i łatwy sposób odkażania wody do picia, chcąc ich zachęcić do zastosowania go, jako potężnego środka w walce z epidemią cholery, w celu dezynfekcyi wodociągów petersburskich. W jakieś sześć czy siedm miesięcy przewodniczący petersburskiej Komisji sanitarnej, p. W. O. HUBERT zaproponował mi wygłoszenie odpowiedniego odczytu na posiedzeniu połączonych komisji: sanitarnej i wodociągowej, przy udziale licznych zaproszonych lekarzy i higienistów. Na posiedzeniu tem demonstrowałem mój sposób odkażania wody, mianowicie: wobec wszystkich zebranych zdezynfekowałem w szklanem naczyniu trzy wiadra wody, do której domieszałem 60 ctm. sz. barazo żywej kultury lasecznika cholery ze świeżych wydzielin chorego, wyhodowanej na pożywce z bulionu.

Na dowód osiągnięcia dezynfekcyi sam napiłem się tej wody i dwie jej próby dałem dla zbadania bakterjologom miejskim: analiza wykazała zupełną nieobecność zarazków. Na temże posiedzeniu dowiodłem, że woda, odkażona zapomocą chloru, smakiem nie różni się od zwykłej. Jednakowoż, pomimo wykonanych przeze mnie doświadczeń, pomimo powołania się w moich twierdzeniach na odpowiednie dane naukowe, mianowicie, że domieszka chloru (10 mgr. na 1 litr wody) i siarczynu sodowego (35,49 mgr. na 1 litr) jest absolutnie nieszkodliwa dla zdrowia, nawet w razie, gdyby wbrew przewidywaniu nie została z jakiejś przyczyny zneutralizowana i pozostała w wodzie w całej wyżej wymienionej ilości, — pomimo wszystko, proponowany przeze mnie sposób został odrzucony. Wpłynęło na to poniekąd niedowierzanie, aby woda nie zmieniała smaku wskutek dezynfekcyi; poniekąd wygłoszone przez higienistów, jako zasada, zdanie, iż do wody, przeznaczonej do picia, w żadnym razie nie należy nic dodawać; wreszcie zapewne obawa, że domieszanie do wody jakichś substancji mogłoby wywołać wzburzenie ciemnych mas.

Tak więc sprawa odkażania wody do picia została na pewien czas po-
grzebana.

Wznowili ją na drugim Zjeździe „Komisyi dla asenizacyi stacyi dróg że-
laznych“ oraz na ostatnim Zjeździe im. PIROGOWA inżynierowie: DROZDOW
i ZIMIN, reprezentanci firmy „Neptun“ w Moskwie; jednakże referaty tych
panów, oparte na amerykańskiej i angielskiej literaturze przedmiotu, nie prze-
konały zarządów miejskich do stosowania chloru w celu dezynfekcyi wody do
picia. Ostatnio, wskutek wybuchu cholery w Rostowie nad Donem, miejsco-
wa Komisyja wykonawcza wystąpiła do Komisyi przeciwdżumowej o pozwole-
nie zaprowadzenia w Rostowie dezynfekcyi wody zapomocą chloru oraz o po-
parcie tej sprawy swoją powagą. Pozwolenie dano, od poparcia jednak wy-
mówiono się, wskutek czego Komisyja wykonawcza m. Rostowa nie odważyła
się wziąć odpowiedzialności za wynik odkażania wyłącznie na siebie. Urze-
czywistnienie projektu poszło znowu w odwłokę.

Dnia 6-go sierpnia r. b. naczelny lekarz Kronsztatu, W. I. ISAJEW zapro-
ponował mi, czybym nie wykonał doświadczeń nad dezynfekcyą wody zapomo-
cą chloru w kronsztackim Szpitalu Morskim, a to dla przekonania miejscowych
władz sanitarnych i administracyjnych o skuteczności tego sposobu i łatwości
jego zastosowania w celu odkażania wody do picia. Istotnie, d. 8-go i 9-go
tegoż miesiąca i roku wykonałem odpowiednią próbę na jednej z sieci wodocią-
gowych (z ogólnej liczby 3-eh), zaopatrujących szpital w wodę; próba wyka-
zała prawie zupełną sterylizacyę wody (*maximum* — 1 kolonia bakteryi na 1 ctm.
sz.) najmniejszej natomiast zmiany w jej smaku i zdobyła sobie uznanie miej-
scowych władz, zarówno sanitarnych, jakoteż wojskowo-administracyjnych.
I oto na posiedzeniu Komisyi sanitarno-wykonawczej d. 11-go sierpnia posta-
wiono wprowadzić odkażanie wody zapomocą chloru na użytek całego miasta,
po uprzednim zdezynfekowaniu, również zapomocą chloru, wszystkich rur wodocią-
gowych. W ciągu kilku dni zrobiono na koszt miasta wszystkie urządze-
nia, niezbędne dla dezynfekcyi sieci wodociągowej i wody; d. 23-go sierpnia
o godz. 6-ej po południu przystąpiono do dezynfekcyi rur, a już następnego
dnia o godz. 5-ej z rana cały Kronsztat pił wodę, odkażoną zapomocą chloru.

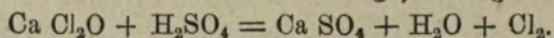
Inicyatywa w całej tej sprawie oraz szybkie wykonanie projektu są za
sługą naczelnego lekarza W. I. ISAJEWA, który swą niepospolitą energią prze-
zwyciężył wszystkie przeszkody i dokonał zadania bynajmniej nie łatwego.
Uważam sobie również za obowiązek zanotować w tem miejscu, jak gorąco
zainteresowali się powyższą sprawą przedstawiciele administracyi Kronsztatu
i samorządu miejskiego. Główny komendant i gubernator wojenny Kron-
sztatu, wice-admirał WIREN nie dość, że jako przewodniczący komisyi sani-
tarno-wykonawczej, czynnie zajął się wynalezieniem środków i wyszukaniem
miejsca dla pobudowania odpowiednich urządzeń oraz opracowaniem planów
wykonania dezynfekcyi, ale przez całą noc osobiście, wraz z naczelnym leka-
rzem, dozorował robót, nad których wykonaniem bezpośrednią kontrolę wziął
na siebie prezydent miasta, inż. GULAJEW.

Tak więc odkażanie wody i rur wodociągowych zapomocą chloru, będą-
ce dotychczas jedynie doświadczeniem laboratoryjnym lub na małą skalę pró-

bą w Zakładach Medycyny doświadczalnej, posiadających własną sieć wodociągową, w d. 23-go sierpnia r. b. stało się czynem dokonanym w mieście, mającym na przestrzeni 7-u wiorst kw. 80 tysięcy mieszkańców i spostrzebowującym w ciągu doby około 850 tysięcy wiader wody.

Sądzę, że ten wielki eksperyment przekona centralne władze sanitarne oraz samorządy miejskie o pożyteczności stosowania chloru w celu odkażania wody i spowoduje zaprowadzenie przy stacyach wodociągowych odpowiednich urządzeń na wypadek wybuchu epidemii, szerzących się wskutek zanieczyszczenia wody. Jest to sprawa wielkiej wagi, i tę właśnie okoliczność mam na względzie, ogłaszając, na razie w krótkości, wyniki doświadczenia, które po należytem opracowaniu będą z czasem przedstawione w postaci obszerniejszej.

Wypracowana przeze mnie metoda dezynfekcyi zapomocą chloru opiera się na wydzielaniu się wolnego chloru z roztworu chlorku bielącego (wapna chlorowanego) pod działaniem kwasu siarkowego, według równania;



Uwolniony chlor staje się środkiem odkażającym, który, w proporcyi 10-u mgr. na 1 litr wody, zabija w ciągu 5-u do 10-u minut prawie wszystkie wegetacyjne formy drobnoustrojów, w pierwszym zaś rzędzie drobnoustroje choleryczne, mało, jak wiadomo, odporne wobec środków dezynfekcyjnych.

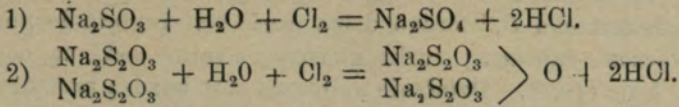
Ponieważ chlor jest gazem, rozpuszczającym się w wodzie względnie trudno (0,823 gr. Cl: 100 ctm. sz. H₂O), zatem chcąc uniknąć dodawania płynu odkażającego w wielkiej ilości, postanowiłem wprowadzić do wody jednocześnie, ale z osobna, roztwory: chlorku bielącego i kwasu siarkowego, w ilościach równoważnych, oznaczonych przez równanie rozkładu chlorku bielącego na siarkan wapniowy (Ca SO₄) i wolny chlor (Cl₂). Wydzielanie się chloru dopiero w wodzie, mającej podlegać odkażeniu, jest okolicznością bardzo ważną i pożądaną, albowiem chlor, wyzwalający się *in statu nascendi*, szczególnie zabójczo oddziałuje na bakterye.

Conditio sine qua non jest tu całkowite wyzwolenie się chloru z chlorku bielącego, gdyż w tym jedynie wypadku otrzymujemy możność usunięcia później wszystkich soli kwasu podchlorowego, które pod działaniem substancyi organicznych jamy ustnej rozpuszczają się z łatwością i powodują czucia smakowe, innemi słowami—nadają wodzie obrzask.

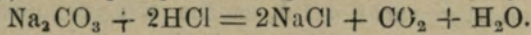
Woda do picia zawiera często sole kwasowęglowe, które nadają jej większą lub mniejszą twardość i, co jest b. ważne, mogą zubożniać kwas siarkowy, dodawany do wody w celu rozłożenia chlorku bielącego; ażeby wyługować tego rodzaju wodę i przeto zapewnić się co do całkowitego wyzwolenia się chloru z chlorku bielącego, należy dodać stosunkowo większą ilość kwasu siarkowego. Wyliczenie wskazuje, że na 1 stopień (niemiecki) zmiennej twardości wody należy ponad normę dodać kwasu siarkowego o 96° Bé w stosunku:

0,22 gr.	na 1 wiadro
0,50	" 1 stopę sześcienną
5,42	" 1 arszyn sześcienny

Po upływie czasu, niezbędnego dla odkażenia wody, dodajemy do niej odpowiednią ilość siarczynu lub tiosiarczynu sodowego, które pod działaniem chloru utleniają się i przeprowadzają go (chlor) na kwas solny, jak to wskazuje równanie:



Ponieważ jednak obecność w wodzie kwasu solnego jest również niepożądana, zatem dla zobojętnienia go dodajemy równoważną względem kwasu solnego ilość sody, która przeprowadza go na sól kuchenną:

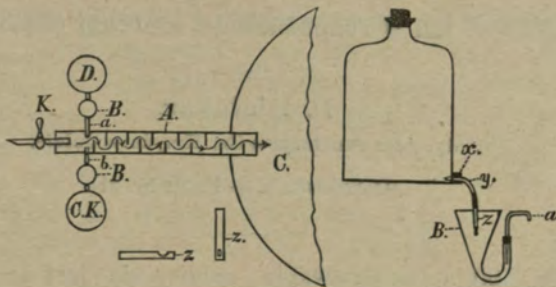


Według mojej metody, dodawanie substancji, absorbujących chlor, oraz sody, zobojętniającej wytworzony kwas solny, odbywa się od razu w postaci roztworu, zawierającego równoważne względem chloru ilości obu substancji: siarczynu (lub tiosiarczynu) sodowego i sody.

Eksperyment odkażania wody w wojskowym szpitalu Morskim wykonany był w sposób następujący.

Kran wodociągu miejskiego uregulowano tak, aby dawał 250 wiader na godzinę; wodę z kranu puszczono do żłobka, zaopatrzonego w poprzeczne przegródki, które rozbijały strumień wodny i mieszały wodę. Do górnej (względem kierunku strumienia) części żłobka doprowadzono dwie rurki szklane, przez które automatycznie sphywały do żłobka roztwory chlorku bielącego i kwasu siarkowego, w ilościach równoważnych, tak przytem obliczone, że na 1 litr wody otrzymywano 10 mgr. chloru.

Rysunek 1-szy wyjaśnia urządzenie automatu, wprowadzającego do wody chlor.



Rys. 1.

Rys. 2.

Literą *A* oznaczono żłobek z poprzecznymi przegródkami, które rozbijają wpadający z kranu *K* strumień wody i kierują go, jak to wskazuje strzałka do zbiornika *C*. Literami *D* oraz *CK* oznaczone są dwie 15-litrowe butle, z których, jako rezerwoarów, automatycznie sączą się do żłobka: chlorek bielący—za pomocą rurki *a*. i kwas siarkowy—przez rurkę *b*. Każda z wyżej wymienionych butli posiada u dołu tubus (otwór) z dopasowanym doń gumowym

korkiem *x*, przez który przechodzi rurka szklana *y*, zgięta ku dołowi pod kątem mniej więcej 105° (rys. 2). Rurka *y* jest połączona zapomocą rurki gumowej ze szklaną rurką *z*; ta ostatnia oprócz dolnego otworu posiada tuż obok niego drugi otwór w ścianie bocznej. Rurkę *z* wpuszczamy do wnętrza lejka szklanego *B*, którego dolna część jest zagięta do góry nakształt litery *u* i połączona zapomocą rurki gumowej z rurką szklaną, odpowiadającą rurkom *a* i *b* na rys. 1. Działanie automatu jest bardzo proste. Płyn z hermetycznie zamkniętej butli wypływa przez tubus oraz rurki *y* i *z*, napędza lejek i tem samym hermetycznie zamyka dopływ nowej ilości, dopóki płyn z lejka nie wycieknie przez rurkę *a* albo *b*, zależnie od automatu: *D* czy *CK*. Podnosząc lub zniżając rurki *a* i *b*, można tak uregulować wypływanie roztworów z lejka, aby automaty dawały ściśle z góry określoną ilość płynu na godzinę.

W eksperymencie, o którym mowa, automaty uregulowano tak, iż w ciągu godziny otrzymywano 2 litry płynu. W ten sposób do przepływającej przez żłobek wody dodawano chlorku bielącego i kwasu siarkowego w ilościach względem siebie równoważnych oraz w stosunku 10-u mgr. chloru na 1 litr wody. Woda z wyżej wymienionemi domieszkami sphywała ze żłobka do cysterny *C* (rys. 1), skąd pompa parowa tłoczyła ją do górnego zbiornika. Wpadając tam, woda przepływała przez takiż, jak wyżej opisany, żłobek i z takiegoż automatu otrzymywała domieszkę płynu, zobojętniającego chlor i kwas solny, czyli roztworu siarczynu sodowego i sody, w równoważnych ilościach.

[D. n.].

III. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc.

Podał

F. Białokur,

dyrektor sanatorium Cz. Krzyża w Jalcie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

Tymczasem takie powstawanie sprawy nie jest obojętne dla leczenia, i bliższa znajomość przedmiotu skłoniła nas do przypuszczenia, że jad gruźliczy niewątpliwie działa b. szkodliwie na tarczycę (o czem autorzy dotychczas nie mówili), wywołując jej powiększenie i w ten sposób powiększając jej wewnętrzną sekrecję, która znów wzmacnia energię łasieczników gruźliczych; i w ten sposób może się przytrafić, że gruźlica płuc wywołuje obrzmienie tarczycy, jej zaś wzmocniona znów czynność — stan kataralny w płucach, i takim sposobem ujawnia nawet skrycie przebiegającą gruźlicę. Otrzymuje się analogia z zastosowaniem tuberkuliny.

Te wnioski zrobiłem na podstawie leczenia objawów Basedow'a u cho-

rych gruźliczych; przyczem, w miarę znikania objawów BASEDOW'a, znikają objawy gruźlicy płuc nawet aż do zupełnego wyzdrowienia.

Gdy przeglądamy historie chorób (BASEDOW'a), rzuca nam się w oczy częstość zachorzeń mięszu płucnego, ale nie wiadomo, dlaczego choroba BASEDOW'a absorbuje autorów do tego stopnia, że nie badają oni starannie płuc, nawet nie mierzą ciepłoty i zadowalają się tylko uwagą, że płuca nie są w porządku.

Dalej, u cierpiących na chorobę BASEDOW'a bywa duszność, którą można objaśnić niedomogą serca, lecz przy objawach ze strony płuc trzeba jej przypisać, chociaż w części, pochodzenie płucne.

Suchy kaszel u cierpiących na chorobę BASEDOW'a — rzecz zwykła, ale spostrzegalem często kaszel z plwociną. Jeżeli nacisnąć zlekka powiększoną tarczycę, np., przy omacywaniu, — chorzy zaczynają kaszleć i kaszlą w ciągu całego badania.

Podług zdania MÖBIUS'a, choroba B'a nie powikłana gruźlicą płuc, przebiega przy normalnej ciepłocie.

Gorączką w chorobie B'a b. wiele zajmował się BERTOYE i przyszedł do wniosku, że przy wzmiankowanej chorobie jest ona zjawiskiem stałym i wzmaga się pod wpływem zmęczenia i wstrząśnięć nerwowych (jak przy gruźlicy!).

Inni autorzy wzmiankują tylko, że przy chorobie B'a może być dość wysoka i długotrwała gorączka, ale o przyczynach jej nie rozpisują się bardzo (TEISSIER CHEADLE, EULENBURG, FRIEDREICH, STRÜMPELL, GILLET de la TOURETTE).

MÖBIUS, który specjalnie studyował chorobę B'a, twierdzi kategorycznie, że czystej (?) chorobie B'a nie jest właściwą gorączka i dowodzi swej słuszności obserwacyami CHARCOT'a i MACKEZIE, którzy też nie wierzą, żeby choroba B'a mogła sama przez się przebiegać przy podniesionej ciepłocie.

„Czy nie można tu czasem podejrzywać skrytej gruźlicy płuc“? zadaje sam sobie pytanie MÖBIUS, i mówi, że w przypadkach, przechodzących wolno, ciepłota nie podnosi się, w przypadkach zaś, przebiegających burzliwie, podniesienie ciepłoty jest zjawiskiem zwykłym. Nader często, według MÖBIUS'a, spostrzegać można podniesienie ciepłoty pod koniec życia, ale owe podniesienia ciepłoty uzależnia on od powikłań, jak np., od o g n i s k a p n e u m o n i e z n e g o.

Co zaś do tego, czy istnieje czysta gorączka B'a, t. zw. „Inaugural Fieber“ BERTOYE, MÖBIUS zaznacza, że to jest kwestya dotąd jeszcze nie rozstrzygnięta.

Samo przez się rozumie się, że wychudzenie w chorobie B'a jest zjawiskiem zwyczajnem.

Przypomnimy tutaj, że używanie gruczołu tarczowego sprowadza wychudzenie, i na tem właśnie opiera się leczenie otłuszczenia przetworami tarczycy.

Osobliwie należy zwrócić uwagę na jeden objaw, który chorobę B'a czyni podobną do gruźlicy — mianowicie na budowę ciała u cierpiących na chorobę B'a, którato budowa aż do najdrobniejszych szczegółów powtarza się u suchotników.

Na to pierwszy zwrócił uwagę BRYSON, i od tego czasu amerykanie nazywają gruźliczą budowę ciała u cierpiących na chorobę B'a objawem BRYSON'a. Objaw ten polega na minimalnem rozszerzaniu się klatki piersiowej podczas wdechu. Jeżeli zmierzmy klatkę piersiową na wysokości brodawek podczas najgłębszego wdechu i najgłębszego wydechu, to otrzymamy nadzwyczaj małą różnicę, np. 4 — 3, a nawet 1 ctm.

Według BRYSON'a przeciętne rozszerzanie się klatki piersiowej równa się 2,5 ctm. Im mniejsze ruchy oddechowe, tem częstszy oddech i tem gorsze rokowanie.

Podobnie nieznaczne rozszerzanie się klatki piersiowej spotykamy i w innych chorobach tarczycy (wole). MANNHEIM również znajdował małe rozszerzenie się klatki piersiowej (średnie = 4,2), ale nie przydawał osobliwej wagi temu objawowi.

Nowsi autorzy objaśniają to zjawisko ogólnem osłabieniem mięśniowem, które jest właściwe chorobie B'a i które dochodzi czasem do zupełnego zaniku mięśni.

Moi chorzy gruźliczy z objawami B'a miewali rzadko kiedy krwioplucie, a i to ledwie można było nazwać krwiopluciem, pomimo wielkich zmian w płucach. To moje spostrzeżenie znajduje potwierdzenie i w literaturze.

MÖBIUS zaznacza, że krwotoki płucne — zjawisko nader rzadkie u cierpiących na chorobę B'a, podług zaś EICHHORST'a — bardzo częste.

Notowana skłonność do potów u cierpiących na chorobę B'a przypomina poty gruźlicze. Biegunki w chorobie B'a są podobne w zupełności do biegunek, zjawiających się przed wybuchem gruźlicy i do rozwolnień toksycznych gruźliczych: stolce z zawartością śluzową kilka razy dziennie i w porze rannej; dyeta i lekarstwa nie mają na nie wybitnego wpływu; raczej wpływa na poprawę zmiana fermentacji w kiszka (laktobacyllina); mleka chorzy nie znoszą wcale. Bole w brzuchu nieznaczne. Takie biegunki ciągną się miesiącami, doprowadzając chorych do ostatecznego wyniszczenia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na ogólny wygląd (*habitus*) cierpiących na chorobę B'a, to spostrzeżemy, że to są typowi chorzy, u których konstatuje się tak nazwana przez STILLER'a „*asthenia universalis gravis*”, t. j. wszystkie te oznaki zwyrodnienia i niedorozwoju, zaniku i przerostu, które są tak charakterystyczne i dla gruźlicy płucnej.

W niniejszym moim krótkim zarysie zwracam uwagę na jedno powikłanie gruźlicy płucnej, na co jeszcze nie zwrócono należytej uwagi (przynajmniej w dostępnej mi literaturze nie znalazłem podobnych wskazówek), a mianowicie na powiększenie tarczycy, które podług moich spostrzeżeń b. często wikła gruźlicę płuc, jako przez nią wywołane, i nadaje przebiegowi gruźlicy płucnej odcień swoisty. Powikłanie to jest obecnie możliwe do usunięcia, i tem bardziej na nie należy zwrócić wielką uwagę, że, usuwając oznaki BASEDOW'a, poprawiamy stan płuc. Dopiero w ostatnich czasach dowiedziałem się, że VITRY i GIRAUD z Paryża ¹⁾ badali kwestyę wpływu gruźlicy na tarczycę.

¹⁾ G. Vitry i G. Giraud. Recherches histologiques et chimiques sur le Corps thyroïde des tuberculeux. Revue de la tuberculose. 1909, Nr. 4.

W pracy swej autorzy stosowali metodę porównywania obrazów histologicznych z odpowiadającą tym obrazom czynnością tarczycy. Wskaźnikiem tej czynności była procentowa zawartość jodu.

W tym celu zbadano 23 tarczycy osobników, którzy za życia przedstawiali rozmaite przypadki przebiegu gruźlicy płucnej.

Wyniki badań dzielą się na 3 kategorie:

W 1-ej kategorii (5 przypadków) przy ostrym przebiegu choroby tarczycy pod mikroskopem nie wykazują rozrostu tkanki łącznej, ale analiza chemiczna wykrywa w tych narządach znaczną zawartość połączeń jodowych, mianowicie od 26 do 7 mgm. na 100 grm. tarczycy (przeciętna normalna zawartość waha się między 6 a 1 mgm. na 100 gr.). Do 2-ej kategorii odnoszą się badania tarczycy 8-u osób, które miały podostry przebieg gruźlicy. Mikroskop wykrywa w nich młodą tkankę łączną, analiza zaś chemiczna wykazuje jod w mniejszej ilości niż w poprzedniej kategorii.

Przy chronicznym przebiegu gruźlicy płuc rozrost tkanki łącznej w tarczycy jest olbrzymi, przyczem spotyka się ona tam nie jako młoda tkanka, lecz jako już rozwinięta tkanka łączna. Ilościowa zawartość jodu odróżnia ostatnią kategorię badań (10 przypadków) od poprzedniej.

Widzimy więc, że co do oddziaływania gruźlicy na tarczycę autorzy wskazują najzupełniejszą równość między danymi histologicznymi, klinicznymi i chemicznymi.

Fakt ten, podług zdania autorów, jest zupełnie zgodny z poglądem GILBERT'a i CASTAIGNE'a, którzy uważają chorobę B'a, jako powikłanie, wywołane zakażeniem gruźliczem.

RAMOND i BLOCH przytaczają bardzo charakterystyczny przypadek oddziaływania gruźlicy płucnej na tarczycę: początkowo, gdy choroba przebiegała powoli, spostrzegano rozrost tarczycy i wytrzeszcz; potem, gdy choroba zaostrzyła się, rozmiary gruczołu zmniejszają się i wytrzeszcz znika (Revue de la tuberculose 1909, sierpień).

Zresztą nie przeczę, że jad gruźliczy może wywoływać bicie serca, niezależnie od tarczycy. Takie przypadki spotyka się na każdym kroku, lecz dla nas ważnem było podkreślić to, że bardzo często zarazek gruźliczy wywołuje bicie serca u tuberkulików za pośrednictwem tarczycy i nadaje tym biciom serca osobliwy odcień choroby BASEDOW'a. A znajomość tego faktu ma wielką wagę dla terapii, gdyż obecnie już nie jesteśmy tak bezsilni, jak dawniej: mamy do swego rozporządzenia promienie Roentgen'a i w ostatecznym razie — operacyę.

Wnioski, do których doszedłem na podstawie 15-letniej praktyki nad tuberkulikami, którzy mieli także oznaki choroby B'a, sprowadzają się do następujących punktów:

- 1) Objawy choroby BASEDOW'a b. często są wyrazem zakażenia gruźliczego.
- 2) Oznaki basedowizmu mogą być wskazówką skrycie przebiegającej gruźlicy płuc.

3) Wobec jasno wyrażonej gruźlicy płucnej, objawy B'a nadają przebiegowi tej gruźlicy odcień swoisty.

4) Leczenie, skierowane do usunięcia objawów BASEDOW'a, bardzo często poprawia i sprawę w płucach.

IV. O PATOLOGII I TERAPII OBWISŁOŚCI BRZUCHA U KOBIET.

Napisał

Dr Falgowski,

lekarz chorób kobiecych w Poznaniu.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

OBJAWY OBWISŁOŚCI BRZUCHA.

Nie przeceniając znaczenia obwisłości brzucha, przyznać należy, że obwisłość wywołuje bole we wszystkich częściach ciała i wytwarza skłonność do różnych, wtórnych chorób. Ponieważ brzuch obwisły idzie w parze z opuszczeniem żołądka, wędrującą wątroba, wędrującą nerka, opadnięciem macicy i okrężnicy, łączy więc on w sobie dolegliwości, które każde z tych cierpień wywołuje samo z siebie. Opuszczona i przekręcona na lewo wątroba naciska na wielkie brzuszne naczynia krwionośne i z tego powodu nie tylko powstają bole, ale także zaburzenia krwioobiegu w całym brzuchu, z czasem nawet wytwarza się żółtaczka przez targanie lub zgięcie wspólnego przewodu żółciowego. Targana okrężnica poprzeczna zgina cienką kiszkę w okolicy odźwiernika i zacieśnia naczynia kręzłowe, skutkiem czego powstają zaburzenia odżywcze i utrudnienie prawidłowej czynności żołądka. Zwiótczenie, a nawet porażenie kiszek towarzyszy stale obwisłości brzucha z wszystkimi niedogodnymi objawami uporeczywej bębniicy, a ostatecznym wynikiem wszystkiego będą nerwice i nieżyty kiszek, mianowicie często zachodząca *enterocolitis*. Oprócz podrażnienia całego brzusznego nerwu zwojowego zdarzają się często lokalne nerwice nerwów jajnikowych, kulszowych i lędźwiowych. Zachodzą też przypadki, że opuszczona nerka zgina moczowód i przyczynia się do powstania wodonercza. W dalszym ciągu brzuch obwisły utrudnia oddanie moczu, kału i gazów. Wreszcie samozatrucie z wszystkimi jego objawami, z wszystkimi podrażnieniami i bolami, nie tylko lokalnymi, ale także promieniującymi, wytwarza obraz nerwowości lub zdeklarowanej histeryi. Razem z zastojami w jelitach brzusznych ulegają przekrwienu i macica i jej przydatki. Tak powstaje *metritis*, *endometritis*, *ovariitis* z nieprawidłowemi krwawieniami, upławami, uczuciem ciężkości i bolami w brzuchu. Często zachodzą przytem i krwawnice, zastoje w żyłach miedniczych, żyłki sromu i nóg. W postawie stojącej i przy pracy występują bole silniej niż

w czasie spoczywania. Jako dalsze skutki przychodzą osłabienia, nawet om-
dlenia z poważnemi zaburzeniami sercowemi.

Do tego dodać jeszcze należy wszystkie znane dolegliwości opadnięcia
macicy i pochwy, jak oto: ciśnienie ku dołowi, uczucie ciężkości w brzuchu,
ból krzyża, dolegliwości pęcherzowe i utrudnienie oddawania stolca. Jasną
jest rzeczą, że kobiety te niezdatne są do pracy, popadają w stan zaburzenia
psychicznego i cielesnego aż do zupełnego zaniku sił.

Brzuch obwisły przedstawia nareszcie niebezpieczeństwo dla każdej ciąż-
y dlatego, że sprzyja powstawaniu nieprawidłowego położania płodu, miano-
wicie położeniu poprzecznemu, a powtórę dlatego, że wyklucza czynność tło-
czni brzusznej i przeto poród utrudnia. I wymioty ciężarnych zachodzą po-
dobno częściej wobec brzucha obwisłego. Z powodu zlepów otrzewnych, któ-
re także należą do objawów brzucha obwisłego, mogą w czasie ciąży powstać
nawet uwięzienia jelita. Opuszczenie narządów rodnych utrudnia prawidłow-
y przebieg porodu i inwolucję części rodnych. Pozostają więc często prze-
wlekłe zapalenia maciczne, przewlekłe zawały macicy i jej przerosty, jako sta-
łe uszkodzenie, wynikłe z obwisłości brzucha

LECZENIE OBWISŁOŚCI BRZUCHA.

Nie posiadamy środka, któryby substancji organicznej, pozbawionej zu-
pełnie sprężystości, nadał dawną siłę napięcia i przywrócił mięśniom zanikłym,
zmienionym, rozciągniętym, porażonym i poprzesuwanym dawną formę tak, aby
tylko tyle zajmowały miejsca, co dawniej. Raz utraconego napięcia nie uzy-
skają powłoki brzuszne już nigdy. Wyleczenie brzucha obwisłego nie jest za-
tem rzeczą łatwą.

Przyznać trzeba, że przez usunięcie szkodliwości, up. złego odżywiania,
zatwardzenia stolca, gorsetu, przez usunięcie nowotworu polepsza się stan
ogólny, zapobiega się dalszemu rozwojowi choroby, a nawet do pewnego stop-
nia przywraca się powłokom brzusznyim dawną napięcie. Prócz prawidłowo
przeprowadzonego leczenia przez tuczenie, dodaje się chorym arsenik i żela-
zo, dalej zastosowuje się prąd faradyczny, masaż i zimne tusze. W ten spo-
sób działa się na zwiotczenie kiszki i przez wzmocnienie mięśni zmniejsza się
objętość brzucha. Konieczny jest spokój i wypoczynek. Prócz tego należy
także uwzględnić różne zachorzenia lokalne.

Lecz nacóż się zda zachwalanie tych wszystkich wypróbowanych środ-
ków leczniczych w obec faktu, że większa część osób, cierpiących na obwi-
słość brzucha, należy do klasy socjalnie upośledzonej. W stosunkach tych
nie można nawet przeprowadzić kuracji leżenia STRASSNER'a z obciążeniem
brzucha zapomocą worków z gliną lub piaskiem. Systematycznemi ćwiczeniami
gimnastycznymi, polecanemi z różnych stron ku wzmocnieniu mięśni brzusz-
nych i dna miednicy, nie osiągnąłem przy zupełnem zwątleniu prawie żadnych
rezultatów. Naprawa przemęczonych i zdegenerowanych mięśni nie następuje
tak łatwo. Uzdrowienie przy pomocy gimnastyki pozostanie tylko życzeniem
teoretycznem.

Do operacji, t. j. do usunięcia środkowej, zwątłonej części powłok brzusznych razem z powięzią, przystępuje się dopiero wtedy, gdy z innych powodów operacja brzuszna jest niezbędną. W ten sposób usunąłem w dwu przypadkach obwisłość brzucha.

Uniwersalnym środkiem, który łagodzi dolegliwości brzucha obwisłego i przywraca dawną zdolność pracy, jest dobrze leżąca opaska brzuszna. Środka tego należy zawsze wypróbować. Jeżeli w wielu przypadkach rezultatów niema, to winne są temu wady opaski, zależne od: 1) złego materiału, 2) złej konstrukcyi, 3) i kroju nie zastosowanego do figury.

Materyał, z którego się opaski robi, nie powinien być rozciągliwy, ani sprężysty; w przeciwnym razie uległby ciśnieniu jelit. Dlatego nie używa się materyałów gumowych, wełnianych i trykotowych. Najlepszy jest lekki, ale mocny materyał, z którego są wyrabiane zwykle gorsety. Konstrukcyja, wskutek której brzuch uległby ściśnięciu w koło, jest nieodpowiednia. Opaska taka powinna brzuch podciągać z przodu i z dołu w górę i w tył, a zatem w kierunku łądźwiowym. Opaska o dobrej konstrukcyi podnosi więc powłoki wysoko ponad spojenie łonowe. Opaskę trzeba wykonać podług miary, i to w ten sposób, że lekarz sam odpowiednio do stosunków anatomicznych narysuje wysokość i szerokość opaski na surowym materyale, który się przymiery na obnażonym brzuchu chorej. Skroiwszy kawał materyału w odpowiedniej szerokości (rys. 3-ci), robi się w środku zakładkę, jak pokazuje rys. 4-ty. Opaska nie powinna wywierać ucisku na pachwinę. Bandaże jej krzyżują się w tyle w okolicy pomiędzy kręgami łądźwiowymi a kością krzyżową. W opaskę wszywa się sprężyste fiszbiny, które jej dają trwałą, niezmienną formę.

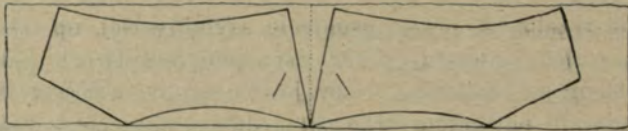


Fig. III.

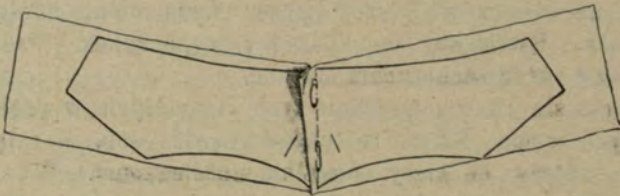


Fig. IV.

Zapomocą dwu podpasek przymocowuje się dolną część opaski do spojenia kości łonowej. Podpaski te zapobiegają zarazem posunięciu się opaski w górę. Ażeby opaska dobrze leżała, zobowiązać należy bandażystę, aby opaskę do połowy wykończoną przyniósł do przymierzenia, można wtedy porobić zmiany, któreby okazały się potrzebne, jak np. wszyć potrzebne fałdy. W ten

sposób wykonana opaska przylegać musi ściśle do brzucha. Przymierza ją się i zakłada w postawie leżącej. Przednią część dobrze leżącej opaski pokazuje rys. 5-ty.

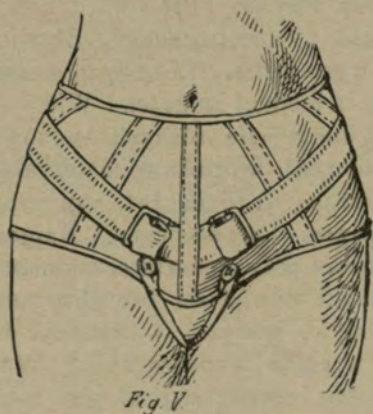


Fig. V

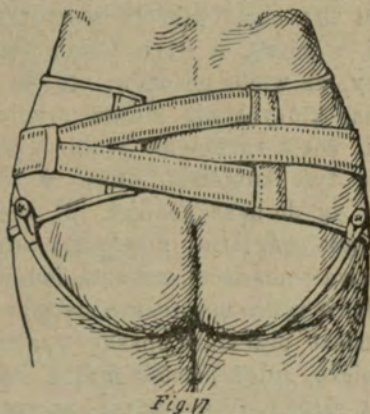


Fig. VI

Podług tych zasad wykonana opaska jest w stanie usunąć zupełnie dyzlokację i ograniczyć zakres ruchów organów wewnętrznych. Dobrze leżąca opaska podsuwa organy w górę i w tył, a przytem nie wywiera żadnego nacisku na żołądek. Opaska, wykonana podług miary, jest tańszą od gotowych wyrobów patentowanych. W mojej praktyce opaska, uszyta na miarę, zawsze pomogła, w każdym razie ulżyła nawet w najgorszych, zastarzałych przypadkach, powiększyła możność pracy, usunęła zniechęcenie do życia. Lekarz praktyczny przez zalecanie opasek podobnych dozna wiele wdzięczności, zwłaszcza, jeżeli nie omieszka zapomocą masażu, elektroterapii i przepisów dyetetycznych uzupełnić kuracyi. CHEŁPOWSKI już w r. 1889 polecał opaski wykonane na miarę. Pomimo tego kwestya ta jest dzisiaj tak samo nową, jak wtenczas, gdyż zalecenia jego dotychczas mało uwzględniano. Miarę na opaskę powinien brać lekarz, nie zaś bandażysta, bo ten w najlepszym razie przystosuje jedną z gotowych już opasek. Żądam zawsze, aby dla każdej chorej wykonywano opaskę osobną.

ŚRODKI ZAPOBIEGAWCZE.

Zważywszy, że obwisłość brzucha wytwarza w wysokim stopniu niedo-
łęstwo i zniechęca do życia, należy dołożyć wszelkich starań, aby kalectwu
temu zapobiedz, ograniczając o ile możności przyczynę jego powstania. Prze-
dewszystkiem trzeba, jak to się stale i systematycznie praktykuje w Anglii,
gdzie też obwisłości brzucha prawie się nie spotyka, owiązywać brzuch kobiet
w czasie pólgu i nie pozwalać im za wcześnie wstawać z łóżka. Wprawdzie
jestem zwolennikiem wczesnego wstawania po operacyi, ale położnice trzy-

mam w łóżku przez pierwsze ośm dni po porodzie, gdyż pozwolić wstać położnicom z biednej klasy, to znaczy to samo, co pozwolić pracować wczesnie, a w ten sposób przeszkadza się powrotowi do stanu normalnego zwątlonym powłokom brzuszny i rozpułchnionym drogom rodnym. Prawidłowe pod względem fizyologicznym zachowanie się najlepiej zapobiega powstaniu obwisłości brzucha, jakoteż wszystkich innych chorób. Pracować i wypoczywać w miarę, a strzedz się przepracowania, niedostatecznego odżywienia, blednicy, za wielu porodów, oto są główne wymagania. Lecz są to wszystko życzenia, których nie można przeprowadzić u biednej ludności. Wiele gimnastyki, wiele ruchu na wolnem powietrzu, uprawianie różnych sportów zaleca się tym kobietom, które z powodu dobrych warunków materyalnych skłonne są do bezczynności. U wszystkich trzeba na to uważać, aby wypróżnienie było regularne, a potrawy zdrowe, pożywne i urozmaicone. Najgorsze następstwa pociąga za sobą przeładowanie żołądka przy niedostatecznym ruchu.

Skoro tylko spostrzeże się pierwsze oznaki obwisłości brzucha, należy natychmiast przepisać opaskę i zalecić wszystkie, powyżej wymienione środki lecznicze, gdyż pomódz można najwięcej właśnie w początkach. Ważną też jest rzeczą zeszyć zaraz po porodzie każde, choćby najmniejsze rozdarcie krocza i pochwy, aby mięśniom miedniczemu nadać na nowo prawidłową pod względem anatomicznym formę. Rozdarte włókna mięsne należy złączyć zapomocą szwu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

168. M. Paul Ribierre et M. Jean Paraf. Badanie fizyologiczno-patologiczne w przypadku wyleczonej (z punktu widzenia klinicznego) marskości wątroby.

Od r. 1886—od doniesień **TROISIER**'a ogłoszono dotąd niemało podobnych przypadków. Wiadomo jednak, że w wielu razach wyleczenie, a raczej poprawa, bywa krótkotrwałą, niekiedy znów [jak w przypadkach **CASTAIGNE**'a, **EYRER**'a] wyleczenie przeciągało się aż do lat 18—20. Na sekyi u takich chorych stwierdzano zanik wątroby z wybitnemi starymi zbliznowaceniami. To też większość klinicystów z prof. **GILBERT**'em i **CHAUFFARD**'em na czele jest zdania, że „może tu być mowa tylko o wyleczeniu pozornem [względnem], a nie rzeczywistem“. Dane anatomo - patologiczne w przypadkach marskości wątroby, zdaniem autorów, nie są tak ważne dla nas, gdyż na ich podstawie za życia chorego nigdy nie jesteśmy w stanie określić, w jakim stopniu utrudniony jest krwiobieg lub zahamowaną czynność komórek wątrobných; wyjaśnienia pod tym względem należałoby szukać na drodze badań fizyologicznych. „U żadnego bowiem z tych chorych, tak zwanych wyleczonych, podług **CHAUFFARD**'a, nie wiemy, w jakim stanie znajduje się sprawność wątroby—wytwarzanie mocznika, barwików, zatrzymywanie cukru i toksyn“. Przerobienie szeregu doświadczeń nad czynnością wątroby u osobnika, dotkniętego marskością wątroby i który zdawał się być wyleczonym, stanowi główną treść pracy autorów. Przypadek ich dotyczył 62-letniego alkoholika z marskością wątroby

zanikową, któremu w ciągu jednego tylko roku wypuszczano 47 razy płyn z jamy brzusznej [za każdym razem po 10 do 15-u litrów], poczem chory zaczął się poprawiać, tak, że w następnym roku zrobiono mu tylko 3 punkeye. Chory po wypisaniu się ze szpitala żywił się tylko mlekiem i kartoflami, a po upływie lat 3-ch przybył ponownie do szpitala, ale nie z powodu dawnej choroby, lecz z powodu znużenia, bez najmniejszych widocznych objawów przebytego cierpienia. Chorego tego autorowie poddali następującym próbom: próbie na cukromocz trawienny [choremu podano jednorazowo 150,0 cukru gronowego, a następnie w ciągu 26-u godzin co 2 godziny badano moczu na cukier]; próbie z błękitem metylenowym [choremu zastrzyknięto pod skórę 1 ctm. sz. barwika w roztworze $\frac{1}{20}$, poczem co godzina zbierano mocz w celu przekonania się, jak prędko i jak długo mocz zawierał będzie zastrzyknięty barwik]; próbie wywołania diurezy [z rana w 1½ godziny po wypiciu 200,0 mleka podano choremu $\frac{1}{2}$ litra wody do wypicia, a następnie aż do 9-ej wieczorem co parę godzin zbierano mocz i określano jego ilość]. Wynik tych prób był następujący: cukromocz trawiennego nie stwierdzono; stwierdzono opóźnianie i przerwy w wydzielaniu się błękitu metylenowego i duże różnice w natężeniu zabarwienia; stwierdzono opsyurę i brak diurezy, właściwie oligurę.

Na podstawie powyższych doświadczeń autorowie przychodzą do wniosku, że w danym przypadku mamy stałą o pewnem napięciu hipertensję w zakresie żyły wrotnej. Za główny objaw u chorego tego poczytują nieprawidłowe wydzielanie się błękitu metylenowego, co w myśl CHAUFFARD'a, a za nim CASTAIGNE'a i CHIRAY'a ma znamionować o upośledzonej czynności komórek wątrobnych. Sama nieobecność cukromoczu trawiennego w danym przypadku nie koniecznie miałaby świadczyć o wydolności komórek, opisano bowiem przypadki, w których próba na cukromocz trawienny wypadła ujemnie, gdy tymczasem w komórkach wątrobnych znajdowano duże zmiany.

W przypadku powyższym nieobecność cukromoczu trawiennego możnaby, według autorów, wytłómaczyć tylko zaburzeniami cyrkulacyjnymi w żyłę wrotną, powstałemi wskutek upośledzonej czynności chłonnej kiszki. Wreszcie 2 punkty, zdaniem autorów, zasługują na uwagę: że względne wyzdrowienie nastąpiło w okresie zaniku wątroby, co, jak wiadomo, przytrafia się znacznie rzadziej niż w okresie przerostu wątroby; że u takich chorych leczenie winno głównie polegać na zapewnieniu choremu względnego spokoju i przestrzeganiu o ile możliwości diety mlecznej [później w okresie polepszenia z dodaniem nieco kartofli gotowanych, bulki i masła].

(Bul. et mém. de la Société med. des Hôpitaux de Paris, 1910, Nr. 29).

Stanisław Gębarski.

169. Quénu. Żółtaczka w przypadkach białowca wątroby.

Przedewszystkiem autor stwierdza, że żółtaczka nie stanowi nadzwyczaj rzadkiego objawu w przebiegu białowca. Osobiście Q. spostrzegął 7 razy żółtaczkę w 50-u przypadkach białowca wątroby. Inne statystyki wykazują mniej więcej stosunek 3—15:100. Żółtaczki w przebiegu białowca wątroby można podzielić na 3 grupy: 1) żółtaczka wskutek pęknięcia białowca do dróg żółciowych; 2) żółtaczka wskutek *angiocholitis*; 3) żółtaczka wskutek ucisku. Wtargnięcie białowców do dróg żółciowych, powodując zawsze mniej lub więcej ostry odczyn zapalny, może wywołać w następstwie oba pozostałe rodzaje żółtaczki (*angiocholitis* i ucisk).

Autor z naciskiem zaznacza, że *angiocholitis* jest z wykłą przyczyną żółtaczki białowcowej; żółtaczka od samego tylko ucisku jest zupełnie wyjątkową.

Angiocholitis może być końcowym wyrazem posocznicy, wywołanej przez zakażonego bąblowca. Najczęściej zaś ostra *angiocholitis* zależy od wtargnięcia do głównego przewodu zawartości pękniętego bąblowca. Przebieg tego cierpienia może być o wiele łagodniejszy, jeżeli bąblowiec komunikuje się z pęcherzykiem żółciowym lub z dodatkowym kanalikiem żółciowym, zwłaszcza łączy zawartość bąblowca jest mało lub zupełnie nieseptyczna. Obok pęknięć z wielkimi przypadłościami zdarzają się pęknięcia z przypadłościami nieznacznymi i przemijającymi. Jakiś kanalik żółciowy, przebiegający po powierzchni jamy (poche), może, jak to zostało stwierdzone, otrzymywać drogą osmozy poprzez zmienione ściany zmienioną patologicznie zawartość bąblowca, chociaż nie nastąpiło pęknięcie torebki macierzystej. Taką patogenezę można zastosować do dosyć znacznej liczby przypadków lekkiej *angiocholitis*, które symulują napad kamicy żółciowej. Przedostawanie się drogą osmozy jadu bąblowcowego stanowi przyczynę zapalenia przewlekłego tkanek, otaczających pasorzyta. Zatem żółtaczką może być następstwem wtargnięcia do dróg żółciowych zawartości bąblowca bądź przez pęknięcie, bądź drogą osmozy poprzez ściany zmienione lub nawet i niezmienione. Z punktu widzenia klinicznego istnieją tylko dwa wyraźnie zarysowane typy żółtaczki bąblowcowej: typ ze zmienną żółtaczką, zależny od *angiocholitis*, i typ z żółtaczką stałą lub postępującą, zależny od ucisku.

Przy rozpoznawaniu tego rodzaju żółtaczek nie można opierać się na stwierdzeniu tylko obecności guza, ponieważ często jest on dla zbadania niedostępny.

Z punktu widzenia terapii, pomijając przypadki pęknięcia, w razie bąblowca z żółtaczką należy wykonać marsupializację, jeżeli zawartość bąblowca zmętniała, a jego ściany podległy schorzeniu. Wobec bąblowców z zawartością przezroczystą można zastosować szew; tam jednak, gdzie linia szwu nie może być złączona ze ścianą brzuszną wobec głębokości pewnych torbieli, należy zaszytą torebkę pozostawić samej sobie i włożyć gruby dren do jamy brzusznej, oraz, w razie potrzeby, pasek gazy na linię szwu. Jeżeli układ torebki się do tego nadaje, to dobrze wykonać „capitonnage“.

Z punktu widzenia rokowania operacyjnego, napady *cholaemiae i cholerrhagiae* zdarzają się częściej w przypadkach bąblowców z żółtaczką, jakkolwiek wlekby zastosować technikę operacyjną.

(*Revue de Chir.* Nr. 8, 1910).

W. Dobr.

ODCINEK.

Z dziedziny partactwa lekarskiego.

W ostatnich czasach powstała w Warszawie instytucja, w której pod płaszczykiem rzekomej nauki i przy udziale lekarzy, nie mających widocznie nic do stracenia, odbywa się na szeroką skalę ordynarne partactwo lekarskie i wyzysk łatwowiernych, zwabionych potęgą reklamy.

Szalbierstwo to, noszące nazwę „Gabinet leczniczy. System leczenia zaocznego“, przeznaczone jest głównie dla Cesarstwa, o czym

świadczy ogłaszanie go tylko w pismach rosyjskich i załatwianie całej korespondencji również w języku rosyjskim. A korespondencya ta jest bardzo obszerna, bo całe leczenie odbywa się za pośrednictwem poczty, bez potrzeby widzenia i badania pacyenta, ale przytem niezbyt uciążliwa i dosyć jednolita, gdyż wszystkie odpowiedzi są drukowane, a więc zapewne dla wszystkich jednakowe.

Zebrawszy materyał dowodowy, postaramy się na podstawie oryginałów, jakie posiadamy, przedstawić sposób postępowania nowego dobroczyńcy i zbawcy cierpiącej ludzkości, amerykańskiego profesora (?) Tomasa Franklina ADKINA i jego współpracowników, zrekrutowanych z pośród miejscowych lekarzy.

Na zapytanie, skierowane do „Gabinetu“ z wymieniem najważniejszych objawów choroby, pacjent otrzymuje plikę papierów: przedewszystkiem list drukowany z wpisaniem rozpoznaniem choroby i zachętą do bezwzględnego rozpoczęcia kuracji, z którą zwlekanie mogłoby pociągać skutki bardzo groźne.

Dołączony do tego list objaśniający, cały drukowany, a więc dla wszystkich jednakowy, stanowi dokument tak niezwykły, że najważniejsze ustępy z niego pozwolimy sobie przytoczyć w dosłownem tłumaczeniu. Autor zapewnia w nim, że choroba została uważnie zbadana przez lekarzy i że „choć tego rodzaju choroba nie poddaje się zwykłym sposobom leczenia, znanym w medycynie, ustępuje jednak szybko po zastosowaniu naszej metody; wyleczyłem dużo przypadków choroby, podobnych do tego“. „Lekarze moi (sic!), przez wiele lat leczyli takie choroby medycyną (?), teraz stosują oni naszą nową metodę leczenia zaocznego i otrzymują naprawdę cudowne wyniki“.

„Miałem w praktyce setki takich chorych, pojmuje Pan więc, że dzięki ogromnemu doświadczeniu znam tę chorobę lepiej, niż lekarz, który spotyka zaledwie kilka takich przypadków w ciągu roku“. Wogóle pacyenci odnoszą wielką korzyść, zwracając się do autora listu, gdyż ma on tę wyższość nad innymi, że leczy w ciągu roku dziesiątki tysięcy chorych, gdy większość lekarzy ma zaledwie kilkuset pacjentów na rok. A co za oszczędność! „Jeżeli się Pan zwrócisz do specjalisty, to za jedną poradę zapłacisz więcej, niż ja biorę za całą kurację“. „Poradę moich lekarzy i rozpoznanie choroby otrzymuje Pan zupełnie bezpłatnie; miesięczna kuracja kosztuje 25 rubli. Czyż w mieście pańskiem znajdzie się lekarz, który mógłby leczyć Pana w tych warunkach, okazywać Mu tyle uwagi, co ja. Naturalnie że nie, a jeżeli ja mogę to zrobić, to tylko dlatego, że mam tak kolosalną liczbę pacjentów“. Przecież same lekarstwa, dostarczane choremu, warte są więcej daleko niż opłata, pobierana za całą kurację“. I tego jeszcze nie dosyć; pacjent nawet przy tak małej opłacie nie ryzykuje (prócz, naturalnie, narażania się na szkodliwe skutki leczenia zaocznego), bo „jeżeli zamówi miesięczną kurację i nie wyleczy się zupełnie lub nie dozna znacznej ulgi, to będzie miał zwrócone wszystkie pieniądze, zgodnie z warunkami dołączonego zobowiązania“. Autor listu nazywa ten sposób postępowania „uczciwym i sprawiedliwym“ i może nawet na pozor byłby on takim, gdyby nie warunek pomieszczony w zobowiązaniu, który wyklucza najzupełniej możność upominania się o zwrot pieniędzy. Warunek ten brzmi jak następuje: „Jeżeli po upływie 2-u tygodni od początku kuracji pacjent nie wyleczy się zupełnie lub nie dozna znacznej ulgi, to winien nie później niż w ciągu pięciu dni przysłać świadectwo (*udostowierjenje*) o tem, że używał lekarstw i wypełniał dokładnie wszystkie nasze przepisy, i że nie wyleczył się i nie doznał ulgi“. Razem z tem świadectwem należy zwrócić nieużyte lekarstwa, a jeżeli przedsiębiorstwo nie odda wpłaconych pieniędzy, to obowiązuje się zapłacić tysiąc rubli. Komu? Otóż wszystko byłoby w porządku, gdyby nie to świadectwo, bo kto ma je wydać i czyje świadectwo będzie uznane za wiarogodne?

Wracamy jeszcze do listu, w którym dobroczyńca obiecuje w dalszym

ciągu leczyć nie tylko daną chorobę, lecz bez żadnej dopłaty wszystkie inne cierpienia, bez oznaczenia jednak terminu, a więc chyba tylko w ciągu tego miesiąca.

Nie dość na tem. „Jeżeli Pan zapisze się na miesięczny kurs leczenia w ciągu 20-u dni, licząc od daty niniejszej, to damy Panu nowy kurs leczenia magnetycznego (?) zupełnie bezpłatnie. Zwykła cena tej kuracji wynosi 25 rubli. Pragnąc spopularyzować ją w pańskiej okolicy, wyślę ją Panu bezpłatnie; w zamian za to proszę o polecenie jej swym znajomym, których, zdaniem pańskim, może ona zainteresować. Jest to najlepszy z istniejących kurs leczenia magnetycznego“. Pod listem znajduje się podpis: *M. Przyborowski*.

Zbyt obszerne być może przytoczyliśmy wyjątki z listu, lecz sądzimy, że one najlepiej charakteryzują wartość metody leczniczej i tych, którzy ją stosują.

Do listu dołączony jest: a) rodzaj kwestyonyariusza z 75-u pytaniami, dotyczącymi osoby amatora kuracji zaocznej i różnorodnych objawów jego cierpienia, b) blankiet obstalunkowy, c) druczek, zatytułowany: „Dla wiadomości chorych“. Z tego ostatniego pozwalamy sobie zacytować jeszcze kilka zdań, godnych zaznaczenia: „Obojętne, kto leczył Pana dotychczas; czy mógł ktokolwiekbądź tyle co my uwagi zwrócić na pańską chorobę“. „Zdumiałbyś się Pan, gdybyś mógł widzieć wszystko to, co musimy zrobić, zanim wyślemy pacjentom nasz sposób leczenia: przegląda je kilku ekspertów, zwracających uwagę na każdą okoliczność, dzięki czemu niemożliwe są omyłki. Myli się każdy, ale czy można przypuścić, aby 10—12 ludzi robiło ten sam błąd w jednym i tym samym wypadku?“. „Im prędzej Pan zacznie leczenie, tem wcześniej dozna Pan jego błogich skutków“. „Niema metody leczniczej, która również szybko, jak nasza metoda zaoczna mogłaby leczyć choroby przewlekłe. To nie ulega najmniejszej wątpliwości“.

Ale już dosyć tych cytat. Zastanawiając się nad całą tą machinacją, obmyśloną sprytnie, bo opartą na łatwowierności ludzkiej i na tej pewności, że w chorobach przewlekłych, często nieuleczalnych, nieszczęśliwy chory chwyci się zawsze ostatniej deski ratunku, należy zapytać, jakim prawem taki pan z tytułem profesorskim może jawnie wyzyskiwać łatwowierność ludzką i czy wolno jest, zaznaczając, że „konsultacje, oględziny, rozpoznanie i rada są zupełnie darmo“, sprzedawać za 25 rubli leki o składzie nieznanym, a więc uchylające się z pod kontroli, częstokroć mogące zamiast ulgi przynieść choremu szkodę.

Na te pytania niech odpowiedzą ci, którzy czuwać winni nad tem, aby się takie rzeczy nie działy, i którzy mają władzę zapobiegania tego rodzaju paractwu.

W. Sz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 4-go października 1910 r.

1) KOZERSKI A. wygłosił odczyt p. t. „O aparatach wytwarzających wody radioaktywne“.

Od wielu lat rozstrząsana i sporna kwestya wyższości wód mineralnych naturalnych nad sztucznymi wyjaśniła się w ostatnich latach w ten sposób, że

pierwsze większą swą skuteczność zawdzięczają prawdopodobnie obecności w nich radu; toteż obecnie przedsięwzięto usiłowania w celu wyrównania tego braku i nasycaenia emanacją radu sztucznych wód mineralnych. Prelegent zademonstrował właśnie jeden z aparatów służących do tego celu, opisując szczegółowo jego konstrukcję. Następnie pokazał aparat kontrolujący, służący do mierzenia aktywności plynów, czyli t. zw. fontaktoskop ENGLERA i SIERCKING'a; zbudowany jest on na tej zasadzie, że elektroskop naładowany w suchem powietrzu wyładowuje się niezmiernie powoli, w powietrzu zaś nasyconem emanacją wyładowanie następuje niezmiernie szybko, przyczem odchylenie blaszek metalowych elektroskopu odczytuje się na poziomej miarce, a odpowiednia tablica wykazuje w voltach, jakiej ilości volt odpowiada każdy stopień rozchylenia blaszek. Za jednostkę radioaktywności przyjęto spadek napięcia elektroskopu o jedną voltę na godzinę przy jednym litrze płynu.

Do kąpeli używa się 100000 jednostek, do picia zaś [w jednym kubku] 5000.

Najbardziej rozpowszechnione jest podawanie wewnętrzne i kąpiele; podczas tych ostatnich prawdopodobnie rad dostaje się do ustroju przez oddychanie. Pierwszą reakcją organizmu bywa lekkie wzmożenie bólów i objawów zapalnych, poczem ból ustępuje i nacieczenia ulegają wessaniu. Zaleca się wodę promienioczyną w przypadkach dny, podostrego i przewlekłego reumatyzmu, nerwobólów, wysięków błon surowicznych i przewlekłych nieżytych błon śluzowych i t. d.

W dyskusyi LANDAU AN. poruszył kwestyę działania radu na dnę oraz wydzielanie moczu.

ZALESKI K. przypomina, że działanie wód alkalicznych polega na tem, że mocznany dwuzasadowe przeobrażają się na jednozasadowe.

Sekretarz STAŁY SOKOŁOWSKI przypomina, że temat omówiony przez prelegenta był na zeszłorocznym Zjeździe internistów w Krakowie przedmiotem obszernego wykładu prof. KLECKIEGO, który bynajmniej nie otrzymał pomyślnych wyników leczniczych; ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem środków, dla których rozpowszechnienia używa się nadzwyczaj szumnej reklamy.

CIĄGLIŃSKI znów zaznacza zbyt wygórowany krytycyzm, z jakim niektórzy lekarze patrzą na sprawy leczenia fizykalnego i przypomina historyę z „fango“, które w swoim czasie uważane było u nas za zwyczajne błoto, w którym jednak później wykazano obecność radu; dowiedziono specyficzności jego i w ten sposób wyjaśniono pomyślnie wyniki lecznicze. To samo dotyczy i sztucznych wód mineralnych JAWORSKIEGO, które zdawały się w zupełności naśladować naturalne, gdy wykrycie radu w źródłach naturalnych zmieniło pogląd na tę kwestyę. Mowca dochodzi do wniosku, że w naszych pracowniach i fabrykach nie możemy rywalizować z naturą, która niejedną ukrywa przed nami tajemnicę tak, jak do niedawna ukrywała tajemnicę radu.

2) KARWACKI wypowiedział rzecz p. t. „*Oospora pulmonalis*“. Prelegent pokazał 3 rodzaje grzybków w hodowli i preparatach drobnowidzowych włosnowców paciorkowcowych (*streptothrix seu oospora*), wyhodowanych z płwociny gruźliczej, a różniących się stosunkiem do podłoża i zdolości wytwarzania barwika. W dalszym ciągu prelegent zajął się symptomatologią i patogenezą spraw chorobnych, wywołanych przez włosnowce na podstawie własnych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa. [Rzecz drukowana w Gaz. Lekarskiej].

Posiedzenie 18-go października 1910 r.

1) GLIŃSKI przedstawił: a) 56-letniego mężczyznę z chroniczną białaczką [hemoglob. 81,25%, ciałek czerwonych 3788000; ciałek białych 688000; limfocytów 96,8%], w której obrzmienie śledziony poprzedziło o rok przeszło po-

większenie gruczołów; b) przypadek białaczki mieszanokomórkowej [hemoglob. 78,75%; ciałek czerwonych 4,320,000; ciałek białych 177,000], która rozwinęła się u zupełnie poprzednio zdrowego człowieka wkrótce po operacji karbunkułu na plecach.

2) Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Fundacya Imienia dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO“ [praca czysto historyczna, przeznaczona do druku w Pamięt. Tow. Lek.].
A. Lande.

Posiedzenie ginekologiczne 27-go maja 1910 r.

1. RYŁKO przedstawił chorą z przetoką pęcherzowo-pochwową; u chorej tej R. ma dokonać *colpocleisin*.

2. NEUGEBAUER przedstawił chorą po dokonanej laparotomii. Chora ta przybyła na oddział z gorączką 39,2° C. i przypuszczano u niej torbiel zropiałą z zawartością gazów gnilnych. Podczas zabiegu okazała się zropiała torbiel skórzasta; sprawę traktowano jako zwyczajny ropień, przyczem jama brzuszna była otwarta obok guza. W trakcie rekwalescencji opróżniono od strony pochwy ropień opadowy w zatoce DOUGLAS'a. W dyskusji nad postępowaniem w zropiałych i zrosniętych z otrzewną torbielach LEŚNIEWSKI zaznacza, że na razie należy usunąć co się da ze zropiałych części, a następnie dopiero wykonać zabieg radykalny.

3. RYŁKO przedstawił preparat mikroskopowy raka dużej wargi sromnej z przerzutem do gruczołów pachwinowych u 52-u letniej kobiety.

4. ENDELMAN omawia operawia przez siebie przypadek poronienia jajowodowego, z powodu zarośnięcia dołu DOUGLAS'a (tyłozgięcie macicy); krwisteku pozamacicznego nie było. E. usuwa w położeniu TRENDELLENBURGA tylko widoczną krew, pozostawiając resztę samodzielnemu wessaniu.

5. J. JAKOWSKI przedstawił: a) fotografię noworodka donoszonego, wydobytego zapomocą cięcia brzuszego, z guzem na szyi wielkości główki; b) fotografię włókniaka wielkości 2-u pięści, który wypadł z macicy po urodzeniu się dziecka, a przed odejściem łożyska.

6. HUZARSKI przedstawił preparat torbieli międzywjadłowej z zawartością krwawą; preparat pochodzi od 19-letniej panny.

7. RYŁKO odczytał referat w sprawie profilaktyki gorączki płożowej i wysnuł następujące wnioski: a) należy możliwie unikać dotykania narządów płciowych rodzącej; b) wszystko co się styka z rodzącą winno być wyjałowione; c) badanie wewnętrzne powinno być możliwie ograniczone; d) wszelkie zabiegi na rodzącej winny być wykonywane na zasadzie najściślejszych wskazań naukowych; e) szeroko propagować należy używanie rękawiczek gumowych wyjałowionych zarówno przy porodach samoistnych, jakoteż i operacyjnych i f) tak zwane profilaktyczne odkażające przepłukiwania pochwe nie mają racji bytu.

Posiedzenie ginekologiczne 24-go czerwca 1910 r.

1. ZABOROWSKI przedstawił chorą 20-letnią, u której podczas porodu znalazł bardzo znacznego stopnia koliste, bliznowate zwężenie pochwy; wycięcie blizn, kleszcze—płód 8-miesięczny, żywy. Obecnie 4 tygodnie po porodzie, rany w pochwie zablizniają się, powodując je dnoceśnie zwężenie tejże. W dyskusji CYKOWSKI jest za cięciem cesarskiem w przypadkach rozległych blizn w pochwie; HUZARSKI zaznacza rozszerzalność blizn i zaleca możliwy konserwatywizm.

2. ZABOROWSKI przedstawił 18-letnią chorą, dziewicę, z przerostem szyjki macicznej i opuszczeniem macicy. W dyskusji STANKIEWICZ radziłby *ventrofixatio* i zeszyście dźwigaczów dobytnicy. ALTKAUER przytacza podobny przypadek: *colporrhaphia* przednia i tylna i skrócenie więzów obłych nie dały wyniku, dopiero zeszyście dźwigaczów odbytnicy usunęło cierpienie.

3. J. JAKOWSKI przedstawił przypadek nałmiernego rozdęcia pęcherza moczowego u płodu.

4. NEUGEBAUER demonstrował macicę, amputowaną nadpochwowo z powodu licznych włókniaków. N. daje pierwszeństwo amputacji nadpochwowej przed wycięciem całkowitem DOYEN'a.

5. W dyskusji nad odczytem RYŁKI zabierali głos ZABOROWSKI i J. JAWORSKI, podnosząc wielką rolę w zapobieganiu gorączki płożowej reformy szkół dla akuszerki i gruntownego przygotowania akuszerskiego lekarzy i t. d.

Posiedzenie ginekologiczne 30-go września 1910 r.

1. NEUGEBAUER i JAWORSKI zdali sprawę z udziału polskich ginekologów i akuszerów w V międzynarodowym Zjeździe położ. i ginekologiczn. w Petersburgu.

2. MONSIORSKI przedstawił kilka przypadków kombinacji nowotworów w narządach płciowych kobiecych: *myoma subserosum corp. uteri et carcinoma colli uteri*; *myomatosis uteri* i 2 torbiele przyjajnikowe; *carcinoma port. vagin. uteri et cystis ovarii dextri*, *fibromyoma uteri subserosum et cystis ovarii dextri*.

3. HUZARSKI przedstawił preparat ciąży jajowodowej prawej.

4. STANKIEWICZ Cz. omówił przypadek zgorzeli mięśniaka macicy w okresie płożowym, powikłany ropniakiem prawego jajowodu (*pyosalpinx*), na 21-y dzień po porodzie całkowite wycięcie macicy i przydatków (oprócz lewego jajnika) drogą brzuszną z zejściem pomyślnem. ENDELMAN uzupełnił poprzednie omówienie szczegółami z przebiegu porodu i zwrócił uwagę na konieczność wczesnego operowania w przypadkach rozpoczynającej się martwicy mięśniaków w okresie płożowym.

5. STANKIEWICZ Cz. przedstawił przyrząd projekcyjny prof. EDINGERA, ułatwiający okazywanie preparatów drobnowidzowych i złożył go w darze Sekcji Ginekologicznej.

6. HUZARSKI wygłosił odczyt: „Nowe prądy w postępowaniu z łożyskiem przodującym“. Po wymienieniu dawnych metod postępowania: rozwiązania gwałtownego, przerwania pęcherza płodowego, tamponowania pochwy, skombinowanego obrotu BRAXTON HICKS'a, opisuje obszerniej nowe metody: hystereuryzę lub metreuryzę, cięcie cesarskie klasyczne i zewnątrzotrzewne, jako metody, dające najpomyślniejsze zejście dla matki i płodu.

Wł. Staniszewski.

Wiadomości bieżące.

— Przegląd Pedyatryczny, kwartalnik istniejący od lat dwu i redagowany bardzo starannie przez grono kolegów specjalistów, będzie wydawany w roku przyszłym łącznie z Gazetą Lekarską. Zachowując swoją autonomię, Przegląd Pedyatryczny przez swoich redaktorów, którzy są zarazem współwłaścicielami naszego pisma (koledzy L. ANDERS i J. BRUDZIŃSKI), będzie w stałym zetknięciu z Gazetą Lekarską, uzupełniając ją niejako przez podawanie czytelnikom wyborowego materiału pediatrycznego, który ześrodkowując się około specjalnego

pisma, z konieczności był upośledzony w naszych tygodnikach lekarskich. Prenumeratory Gazety Lekarskiej mogą otrzymywać Przegląd Pedyatryczny za połowę ceny (t. j. za 2 rub. rocznie w Warszawie, 2.40 na prowincyi). Mamy nadzieję, że to zespolenie się dwu pism, dwu gron redakcyjnych w jednym wydawnictwie będzie korzystne dla czytelników i dla redakcyi obu pism.

— Wyszedł z druku olbrzymi tom (1003 str. + XV) prac 1-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich pod redakcją Komitetu, w którego skład weszli kol. CIĄGLIŃSKI, GAJKIEWICZ (przewodniczący), MĘCZKOWSKI, RADZIWIŁŁOWICZ, RODSTADT, WIZEL oraz kol. BISZOFSWERDER. Znajdujemy tu wszystkie dane dotyczące genezy organizacyi Zjazdu, program posiedzeń i listę członków (222). Dalej idą odczyty, wygłoszone na posiedzeniach ogólnych (prof. TWARDOWSKIEGO „O metodzie w psychologii“ i RADZIWIŁŁOWICZA „W sprawie naszej terminologii lekarskiej“). Następnie podane są referaty i odczyty wygłoszone na obu sekcjach wraz z dyskusją. W końcu dzieła znajdujemy uchwały Zjazdu, opis preparatów anatomo - patologicznych danych na wystawę (wraz z rysunkami), oraz streszczenie prac Zjazdu w języku francuskim. Wytworna szata zewnętrzna (druk LASKAUERA), staranna korekta, doskonale rysunki złożyły się na tę cenną pamiątkę pierwszego Zjazdu naszych neurologów.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 13-go do 19-go listopada r. b. do szpitali warszawskich przybyło 122 chorych dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, odrą 6, płonicą 26, błonicą 10, różą 5, tyfusem plamistym 3, tyfusem brzuszny 16, grypą 5, zapaleniem płuc 46.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 26 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 1, płonicę 4, błonicę 6, różę 1, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 35 osób, mianowicie: na ospę 2 osoby, na odrę 4, płonicę 14, błonicę 6, różę 2, tyfus brzuszny 1 i koklusz 4.

W ciągu tygodnia od 20-go do 26-go listopada przybyło do szpitali warszawskich 126 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 5, odrę 10, płonicę 17, błonicę 4, różę 11, tyfus plamisty 7, tyfus brzuszny 19, grypę 9, zapalenie płuc 44.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 16 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 3, błonicę 3, tyfus brzuszny 1, zapalenie płuc 8. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 41 osób, mianowicie: na ospę zmarły 2 osoby, odrę 2, płonicę 21, błonicę 6, różę 1, tyfus brzuszny 5 i na koklusz 4.

Od 27-go listopada do 3-go grudnia przybyło do szpitali warszawskich 120 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 8, płonicą 15, błonicą 6, różą 12, tyfusem brzuszny 10, tyfusem plamistym 6, grypą 6, zapaleniem płuc 51 i biegunką krwawą 2.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 19 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 3, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 2 i zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście w tymże czasie na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, zmarło 32 osoby, mianowicie: na ospę 4, odrę 2, płonicę 14, błonicę 2, różę 2, tyfus brzuszny 5 i na koklusz 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 13-go listopada 2789, 19-go listopada 2970, 26-go tegoż miesiąca 2854 i 3-go grudnia 2882.

SPROSTOWANIE. W N-rze 50-ym Gazety na str. 1283 w wierszu 3-im zamiast: ciała, powinno być: ciepła.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst nad Menem.

Alumol Antypiryna Surowica przeciwpacjorkowcowa Argonia Arsacetyna.	<h2>Novocaina</h2> <p>nowy, w działaniu zupełnie niedrażniący środek, znieczulający miejscowo.</p> <p>Najlepiej zastępuje kokainę jest przynajmniej 7 razy mniej trująca niż kokaina i 3 razy mniej trująca niż inne preparaty zastępcze. Nie wpływa ani na krążenie ani na oddychanie, ani na czynność serca</p> <p>łatwo rozpuszcza się w wodzie, roztwór można z łatwością sterylizować i łatwo się wchłania.</p> <p>nie powoduje zatrucia, nie działa szkodliwie na tkanki, i nie powoduje bólów następczych.</p> <p>stosowana jest z wynikiem znakomitym do znieczulań rdzeniowych i do wszelkich znieczulań miejscowych.</p>	Benzosol Dermatol Surowica przeciwbłonnicza Kwas diaetylbarbiturowy.
---	---	---

<p>Chlorek</p> <h2>Suprareniny</h2> <p>syntetyczny.</p> <p>Droga chemiczna wytworzony pierwiastek działający nadnercza odznacza się bezwzględna czystością, niezawodnym i stałym działaniem, oraz trwałością rozworów. Suprarenina przeto syntetyczna stoi zawsze wyżej od preparatów nadnerczy wydobytých z samego organu. Oryginalne butelki: Sol. Suprarenini hydrochl. synth. 1 : 1000 i Tabl. Supr. hydrochl. synth. 20 á 0,001 gr.</p>	<h2>Trigemina</h2> <p>znakomity środek kojący</p> <p>w bolesnem zajęciu nerwów mózgowych jako to: w nerwobólu n. trójdzielnego i potylicowego, w bólach ucha, głowy i zębów. Środek swoisty przeciwko bólowi zaleźnym od zapalenia okostnej, miążgi zębowej, nerwów oraz bólowi występującym po obnażeniu miążgi i założeniu pasty żrącej.</p> <p>Dawka: 2-3 kapsulek żelatynowych po 0,25 gr. Flakony oryginalne po 20 kapsulek; dawki oryginalne po 10 kapsulek.</p>
--	--

Gujasanol Holocaina Hypnal Lactophenina.	<h2>Valyl</h2> <p>posiada typowe działanie Walerjany</p> <p>spotęgowane. Perelki Valilowe rozpuszczają się dopiero w kiszczkach, nie powodują przeto zaburzeń ze strony żołądka. Wskazany jako znakomity środek w bolesnem miesiączkowaniu, w zaburzeniach podczas ciąży i w okresie przekwitania i we wszelkich zaburzeniach nerwowych. Dawka: 2-3 perelki 2-3 razy na dzień. Flakon lub blaszanka oryginalna: 25 perelk po 0,125 gr.</p>	Lysidina Surowica przeciwmienigokkowa Migrenina.
---	--	--

<h2>Sajodyna</h2> <p>znakomity wewnętrzny preparat jodu</p> <p>równoznaczny z jodkiem potasu, bez smaku i bez zapachu, znakomicie przyswajalny nawet w razie idjotynkrazji względem innych preparatów jodu. Stosowany ze skutkiem w stwardnieniu tętnic, syfilisie i cierpieniach następczych, duszniczy oskrzelowej, przewlekłym katarze oskrzeli i t. d.</p> <p>Dawka: 2-4 razy dziennie 2 tabletki w godzinę po jedzeniu.</p> <p>Oryginalne rurki: 20 tabletek po 0,5 gr.</p>	<h2>Tumenol</h2> <p>jest w leczeniu ekzemy</p> <p>środkiem niezastąpionym; również i w leczeniu swędzących cierpień skórnych. Stosowany ze skutkiem we wszelkich chorobach skórnych. Tumenol - Ammonium łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie trujące oddziaływa obojętnie i nie wywołuje objawów podrażnienia. Tumenol - Ammonium można stosować w maści, w pastach i do pedzłowania. Łagodzi swędzenie i osusza.</p>
--	--

Orthoform Oxaphor Pegnina Sabromina	<h2>Pyramidon</h2> <p>najdoskonalszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy stosowany celem zwalczania wszelkiego rodzaju gorączki, specjalnie w gruźlicy, tyfusie, influenzy i t. p. Dawka 0,2-0,3 gr.</p> <p>Lek swoisty przeciwko bólowi głowy, nerwobólom, zwłaszcza nerwu trójdzielnego i strzelającym bólowi, towarzyszącym cierpieniom rdzenia; skutecznym celem zwalczania napadów duszniczy i w zaburzeniach miesiączkowania Dawka 0,3-0,5 gr.</p> <p>Pyramidon salicylowy znakomity lek kojący w nerwobólach, gośćcu i podobnych cierpieniach. Dawka 0,5-0,75 gr.</p> <p>Pyramidon kamforowy kwaśny (Pyramidon bicamphoric. z nadzwyczajnym wynikiem stosowany celem zwalczania gorączki i potów u suchotników. Dawka 0,75-1,0 gr.</p>	Antytoksyna teżcowa Tuberkulina Tussol.
--	---	--

<h2>Anestezyna</h2> <p>bezwarunkowo niedrażniący środek miejscowo znieczulający</p> <p>o pewnem i trwałem działaniu, zupełnie nieszkodliwy do użycia i zewnętrznego i wewnętrznego. Wskazany we wszelkich ranach bolesnych, zapaleniach skóry, owrzodzeniach krtani i gardzieli gruźliczych i syfilitycznych, wrzodzie i raku żołądka, wymiotach ciężarnych, nadczułości żołądka, chorobie morskiej i t. d. Dawka do wewnątrz 0,3-0,5 gr. 1-3 razy dziennie prz. d. jedzeniem.</p>	<h2>Albargina</h2> <p>znakomite Antigonorrhoeum</p> <p>o działaniu bezwzględnie pewnem, bakterjobójczem i obok tego niedrażniącym. Stosowany ze skutkiem w ostrej i przewlekłej rzeżączce, do przemywania pęcherza moczowego, w przewlekłych otokach jamy szczękowej, w cierpieniach okrężnicy, w okulistyce i jako środek zapobiegawczy w roztworach wodnych 0,1-2% -owych. Bardzo tani</p> <p>Oryginalne rurki: 50 tabletek po 0,2 gr.</p>
--	--

OPUŚCIŁ PRASĘ

Kalendarz Lekarski

NA ROK 1911

WYDAWNICTWO D-ra POLAKA.

Cały tekst opracowany na nowo i znacznie rozszerzony.

Treść: Kalendarz ogólny.—Lista lekarzy, praktykujących w Warszawie i na prowincyi, urzędów i instytucji lekarskich w kraju, z wymienieniem składu osobistego zarządów (towarzystwa lekarskie i higieniczne, szpitale, lecznice, drogi żelazne i t. p.).—Lista lekarzy praktykujących w uzdrowiskach za granicą.—Najwyższe dawki środków lekarskich mocno działających.—Zamiana wag dziesiętnych na aptekarskie.—Dawki dla dzieci.—Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych.—Stężenie leków do wlewań, pędzlowania, wdychań, leków wprowadzonych do worka łącznicy.—Łatwo wybuchające mieszaniny środków lekarskich.—Niewłaściwe połączenie leków.—Ilość kropeł różnych płynów w gramie.—Rozpuszczalność przetworów.—Oznaczenie okresu ciąży.—Wymiary miednicy kobiecej.—Tablica ząbkowania.—Tablica brzemienności.—Wzrost i waga człowieka w różnych okresach życia.—Długość okresu wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych.—Kąpiele lecznicze.—Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.—Otrucia. Skorowidz zdrojowisk, kąpielisk i uzdrowisk (24 strony).—Zrodzowiska polskie.—Badania ostrości wzroku i refrakcyi.—Tablice Szellena.—Podręcznik terapeutyczny znacznie rozszerzony, w opracowaniu D-rów: J. Bączkiewicza (choroby dzieci).—Wł. Biegańskiego (choroby wewnętrzne).—Kamockiego (choroby oczu), Kuczynskiego (chor. n. szu), Łazarewicza z Poznania (choroby kobiece), Malinowskiego i Watraszewskiego (chor. skórne i weneryczne), Ed. Flałana (choroby nerwowe), Bron. Sawickiego (chor. chirurgiczne), Alf. Sokołowskiego (chor. narządów oddychania), K. Rychlińskiego (choroby umysłowe).

Cena egzempl. w oprawie z czterema notatnikami ołówkiem i gumą rb. 1 k. 50, z przesyłką pocztową rb. 1 k. 60, za zaliczeniem rb. 1 k. 70.
Do nabycia we wszystkich księgarniach i u wydawcy ul. Nowogrodzka 82, gmach miejskiego instytutu szczepienia ospy ochronnej.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego,
 poświęcone higienie i medycynie socyalnej

POD REDAKCYĄ

D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
 objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

- I. ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny Indowej 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ: 1) Rady Tow. Higienicz., 2) Protokóły wydziałów Tow. Higienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCYI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenvala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Higienicz. VII. RUBRYKĘ Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWO WSTWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.