

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

II. Leczenie przymiotu hermofenyłem.

Podał J. Wojciechowski, Ord. Szpit. Ś-go Łazarza.

(Dokończenie).

Owrzodzenia kilakowate uległy zabliznieniu u 2-ch chorych po 10 zastrzykiwaniach 7,5% hermofenyłu i jednoczesnym użyciu jodku potasu; w trzecim zaś przypadku, leczonym bezskutecznie jodkiem potassu, owrzodzenie, umiejscowione na muszli prawego ucha i nieco niżej tejże, zablizniło się po 3 zastrzyknięciach 7,5% hermofenyłu.

Dwaj chorzy z tabes dorsalis i jeden z połowicznym porażeniem, którym dano po 10 zastrz. 7,5% hermofenyłu, doznali niejkiej poprawy; u pierwszych znikły bóle, poprawił się sen i łaknienie, u ostatniego nastąpiło wzmożenie sił w kończynach.

W pozostałych 7 przypadkach, krótki przebieg leczenia których załączam, hermofenyl nie dał wyników zadowalniających.

1. Chory O. K., lat 28, dobrze odżywiany. Trzeci nawrót objawów przymiotu w końcu 1-go roku pod postacią dużych plamek, rozrzuconych na tułowiu i zmętnieniu błony śluzowej migdałków. Po 10 zastrzykiwaniach 5% hermofenyłu (0,20 Hg.) wysypka przyjęła wygląd grudkowatej, na migdałkach wystąpiło powierzchowne owrzodzenie. Objawy et znikły szybko po 4 zastrzykiwaniach 8% salicylanu rtęci.

2. P. R., lat 36. Początek cierpienia przed rokiem i 9 mies., leczyl się już 5 razy. Nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych, bóle i zawroty głowy. Zrobiono 7 zastrzyknień 5% hermafenyłu; w czasie tym rozwinął się mały czyrak za muszlą prawego ucha, w okolicy wyrostka sutkowego. Czyrak ten, po wydzieleniu się zgorzelinowego czopka i zarośnięciu otworu, przyjął wygląd rozrastającego się łepieża płaskiego, który uległ wessaniu po 3-ch zastrzyknięciach salicylanu rtęci.

3. K. K., lat 27. Wysypka plamista na tułowiu i owrzodzenie pierwotne na pow. wewn. napletka prącia. Po 6 zastrzykiwaniach 9,25 hermafenyłu (0,22 Hg.) różyczka wystąpiła wyraźniej i obficie; leczenie zostało dokończone wcieraniem szaruchy.

4. C. S., lat 31. Wysypka grudkowato-krostkowa (Syph. cut. pap. pust.) na czole, tułowiu i kończynach. Chory ten dostał 15 zastrzykiwań 7,50% hermafenyłu (0,45 Hg.); wykwyty bardzo małej uległy zmianie, a po 10 dniach wystąpiły obficie nowe.

5. Chora K. W., lat 23. Wysypka grudkowa (Syph. cut. pap. mil.) na tułowiu i kończynach, łepieże płaskie na wargach sromnych. Po 20 dawkach 5% hermafenyłu (0,40 Hg.) wykwyty nie uległy żadnej zmianie; dopiero po dodanych 6 zastrz. tlenku rtęci nastąpiło łuszczenie się i znikanie wysypki, aczkolwiek bardzo powolne; leczenie zakończono 17 wcieraniem szaruchy po 2,50 i jeszcze 2-ma zastrzyk. tlenku żółtego rtęci. Chora zatem ta otrzymała: 0,40 rtęci w hermafenyłu, 0,29 w postaci tlenku żółtego i około 0,11 w maści szarej, razem więc 0,80 rtęci metalicznej, która to ilość na organizm jej żadnego wpływu ujemnego nie wywarła.

6. P. R., lat 29. Wysypka grudkowata, rozsiana rzadko na tułowiu, kilka wykwitów większych na kończynach górnych; 10 zastrz. 5% hermafenyłu (0,20 rtęci) nie wywołało najmniejszej zmiany; 5 zastrz. 8% salicylanu rtęci (0,238 Hg.) usunęło zupełnie objawy przymiotu.

7. B. J., lat 29. Wysypka grudkowato krostkowa (Syph. cut. pap. pust.), obficie rozwinięta na kończynach górnych i dolnych, słabiej na tułowiu; dano 14 zastrz. 9,25% hermofenyłu (0,518 rtęci); wykwity uległy bardzo słabej zmianie wstecznej, a nawet występowały nowe na kończynach, znikły zaś po 4 zastrz. tlenku żółtego.

Hermofenyl, zadawany do wewnątrz 8-iu chorym z wysypką plamistą w pigułkach po 0,03 od 3 do 6-iu dziennie, nie drażnił kanału pokarmowego, ale też i wykwity uległy tak małym zmianom, że pewna liczba chorych domagała się sama innego sposobu leczenia.

Na wrzody syfilityczne i lepieże płaskie hermofenyl nie okazał się skuteczniejszym od kalomelu.

Z przytoczonych spostrzeżeń przekonywamy się, że hermofenyl w większej liczbie przypadków syfilisu ujawnił dodatnie swoje działanie, w 7 zaś niedostateczne. Jeżeli z liczby ogólnej tych ostatnich wyłączymy 5-ty, odznaczający się niezmiernie uporczywie trwającą wysypką grudkowatą, która, być może, nie uległaby łatwemu wessaniu i pod wpływem innymi sposobami zastosowanej rtęci, to pozostaje 6 przypadków, czyli 10% niemal zupełnie obojętnego działania hermofenyłu, pomimo znacznej ilości rtęci w związku tym zastrzykniętej chorym.

Hermofenyl zatem, w porównaniu z obecnie najczęściej używanymi związkami rtęci do zastrzykiwań głębokich, działa o wiele słabiej od tychże.

Największą odporność na wpływ omawianego środka dawały wysypki grudkowate (Syph. cut. pap.); gdy w zwykłych warunkach wykwity tego rodzaju znikają po 6, a najwyżej 8 zastrzykiwaniach 4% tlenku rtęci żółtego, lub odpowiedniej ilości zastrzykiwań salicylanu rtęci jak również sublimatu, t. j. po 0,22 do 0,30 rtęci metalicznej, to zastosowane w tymże celu 0,518 rtęci w postaci hermofenyłu widocznego skutku nie sprowadziło. Ponieważ formy te przymiotu znikają szyb-

ko pod wpływem dodatkowego leczenia innymi związkami rtęci, długootrwałość ich zatem należy objaśnić wyłącznie słabym działaniem Hermofenyli.

Działanie miejscowe zastrzykiwanych roztworów hermofenyli jest istotnie łagodniejsze od wszystkich innych dotąd używanych połączeń rtęci; roztwory jednak tego środka, mocniejsze od 5%, sprawiały niekiedy ból, stosownie do ilości zawartego związku, od kilku godzin do trzech dni trwający; nacieków jednak, przy zachowaniu zwykłych ostrożności, nigdy nie wytwarzały.

W czasie leczenia hermofenylem nie spostrzegano również ani razu objawów zatrucia rtęcią (mercurialismus); w jednym tylko przypadku był ślinotok, połączony ze słabym zajęciem błony śluzowej jamy ustnej.

Niedokrwistości, zaburzeń ze strony kanału pokarmowego i systemu nerwowego hermofenyl, nawet w dużych i często stosowanych dawkach, nie wywoływał.

Związek ten rtęci, prawdopodobnie ze względu na zawarty w nim fenol, odznacza się do pewnego stopnia własnościami kojącymi, albowiem bóle, towarzyszące chorym z cierpieniami syfilitycznymi mózgodzeniowemi ulegały znacznemu osłabieniu, a niekiedy na czas pewien znikają zupełnie.

Obecnie wiadomo, że wszystkie związki tlenkowe rtęci w obecności kwasu solnego i chlorków alkalicznych organizmu zamieniają się bardzo łatwo na chlorki rtęci, (kalmel), a tlenkowe na dwuchlorki (sublimat).

Pod wpływem ciał białkowych sole tlenków rtęci rozpadają się na rtęć metaliczną i związki tlenkowe, które z temiż ciałami tworzą połączenia rozpuszczalne w nadmiarze płynu białkowego i tak przygotowane przechodzą do obiegu krwi. Dostawszy się do krwi, albuminaty rtęci wchodzi w związek z hemoglobina czerwoną, przez którą zostają zupełnie stracone. Głębokie zmiany, zachodzące przytem w ciałkach czerwonych, wywołują ich rozpad, w następstwie którego rozwijają się ogólne zaburzenia — niedokrwistość

rtęciowa. Stwierdzone licznymi spostrzeżeniami powiększenie się liczby czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny u syfilityków w początkach leczenia, zależy, prawdopodobnie, od bezpośredniego działania rtęci na zarazek przymiotu, który sam przez się sprowadza zmiany krwi, doświadczenia bowiem Iljaszew'a (Wracz Nr. 42. 1901) wykazały, że sole rtęci, miedzi i manganu, zadawane w stosownych dawkach, nie okazują wybitnego wpływu na zwiększenie ilości hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, czyni to — tylko żelazo.

Możność wprowadzenia do organizmu znacznych ilości rtęci w hermofenyli bez sprowadzenia ogólnych zaburzeń i obfite jej wydzielanie się, stwierdzone licznymi badaniami moczu, pozwala na zrobienie przypuszczenia, że omawiany środek rozszczepia się w tkankach organizmu odmiennie od znanych i używanych dotąd związków rtęci. Hermofenyl, jak to już zaznaczyłem, nie strąca białka kurzego i surowicy krwi, chemiczna ta własność jego potwierdza powyższe przypuszczenia.

W hermofenyli zatem posiadamy środek rtęciowy, który nadaje się do leczenia większej liczby postaci przymiotu, z wyjątkiem wykwitów pryszczycowatych. Ze względu na słaby odczyn miejscowy, nawet stężonych roztworów, ma on pierwszeństwo przed używanymi dotąd do zastrzykiwań głębokich związkami rtęci; pod względem jednak siły działania ustępuje tlenkowi żółtemu rtęci, salicylanowi rtęci i sublimatowi.

Na każdorazowy przebieg leczenia przymiotu powinna być dawana chorym w hermofenyli znacznie większa ilość rtęci od przeciętnie stosowanej w związkach, będących dotąd w użyciu.

Hermofenyl nie jest w stanie zamienić połączeń rtęci, stosowanych dotąd do zastrzykiwań głębokich, posiada jednak pewne zalety, które w odpowiednich przypadkach z korzyścią dla chorych mogą być wyzyskane; nadaje się, prawie wyłącznie, do leczenia słabych objawów przymiotu.

Z Ambulatoryum Klinicznego Uniwersytetu Warszawskiego

dla chorób gardła nosa i uszu

(Ordyn. K. Dudrewicz).

Przypadek samowyleczenia guza perlistego.

podał F. Smużyński.

Dziewczyna K., lat 18, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego przy szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 7/XII 1903, skarżąc się na niezwykle silny ból i zawroty głowy, trwające od dni kilku, głuchotę, bolesność wyrostka sutkowego, bezsenność i gorączkę. Po zbadaniu uszu za pomocą wziernika okazało się, że oba przewody zewnętrzne są zupełnie wypełnione zbitymi, twardymi, szaremi, cuchnącymi masami. Z wywiadów dowiedziano się, że cierpi na uszy od dzieciństwa; ropienie od czasu do czasu występowało i ustawało po stosowaniu przez czas pewien odpowiednich zabiegów. Siedem lat temu był stosowany zabieg operacyjny (według słów chorej *extractio polypi*) w prawym uchu. Po operacyi wydzielina z prawego ucha stopniowo się zmniejszała i, wreszcie, ustąpiła zupełnie. W tym czasie w lewym uchu ropnej wydzieliny nie było.

Przed sześciu miesiącami powstał szum w uszach, a trzy miesiące temu zjawił się dość znaczny ból i ropotok z prawego ucha, a następnie z lewego. Kilkakrotne usiłowania przywrócenia drożności przewodów zewnętrznych pozostały tego dnia bez skutku. Zalecono chorej okład rozgrzewający z *Liquor Burowi* na okolicę prawego wyrostka sutkowego i polecono przyjść dnia następnego. Na drugi dzień chora przyszła, skarżąc się na jeszcze mocniejsze bóle w wyrostku, zawroty głowy, szum w uszach, bezsenność, gorączkę i bolesność okolicy podżuchwowej. Poprzednie objawy zatrzymania ropnej wydzieliny nie tylko nie ustąpiły, lecz znacznie się spotęgowały. Drożność lewego przewodu została przywróconą, a z prawego prawie nic nie udało się usunąć. Stan chorej widocznie się pogarszał; okolica wyrostka była dość znacznie obrzmiałą, bardzo bolesną. T. 38.^o7,^o P. 100. Każdy zabieg w przewodzie zewnętrznym, a nawet proste dotknięcie się do okolicy prawego ucha, sprawiały chorej silny ból.

O przywróceniu drożności prawego przewodu mowy być nie mogło z powodu bólu i znacznego niepokoju chorej, która wprost nie mogła zapanować nad sobą. Wobec wysokiej temperatury i wszelkich objawów zatrzymania ropy przez guz perlisty zaproponowano chorej operację radykalną, chora jednak nie zgodziła się na to i nadal przychodziła na przyjęcia ambulatoryjne, mając zalecone tylko okłady rozgrzewające z Liquor Burowi. Dopiero 13 grudnia udało się przywrócić drożność prawego przewodu za pomocą łyżeczki i zgłębnika, przyczem usunięto twór okrągły, podługowaty, słoisty, wielkości wiśni. Rozpoznano cholesteatomat (guz perlisty).

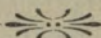
Dnia 15/XII objawy poprzednie zmniejszyły się znacznie w swem natężeniu. T. 37.0°. P. 88. Obrzęk i bolesność okolicy wyrostka sutkowego zmniejszyły się ad minimum, pozostał obfity wyciek ropy z ucha. Po dokładnem zbadaniu przewodu znaleziono dość znacznie wybijające granulacye w górnej części przewodu i błony bębenkowej. Słuch w prawem uchu $2.0 = v = 3.0$; $0 = vs = 0.15^*$). Dnia 22/XII pod narkozą chloroformową kol. Kaz. Dudrewicz usunął z prawego ucha granulacye, ponieważ ropienie nie ustawało i bóle, chociaż w mniejszym stopniu, istniały. Na poważniejszy zabieg chora zgodzić się nie chciała.

Od 22/XII do 16/I 1904 r. co dni kilka przypalano pozostałe granulacye 80% kwasem chromnym. 17/I skonstatowano, że granulacye zostały zupełnie zniszczone; bębenek w prawem uchu zrosnięty; blizna biała na bębenku w tylnej części, wciągnięcie w górnej przedniej części, przewód słuchowy nie opuchnięty. Słuch $4.0 = v = 8.0$; $0.2 = vs = 1.0$. Z poprzednich objawów pozostał tylko dość znaczny szum w uszach. W ciągu dni następnych stosowano tylko przedmuchywanie sposobem Politzer'a. Szum stopniowo się zmniejszał, a słuch poprawiał. 8 lutego słuch $9.0 = v = 10.0$; $2.0 = vs = 5.0$; słuch znacznie się poprawił i poprawia dalej.

Przebieg przytoczonego przez nas przypadku należy do dość rzadkich z dwóch powodów: najprzód, cholesteatomat,

*) v — oznacza vox — głos — vs — vox sibilans — szept — (odległość w metrach), tak zwykle oznaczamy siłę słuchu w naszym ambulatoryum, badając głosem, — pierwsza liczba odnosi się do prawego, a następna do lewego ucha.

nawet mający skłonność do wydalania się samoistnego na zewnątrz, zmusza do przystąpienia do operacji radykalnej na wyrostku w celu uniknięcia nawrotów, do których nowotwór ten jest bardzo skłonny; w naszym przypadku, który dotąd jeszcze (czerwiec) mamy w obserwacji, niema najmniejszego podejrzenia, aby guz miał się znów wytwarzać. Powtórne — samoistne wydalanie się najczęściej następuje przy szerokich otworach w błonie bębenkowej, w naszym zaś przypadku otwór był tak stosunkowo mały, że umożliwił zupełną regenerację bębena.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

407. Prof. E. Gravitz. **Nowy sposób leczenia niedokrwistości złośliwej i kilka uwag o jej pochodzeniu.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr. 30 — 31, 1904).

Niedokrwistość złośliwa rozwija się często w ustroju, dotkniętym rakiem, ropieniem przewlekłym, zimnicą. Zmiany we krwi w tej niedokrwistości wtórnej są te same, jak i w niedokrwistości pierwotnej. Przyjąć tych chorób za jedną nie można, gdyż byłoby to samo, gdybyśmy chcieli uważać wszystkie te cierpienia za jedno, w których występuje białkomocz.

Histologiczne zmiany we krwi, a także zmiany na trupie, nie wyjaśniają istoty tej choroby. Tylko w oddzielnych przypadkach można uważać organiczne zmiany w kościach, przewlekłe krwawienia z ran i żyłaków w tym lub innym przypadku, jako pierwotną przyczynę niedokrwistości.

Pogląd na to cierpienie, jako pierwotną chorobę krwi i organów krwiotwórczych, wywarł tylko zły wpływ na jej leczenie.

Istota jej, według Gravitz'a, polega na działaniu trucizny na czerwone ciała krwi, wskutek czego następuje wtórne zwyrodnienie komórek krwi i silne odrodzenie mózgu kostnego.

Trucizna ta w rzadkich przypadkach bywa wprowadzana z zewnątrz (arszenik, morfina, ołów), najczęściej zaś tworzy się w przewodzie pokarmowym, z kąd u osób usposobionych wysyca się, jako trucizna specyficzna. Tworzenie się tej trucizny z białka i toksyn bakterii autor opisał na innym miejscu. Wykazać istnienie tej trucizny w sokach ludzkiego organizmu za pomocą badań chemicznych dotąd się nie udało. Dlatego też trzeba próbować, czy, usuwając możliwość tworzenia się jej w kanale pokarmowym, nie uda się wyrzucić wpływu na zwyrodniałe ciała czerwone resp. przywrócić krew do normy.

Sposób, stosowany przez autora, można najlepiej poznać z przytoczonego poniżej przypadku.

Kobieta L. O., lat 38, która przedtem nigdy nie chorowała, w początku 1903 r. poczęła miewać ataki silnego osłabienia, bicia serca, do czego przyłączyły się później wymioty i utrata apetytu. W czerwcu spuchły nogi, osłabienie dosięgło ogromnych rozmiarów, przy badaniu okazało się: kobieta strasznie blada i osłabiona, obie nogi spuchnięte, niewielka żółtaczka, wybroczyny krwawe na siatkówce, nieznaczne podniesienia T° ; serce silnie rozszerzone, systoliczny szmer, puchlina brzucha, śledziona powiększona, zęby zepsute, kwasu solnego w soku żołądkowym niema, obstrukcja. W moczu białko, ślady indykanu. Ciężar gatunkowy krwi 1028, silna polichromatofilia, umiarkowana poikilocytoza, silne ziarniste zwyrodnienie erytrocytów, czerwone ciała krwi z jądrami, megaloblasty. Jednym słowem — typowy obraz bezkrwistości złośliwej.

Było zastosowane następujące leczenie: przez usta chora otrzymywała tylko roślinne jedzenie w formie puré: kartofle, szpinak, groszek, ryż gotowany, drobną kaszkę, kawałki białego chleba z masłem serdelowem i podobnemi rzeczami, wzbudzającemi apetyt. Początkowo codziennie, później rzadziej żołądek był przemywany roztworem NaCl, — chora piła ad libitum lemoniadę cytrynową. Żeby zaś dostarczyć i białko zwierzęce, chora otrzymywała 2 razy dziennie ławatywy odżywcze ($\frac{1}{4}$ litra mleka z kleikiem owsianym, cukrem, jajkiem) i jedną ławatywę przemywającą z NaA lub mięty pieprzowej. Rezultat był wspaniały. Przemywania żołądka zaprzestano robić w II tygodnie, ławatywy odżywcze — w III, zamiast zaś nich więcej jeść per os i dany był kwas solny. Później dodany był arszenik. Chora wypisała się zupełnie zdrowa.

Autor przytacza 5 podobnych przypadków.

Na podstawie tych danych autor uważa pochodzenie kiszkowe niedokrwistości złośliwej za dowiedzione, a także wpływ dodatni specjalnej terapii na stan krwi i ogólne objawy (wybroczyny, obrzęki, białkomocz, gorączkę i osłabienie), chociaż bezkrwistość może być i innego pochodzenia, jednakże nie wiedząc, jaka jest przyczyna, przedewszystkiem trzeba stosować specjalne leczenie.

W ten sposób można wyleczyć zupełnie bezkrwistość złośliwą, że zaś się często powtarza, to nic dziwnego, gdyż u usposobionych osobników (z przewodem pokarmowym w nieporządku: stomatiditis, anaciditas, zaparcie) po wyleczeniu zostaje przyczyna i przy niezachowaniu diety może nastąpić nowe tworzenie się trujących produktów. *Jan Przyborowski.*

408. Lejars. **Angina i appendicitis.** (Sem. méd. Nr. 26 1904). Angina prowadzi do wszystkiego — mówi autor —, dawni klinicyści twierdzili, że jest ona jednym z objawów okresu wtargnięcia choroby — gdyż pierwsza infekcja lokalizuje się zazwyczaj w migdałach. Otóż, angina jest też jednym z pierwszych objawów appendicitis. Pisali już o tem: Humphreys, Weter, Apotau, Brazil i w. in.

Otóż, autor miał w swojej praktyce też kilka podobnych przypadków. W jednym młoda dziewczyna zapadła na silną anginę z gorączką 39 do 40 — po 3 dniach objawy ze strony gardła zmniejszyły się — natomiast wystąpiły wszystkie objawy appendicitis. Zrobiono po kilku dniach operację (wycięcie wyrostka robaczkowego), temperatura opadła do 37.4, szóstego dnia jednak podnosi się do 39 — wskutek ponowienia się anginy, która trwała tym razem 4 dni.

Kretz znalazł dopiero na sekcji anginę u chorej, która zmarła na appendicitis purulenta (bez operacji), obadwa cierpienia były natury tej samej — tak tu, jak i tam znaleziono paciorkowce, w drugim przypadku znalazł Kretz też dopiero na sekcji osoby zmarłej wskutek appendicitis — anginę nie spostrzeżoną w klinice. Kretz twierdzi, że ogniskiem pierwotnym były migdały, z kąd drobnoustroje przeszły do kiszek — a, znalazłszy grunt podatny, wywołały appendicitis.

Prof. Lejars dodaje, że bez względu na etyologię podobnych przypadków należy być zawsze bardzo ostrożnym — i zaraz operować, gdy się postawi rozpoznanie appendicitis.

M. B.

408. Broca. **O Mastoiditis u osesków.** (Arch. internat. de chir. 1,4). Z 96 przypadków, w których autor robił operacje, dochodzi do następujących wniosków: bardzo często pojawiają się u dzieci zapalenia wyrostka sutkowego bez poprzedniego wypływu ropy z ucha — autor objaśnia fakt ten — budową anatomiczną noworodka — u którego aditus ad antrum przybiera położenie ukośne, pozostając jednak szerokim i prostym — komórek właściwych wyrostka jeszcze niema, tak że błonka pokrywająca antrum z zewnątrz jest cienka i dziurkowana.

To nam objaśnia dlaczego ropa, która się u ssawca tworzy w jamie bębenkowej — z większą łatwością idzie do antrum, dokąd prowadzi kanał prosty i szeroki, niż do ucha zewnętrznego, gdyż bębenek jest sformowany już w pierwszych miesiącach. Ropa, znalazłszy się już raz w antrum, z łatwością przedostaje się przez lamina cribrosa i znajduje się widoczną pod skórą.

Ponieważ na początku choroby, gdy niema wypływu ropy z ucha, rozpoznanie jest dość trudne — a przedłużenie choroby może pociągnąć za sobą niebezpieczeństwo, przeto autor radzi w przypadkach, w których dziecko bez przyczyny jakoby ma gorączkę i jest słabe; zawsze badać bębenek.

Przecięcie wrzodu za uchem — jak i zebranie się ropy zazwyczaj przynosi natychmiastową ulgę, a następnie wyzdrowienie; bez trepanacyi często obejść się można, jeżeli na czas rzecz zauważono.

Podczas operacyi nie należy się obawiać, że może nastąpić zranienie zatoki ponieważ antrum jest położone bardzo wysoko — co zaś do nerwu (facialis), to podlegałby on tym samym niebezpieczeństwom, co i u dorosłego, w razie otwierania jamy bębenkowej i czyszczenia aditus — zabiegów jednak tak skomplikowanych nigdy się prawie u tak małych dzieci nie robi, właśnie wskutek szerokości aditus i tego, że ten ostatni jest prosty.

M. B.

410. R. Quest. **Badania nad gazami kiszek u osesków przy meteoryzmie.** (Jahrb. f. Kinderheilk. LIX, 3). Większość przypuszcza, że duży brzuch, tak często obserwowany u dzieci, jest jednym z objawów krzywicy. Autor zaś jest zdania, że krzywica i wzdęcia są dwoma, zupełnie odrębnymi

faktami — może spowodowane jednym i tym samym czynnikiem patologicznym — przekarmieniem.

Niektórzy kładli duży brzuch na karb nadmiernej długości kiszek (Marfan). K a s s o w i t z przypuszczał, że wynika on wskutek myxoedema Q u e s t zaś czyni go zależnym od gazów w kiszkiach, te ostatnie zaś tworzą się wskutek złego krążenia krwi w organach jamy brzusznej — przypuszczenie to zgadza się z przypuszczeniem K a d e r a (o mechanizmie tworzenia się gazów w kiszkiach). Do wniosków tych doszedł autor na zasadzie szeregu doświadczeń. I tak np. u dzieci, które się rodzą nieżywymi gazów, w kiszkiach niema, występują one dopiero po połknięciu powietrza, dlatego też pierwszymi gazami, jakie znajdujemy, są: tlen, azot i kwas węglany w tym samym stosunku, co i w powietrzu, potem dopiero ilość tlenu się zmniejsza, a kwasu węglanego zwiększa, zmiany ilości azotu są nieznaczne. Inne gazy, jak hydrog. sulfur i t. p. produkty gnicia znajdują się tylko wyjątkowo.

U dzieci zdrowych w żołądku znajdują się tlen i azot w tym samym stosunku, co i w powietrzu, kwas węglowy zaś od 0,82 do 6,69‰. Rodzaj pożywienia bynajmniej nie wpływa na skład gazów w żołądku — a, co zatem idzie, i na patogenezę dużego brzucha.

Co się tyczy gazów kiszek, to, im mniej jest azotu, tem więcej, wodoru i odwrotnie. Ilość wodoru zależy od rodzaju pożywienia: dosięga ona maximum u dzieci dostających pożywienie obfitujące w węglowodany (papkę słodową np.), zmniejsza się u dzieci karmionych piersią. Kwas węglowy występuje u dzieci w mniejszej ilości, niż u dorosłego i nie zdaje się zależeć od rodzaju pokarmu.

Tak więc, rodzaj pożywienia wywiera ogromny wpływ na ilość gazów w kiszkiach i ich jakość, z drugiej zaś strony natura gazów nie gra żadnej roli w etyologii dużego brzucha.

Ponieważ u zdrowego dziecka wszystkie gazy, które nie są wydane, chociaż są w wielkiej ilości, są wchłonięte przez naczynia krwionośne, przeto autor przypuszcza, że t. zw. gros ventre zależy od zaburzeń w krążeniu krwi.

M. B.

411. Prof. Ausset. **Choroba Barlowa.** Wczesnymi objawami choroby Barlowa są: nadzwyczajna wrażliwość kończyn, szczególnie dolnych, silne bóle, zaburzenia w dziedzinie

ruchu oraz anemia. W łóżku chore dziecko pozostaje bez ruchu — nogi zgięte — uda także — na jednej lub kilku kończynach zauważyć można — krwiaki w okolicy diaphysis lub epiphysis, lub wylewy krwawe — purpura.

Dziąsła są nabrzmiałe, wystające ponad zęby, krwawią przy najlżejszem dotknięciu, biegunka, ogólne osłabienie: dziecko robi wrażenie sparaliżowanego, ciepłota ciała normalna, może być jednak podniesiona do 39°.

Rozwój choroby bardzo powolny; jeżeli pozostanie dziecko bez leczenia, to umiera ono wskutek wycieńczenia, lub z powodu jakiegoś powikłania. Jeżeli jednak rozpoznanie postawione jest dość wczesnie może wtedy nastąpić wyzdrowienie.

Czasem jednak obraz kliniczny nie jest tak jasny, wszystko ogranicza się do jednego lub dwóch objawów (paraplegia, haematuria). Niezaprzeczonym objawem jest paraplegia bolesna (często np. dziecko, które już chodziło, przestaje naraz chodzić, nie może nawet stać) — trzeba tylko móżdżek wykluczyć pseudoparaliż syfilityczny.

Jeżeli badać krew takich dzieci, to znajdujemy, według najnowszych poszukiwań Lenoble'a, zmniejszenie ilości hemoglobiny, ilości hematoblastów, zmianę ich formy. Krwotoki występują później, hematomy bywają zwykle w większej ilości pod okostną, po za tem mają miejsce krwotoki innego pochodzenia (na skórze, dziąsłach, wnętrznościach).

Przebieg choroby zależy od tego, kiedy zaczęto ją leczyć — im wcześniej, tem lepiej; rokowanie nie jest wtedy najgorsze, bywały jednak przypadki, gdzie dzieci wyzdrowiały bez leczenia.

Rozpoznanie stawia się na zasadzie wyżej wymienionych objawów — wykluczyć paralysis infantilis, malum Potti, reumatyzm, należy jednak u dziecka anemicznego, którego kości są bolesne i same kości też, myśleć zawsze o chorobie Barlowa.

Co do patogenezy, to choroba Barlowa uważana jest jako intoksykacja, przeciw której organizm broni się zwykłymi sposobami; jedni twierdzą, że podobną jest ona do skorbutu dorosłych i związaną jest ze złem odżywianiem (brak świeżego pokarmu), inni, że jest ona powikłaniem krzywicy, postacią hemoragiczną krzywicy, inni, że jest to autoinfekcją

hemoragiczna, podobna do septycemii hemoragicznej u zwierząt, jak cholera kurcząt, pneumoenteritis nierogacizny i t. p.

Nie należy przypisywać całej winy pewnym pokarmom (mącznym, konserwom). Autor przypuszcza, że krowy karmione burakami i wytłoczynami, resztkami cukru i dystylacji dają mleko toksyczne, mogące wywołać zaburzenia, o których była mowa. To znów upatrują przyczynę choroby Barlowa w mleku zgęszczonem lub wyjałowionem, tu należy zrobić uwagę, że w tych przypadkach, w których oskarża się mleko sterylizowane, idzie o mleko, które się sterylizuje w domu; z mlekiem wyjałowionem w zakładach specjalnych niema przypadków tej choroby, że więc tu nie winna jest sterylizacja, lecz mleko, które brane jest z ferm, gdzie krowy karmione są specjalną paszą (Variot).

Netter twierdził że choroba Barlowa wywołana jest przez mleko sterylizowane, sterylizacja zaś źle wpływa na calc. citricum mleka. Teorya ta, według autora, nie wytrzymuje krytyki.

Co się tycze tego, w jakim związku znajdują się między sobą krzywica i choroba Barlowa, to pierwszą należy uważać jako chorobę przysposabiającą — według niektórych autorów. Prof. Ausset twierdzi, że choroba Barlowa jest prawdziwą infekcją o formie hemoragicznej takiego samego typu, jak septycemia hemoragiczna obserwowane u niektórych zwierząt młodych, a wywołane przez bac. pasteurilla (jak np. pneumoenteritis prosiąt z bólami okolo stawów, wybroczynami krwawymi na skórze (purpura), dyfteryt owiec, który zaczyna się tem, że zwierzę kuleje.

U dzieci, których kisżki są chore, znajduje się masa mikrobów. W pewnych chwilach drobnoustroje, przechodząc przez kisżki, wywołują ogólną infekcyę typu hemoragicznego, dla tego, że pasteurilla są bakteriami, które zawsze wywołują krwotoki, jeżeli są jadowite (są i takie, które nie szkodzą organizmowi, t. zw. saprofity). Nic więc dziwnego, że choroba ta rozwija się u rachityków, którzy są jednocześnie i dyspeptykami?

Wreszcie, badanie krwi (Lenoble) wykazało, że mamy tu rzeczywiście do czynienia ze specyficzną infekcyą.

Leczenie polega na zmianie pożywienia. W miejsce konserw świeże pokarmy — dać wskazówki higieniczno-dyetyczne

ne — uregulować żołądek i kiszki — (antyseptyka przewodu pokarmowego, niekiedy dobrze robi leczenie przeciwschorbutowe).

Dawać mleko jak najmniej zmienione przez ogrzewanie, w określonych odstępach czasu i stosownie rozcieńczone do wieku. Antyseptykę kiszek rozpocząć czyszczącą dawką kalomelu 0,05—0,10 stosownie do wieku. Następnym dni benzo-naftol, albo jeszcze kilka miligramów kalomelu. Rano i wieczorem irygacje kiszek (sondy Nelatona) z wody przegotowanej; można dodać 1 gr. podsiarczanu sodu na litr wody. Dziecko wysłać na świeże powietrze, powinno też być jaknajczystiej utrzymane, codzień kąpane, dla podniecenia działania skóry: gdy okres bólu przejdzie, wcierania aromatyczne. Hematomy zostawić w spokoju można, wreszcie, jeśli bardzo przeszkadza, unieruchomić kończynę — kończyn nie trzeba zbyt mocno macać, gdyż można je łatwo złamać.

Dla działel — przemywanie wodą z kwasem bornym lub z płynem Labarraque'a 15 lub 20 na 100.

W dyskusji przyjął udział Comby, który przypisuje powstanie choroby Barlowa używaniu konserw mlecznych, mleka sterylizowanego. Dziecko, jeżeli rozpoznanie jest postawione dość wcześnie, można wyleczyć w kilka tygodni. Guinon nie przypuszcza, by choroba Barlowa była związaną z niestrawnością, miał on przypadek, w którym dziecko było karmione piersią, a zupełnie zdrowe na żołądek.

Matylda Biehler.

412. H. I. Clogg. **Przyczynę do badania raka kiszek grubej.** (Practitioner, kwiecień 1904 r.). Autor opiera swe wywody na 25 przypadkach. Zwykle mamy do czynienia albo z małymi twardymi rakami, które zajmują tylko małą część kiszek, ale prowadzą prędko do zwężenia, albo częściej z rozlanymi miękkimi, łomnymi guzami, które szybko ulegają owrzodzeniu, lecz nie wywołują zwężenia. Niestety, na początku trudno postawić rozpoznanie. Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na bóle, nieznaczną obstrukcję i na schudnięcie; tak często opisywane przemienne rozwolnienie i obstrukcję, jako też krwotoki z kiszek zauważył autor na 25 przypadków tylko dwa razy. W niepewnych przypadkach należy albo zbadać pod narkozą, albo zrobić jak można najwcześniej próbną laparotomię, gdy to pierwsze nie doprowadziło do celu.

U chorych, którzy poddają się chirurgicznemu leczeniu, zwykle już zajęte są gruczoly okoliczne; wątroba i inne organy ulegają przerzutom albo bardzo późno, albo wcale. Miejscowe przeniesienie sprawy następuje bardzo rzadko, gdyż rak tutaj rzadko przekracza swą wymacalną i widzialną granicę (inaczej dzieje się to w żołądku, gdzie mikroskopijne ogniska znajdują się nie rzadko zdaleka od samego guza); dalej autor opisuje anatomiczne położenie gruczolów w okolicy ślepej kiszki, zagięcia wątrobowego i śledzionowego oraz esowatego; te gruczoly rozprzestrzeniają się dalej, niż się zwykle myśli. Należy zatem, chcąc osiągnąć radykalne wyleczenie, jeszcze więcej kiszki i kreski usuwać, niż to dotychczas czyniono. Przy rakach ślepej kiszki należy usuwać okrężnicę wstępującą i część kiszki biodrowej, w guzach zagięcia esowatego połowę poprzecznicy, w guzach zagięcia śledzionowego usunąć też przylegającą część poprzecznicy; ma się rozumieć, że w obydwóch przypadkach należy usunąć i kreskę w guzach zagięcia esowatego, należy usunąć całą część tej kiszki; przytem czasami nie możebną jest rzeczą połączyć oba końce kiszki — w takim przypadku należy założyć odbyt sztuczny, a drugi koniec zaszyć i wpuścić do jamy brzusznej. Dalej autor zwraca uwagę na to, jak często w tych guzach mamy zapalenie otrzewny i ropnie. Najczęściej spotykamy to w ślepej kiszce, tak że można pomylić się co do rozpoznania (Appendicitis). Autor spotykał to w 8 przypadkach z tych 25-u. Autor radzi jak można najwcześniej i jak można najradykalniej operować; jeżeli można, autor operuje na jednym posiedzeniu, nakłada boczne połączenie i zamyka kikuty. Jeżeli nie można usunąć nowotworu, to należy, jeżeli można, połączyć ileum z grubą kiszka i to nawet w tych przypadkach, gdzie się tak prędko nie spodziewa zwężenia. Autor radzi to dla tego, że w większej części przypadków nowotwór perforuje na zewnątrz. Ileokolostomia w takich przypadkach usuwa kał i wtedy przynajmniej niema się fistuły kałowej. Gdy przed operacją ma się do czynienia z silną obstrukcją, to należy tylko zrobić anus praeternaturalis. Nowotwór, jeżeli daje się usunąć, należy usunąć wtedy, gdy się stan chorego dostatecznie poprawi.

W. B.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

412. Lohrisch. **O przyczynach zaparcia stolca.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. LXXIX, 5/6).

Obecnie rozróżniamy dwie postaci zaparcia stolca. 1) postać atoniczną, wywołaną przez atonię kiszek, 2) formę spazmodynamiczną skutkiem skurczów kilku pętli kiszek, skurczów wywołanych skutkiem patologicznego podrażnienia czuciowych nerwów kiszek. Zachodzi jednak pytanie, czy z te postaci obejmują wszystkie rodzaje zaparcia i czy to ostatnie nie może być skutkiem nieobecności lub małej ilości kału.

Autor robił doświadczenia (przyczem dany osobnik zachowywał pewną dyetę), które wykazały, że człowiek normalny po spożyciu danego pożywienia oddawał z kałem (na 249 gr. kału) 59 gr. substancji suchych, 2,98 azotu, 13,78 tłuszczu i 1,80 węglowodanów. Otóż człowiek, cierpiący na zaparcie — dostawszy takie same pożywienie, jak i poprzednio, oddał kału tylko 125 — kał ten zawierał 34 gr. substancji suchych, 1,55 azotu, 8,36 gr. tłuszczu i 1,39 węglowodanów, — z czego wynika, że ten ostatni więcej przyswoił organizmowi, niż człowiek zdrowy. Odbywa się tu sprawa zupełnie specjalna dla organizmu z chroniczną obstrukcją, gdyż, jeśli takową wywołać sztucznie (u zdrowych) za pomocą opium, to widzimy, że w kale więcej jest substancji suchych oraz tłuszczu. Kał u osób dotkniętych chroniczną obstrukcją mało posiada drobnoustrojów; mocz też nie jest bardziej trujący, niż u innych. Istnieje zatem jeszcze i obstrukcja, zależna od tego, jak dany organizm przyswaja sobie pokarmy.

Matylda Biehler.

414. Clemens. **Zatrucie białkiem jajka.** (Med. News. 16/IV 1904). Objawy zatrucia (urticaria, obrzęk twarzy i uszu, kolaps, rozszerzenie źrenic, wymioty) zauważono u dziecka 14-0 miesięcznego, które chorowało na koklusz, przypisano to używaniu antypiryny i inhalacyom z kwasu karbolowego — po odstawieniu powyższych leków dziecko po raz drugi dostało tych samych objawów. W miesiąc później po zjedzeniu ciastka śmietankowego — dziecko dostało pokrzywki, przeczyszczenia i wymiotów. Dwa dni przed tem po zjedzeniu piernika, do którego wzięto 2 białka, dziecko dostało petoci i wybroczyn podskórnych na nogach. Po przyjęciu

oleju i kalomelu jako antidotum, salolu i magnesia sulf. nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Należy zauważyć, że każdy napad zatrucia poprzedzony był objawami dyspeptycznymi, z bezbarwnymi stołeczkami, indykanem w moczu i t. p. W celu przekonania się o tem, że to rzeczywiście białko było przyczyną tych zaburzeń przed ostatnimi dwoma napadami zatrucia, dodano trochę białka do mleka — które też i ostatnie zatrucia wywołało.

M. B.

415. Baumel. **Późne silne objawy zatrucia fosforem u dziewczynki 7-0 letniej. Wyleczenie.** (Monpellier med. 20 i 27/III 1904).

Autor przypisuje ciekawy przypadek zatrucia fosforem, w którym to przypadku nie było zupełnie objawów ze strony przewodu pokarmowego — chora weszła odrazu w fazę objawów ogólnych — gdy fosfor dostaje się do krwi i różnych narządów, w szczególności narządu nerwowego. Przypisuje on to temu, że dziecko zjadło kurę, zatrutą owsem gotowanym z zapałkami — tak że fosfor w stanie bardzo rozdrobnionym zatrzał kurczę, a potem dziecko. W 2 dni po zjedzeniu kurczęcia dziecko zapadło na silne bóleści z uczuciem palenia w brzuchu — konwulsje i ogólne skurcze. Nazajutrz do tych objawów przyłączyła się lekka żółtaczką, ból w skurczonych mięśniach przy dotknięciu, obstrukcja, częste oddawanie moczu, z oligurią bez białkomoczu. Wątroba była powiększona, temperatura w przeciągu 3-ch dni 38, potem opadła do normy. Powoli zrobiło się dziecku lepiej — konwulsje i skurcze pojawiały się od czasu do czasu w ciągu miesiąca — w moczu znajdowano masę fosforanów.

Leczono małą pacjentkę za pomocą inhalacji tlenu i ol. terebinthinae do wewnątrz w celu utleniania fosforu, oraz magnezye, ażeby zneutralizować kwas fosforowy.

Przypadek ten dowodzi, że ten rodzaj zatrucia daje się wyleczyć — a także, że przy zatruciu fosforem objawy późniejsze mogą wystąpić zaraz po zatruciu.

Matylda Biehler.

416. Jousset. **Laseczniki gruźlicze we krwi.** (La bacillémie tuberculeuse). Sem. méd. Nr. 37, 1904.

O tem, że drobnoustroje znajdować się mogą we krwi, wiemy od 1866 r. — gdy Villemin po raz pierwszy zastrzyknął trochę krwi suchotnika — zarażając świnkę morską gruźlicą. Od tego czasu nad wywołaniem septycemii gruźliczej pracowali Toussaint, Baumgarten, Nocard, Gärtner i wielu in. — doszli oni wszyscy do tego przekonania, że laseczniki we krwi znajdują się

częściej u pewnych zwierząt (króliki), rzadziej u innych (świnki morskie).

Virchow, Weigert i in. twierdzili o septyczności krwi na zasadzie cierpień — bądź naczyń krwionośnych, bądź serca.

Znajdowano też drobnoustroje w skrzepach krwi — a jak wytłumaczyć ziarnicę (t. zw. granulie generalisèe) i t. zw. tuberculose foetale, jeśli odrzucić bacillemi? Co się tyczy bacillemi u zwierząt, o wogóle można powiedzieć, że krew rzadko bywa trującą — podczas gruźlicy, która pojawiła się nagle, że przy infekcyi wywołanej krew posiada własności trujące, lecz te szybko mijają; co się tyczy ludzi, to bacillemię zauważyć się daje bardzo rzadko — niektóre opisane przypadki nie są zupełnie pewne, a wogóle opisów klinicznych brak nam zupełnie.

Autor na zasadzie swoich doświadczeń, o których pisał już w Sem. mèdic. (1903 r. str. 153), jest zdania, że septycemia pochodzenia gruźliczego nie jest tak rzadką, jak się to zdaje — zdarza się ona stosunkowo często w ostrych przypadkach gruźlicy — i w gruźlicy chronicznej — płuc.

Autor starał się o to, by mieć jak można najwięcej krwi dla poszukiwania laseczników Kocha. Poszukiwania bądź przez inokulację, bądź inoskopię — należy robić w skrzepie włóknikowym — specjalnie oczyszczonym.

Inokulacja podskórna tego coagulum — (śwince morskiej) tylko wtedy może wskazywać na wrażliwość zwierzęcia i dać pewność reakcyi — o ile pojawi się specyficzne powiększenie gruczołów (adenopathia) nawet gdy brak jest objawów ogólnych.

Autor badał krew 35 osobników chorych na gruźlicę — w różnych okresach choroby (oprócz badań na trupie) po za okresem agonii.

Bacillemię u człowieka znajdujemy pod dwiema postaciami — najczęściej jako cierpienie wtórne, które się dołącza do dawnych objawów gruźliczych, i jako cierpienie — pierwotne, mające swoją własną autonomię kliniczną. — Lasecznik nie jest tu pasorzytem krwi — rzucony prądem źle się we krwi rozwija. Są tu warunki zupełnie odrębne od tych, które zauważyć się dają w innych septycemiach.

Z 35 przypadków obserwowanych w 11, t. j. 31% — konstatowano septycemię wtórną, wogóle w chronicznej gruźlicy płuc krew posiada daleko rzadziej laseczniki — inaczej się ma zupełnie w przypadkach ostrych.

Co do septycemii pierwotnych, to autor znalazł 3 takie przypadki — rozumie się, należy zawsze podejrzewać istnienie jakiegoś

ogniska nie odnalezione (foyer latent), które często wykrywa dopiero sekcyą. Obecność laseczników we krwi — nie zawsze jest wiadomą lekarzowi — przypuszczać, że takowe istnieją, pozwala gorączka, chociaż i to nie zawsze, pojawiająca się nieregularnie z małemi wahaniami, nigdy febris remittens hectica. Zawsze prawie znajduje się białko w moczu — w małej wszakże bardzo ilości; brak białkomoczu jest wyjątkiem. Jeżeli jednak obecność białka nie może być uważaną za objaw t. zw. bacillémie, to naodwrot można powiedzieć, że tej ostatniej niema, jeżeli niema białka. Niekiedy septycemii przejawia się dusznością — lub bólami reumatycznymi, lub zaburzeniami żołądkowo-kiszkowemi (postać tyfoidalna i gastryczna). Co się tyczy trwania tej choroby, to może trwać albo bardzo krótko 2 — 3 dni, lub bardzo długo — kilka tygodni np.

Co do powikłań, to te zauważyć się dają bądź ze strony nerek, bądź serca.

Rozpoznanie postawić jest bardzo trudno, gdyż t. zw. bacillemia pojawia się pod różnemi postaciami, należy więc tylko bacznie śledzić za stanem chorego — zwracać uwagę na najdrobniejsze objawy, w na te, szczególnie których pochodzenia objaśnić nie można, powtarzać badania krwi. Chcąc się upewnić, należy upuścić choremu 40 gr. krwi (aseptycznie) — kilka centymetrów kub. posiać w 150 — 200 gr. bulionu — resztę krwi zebrać do wyjałowionych rurek. Jeżeli hodowla nie da pozytywnych wyników, można przypuszczać, że laseczniki Kocha istnieją, daje to jednocześnie dowód, że krew zebrana była aseptycznie. Z pozostałą krwią robi się doświadczenia inokulacyi i inoskopii.

Anatomicznie znajdujemy dużą śledzionę o 100 — 200 gr. cięższą niż normalnie, ogniska przekrwienia w płucach u podstawy, rozłożone niesymetrycznie — przekrwienia nerek — te ostatnie jako miejsce uprzywilejowane dla laseczników powinny być doskonale zbadane. W szczególności należy badać wszystkie serosae — i szukać, czy nie znajdzie się gdzie śladów początków t. zw. granulie. Na pytanie, któredy laseczniki Kocha dostają się do krwi, można odpowiedzieć, że dostają się one bądź do naczyń (przez proces żrący np. z gruczołów), lub też za pomocą przewodu pokarmowego (dzięki połkniętej ślinie lub ropie z pożywieniem) do naczyń mleczowych kiszek, potem do ductus thoracicus i do krwi — (Czytowiez i Dobrokowski). To dla septycemii wtórnych — co się tyczy pierwotnych, to można się odwołać do tej samej patogenyzy — laseczniki wprowadzone zostają do przewodu pokarmowego bez drogi pokarmów (Behring).

Bacillemia objaśnia pochodzenie ostrej gruźlicy, może wykazać istnienie głębokiej gruźlicy, której dojrzeć nie jesteśmy w stanie — to też autor ma nadzieję, że z czasem stanie się ona kluczem, objaśniającym istnienie tylu niezrozumiałych chorób, w szczególności u dzieci.

Matylda Biehler.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

417. Leduc. **Leczenie newralgii za pomocą wprowadzenia elektrolitycznego jonu chinu.** (Sem. méd. Nr. 31, 1904).

Autor z doskonałym powodzeniem leczył newralgię za pomocą jonu salicylowego — o czym mówiliśmy już w *Kronice* — referat (Sem. méd. str. 122, 1904). Otóż, w jednym przypadku uporczywej newralgii (trigeminus) gdzie wprowadzenie salicylu nie pomogło, użył autor chinu, po 36 godzinach newralgia ustąpiła. Technika także sama jak i dla salicylu. Na miejscu chorem kładzie się kompres, złożony w ośmioro z gazy hygroskopijnej, umaczany w ciepłym roztworze 1% chinini, hydrochl. Kompres ten połączony jest za pomocą blaszki metalowej z katodą, anodę kładzie się na jakimkolwiek bądź miejscu ciała. Chociaż przepuszczenie prądu wywołało przykre uczucie (nawet atak) u chorego, jednak autor doszedł do siły 20 miliamperów — pozostawiając chorego pod działaniem aparatu 30 minut.

Skóra zdaje się bardziej wrażliwą przy chinie, po posiedzeniu zauważono obrzęk i zaczerwienienie, po 3-ch dniach naskórek przyjął barwę żółtawą i skóra zaczęła się łuszczyć.

Matylda Biehler.

418. Nazarov. **O znaczeniu lecniczem ichtyolu i terpentyny w szkarlatynie.** (Sem. méd. Nr. 36, 1904).

Autor radzi zaraz po postawieniu rozpoznania płonicy dawać ichtyol w kapsułkach, jeżeli mały pacjent umie połykać, jeśli nie, daje ichtyol w roztworze wodnym. Jeżeli dziecko nie chce brać ichtyolu, można dać terpentyny oczyszczonej. Co się tyczy dawek, to autor zapisuje na 30 gr. ichtyolu 10 gr. wody i daje dzieciom od 5 — 8 lat po XV — XX kropel trzy razy dziennie; dzieciom 8 — 10 lat — po 25 kropel na raz (3 razy dziennie), starszym XXXV

kropel na raz. 3 razy na dobę. Dorosłym można dawać od 50 do 60 kropel na dawkę. Należy lekarstwo nalewać do kapsułek tylko w chwili brania, gdyż ichtyol je rozpuszcza; ol. terebinthin. daje się w mleku po X kropel dziennie od 3 do 5 lat, starszym dzieciom można dawać po XII — XV kropel, dorosłym po XXX kropel na dawkę; dobrze jest wypić przed wzięciem kropel szklanekę mleka. Ichtlyol wywołuje czasem odbijanie, terpentyna — boleści, lecz bardzo słabe i bez znaczenia.

Na 35 przypadków ani jeden, leczony ichtyolem lub terpentyną, nie zakończył się niepomyślnie, powikłań nie było — (raz nephritis natury specyficznej: dziecko dotknięte było syphilis hereditaria — naturę zapalenia nerek wykazało leczenie natri jodato, które wykazało zniknięcie białka). Ol. terebinthin. można zastrzykiwać, ichtyol nie, gdyż jest to zanadto bolesne.

M. B.

419. **Santini. Leczenie miejscowe arthritis rheumatica za pomocą iniekcji do stawów natri salicyl.** (Sem. méd. Nr. 37, 1904).

Już prof. Bouchard pisał o dobrych skutkach leczenia reumatycznego zapalenia stawów za pomocą iniekcji na około stawu chorego natri salicyl. (patrz Sem. médic. 1902, str. 234). Autor jednak zastrzykuje natr. salicyl. do stawu wprost, biorąc do tego 3% roztwór, z którego na jednym posiedzeniu zastrzykuje 3—4 lub 5 cc. (5 cc. bardzo rzadko i to tylko do dużych stawów). Jeżeli w stawie znajduje się płyn, to należy go najpierw usunąć, a dla tego, aby dodaniem roztworu natri salicyl. nie zanadto chory staw rozciągać — przy zastrzykiwaniu należy przestrzegać czystości miejsca, do którego się zastrzykuje — szprycę i płyn należy sterylizować.

Najpierw ustępują bóle; potem znika wysięk — dłużej trwa gorączka i ogólne niedomaganie; jeżeli to ostatnie zbyt się przewleka, należy podejrzewać cierpienia sercowe.

Iniekcye działają tem szybciej, im wcześniej zaczęto takowe robić. Autor w 4-ch przypadkach otrzymał doskonałe wyniki: dawka 0,24 do 0,60 — wystarczyłaby wywołać znakomite polepszenie połączone z możliwością wykonywania ruchów.

W. B.

420. **Weiss. Kalium hypermang. jako środek przeciw poceniu się nóg.** (Sem. méd. Nr. 37, 1904).

Kalium hyperm. używano już dawniej przeciw poceniu się stopy — (patrz Sem. méd. 1889, Annexes str. XCIV). Dr. Weiss je-

nak radzi postępować w sposób następujący: Namydlić doskonale nogi, wytrzeć tamponem, umaczanym w benzynie — następnie pograżać każdą nogę oddzielnie w 1% roztworze kalium hypermang. 40° gorącym — w kąpieli tej nogi trzyma się 15 minut (robi się to wieczorem). Wyciera nogi dokładnie. Nazajutrz rano posypuje się następującym proszkiem:

Kalii hypermangan.	13,0.
Alum. crudi	1,0.
Talci veneti	50,0.
Zinci oxydati	ana
Zinci carbon.	18,0.

Nasypać pomiędzy palce i założyć kawałkami waty. Codziennie zmieniać skarpetki.

Leczenie trwa 3 tygodnie, należy tylko brać potem silniejszy roztwór kalii hyperm.: po 4-ym razie 2%, potem 4%, po 2-ch tygodniach 6% — w miarę tego podwyższa się też i temperaturę roztworu (tak wysoko, dopóki można wytrzymać). Zaprzestać leczenia można wtedy, jeżeli tamponiki waty, zakładane pomiędzy palce — wieczorem nazajutrz są suche.

Jedyną nieprzyjemną rzeczą w tem leczeniu jest, że nogi przybierają bardzo ciemny kolor. Leczenie to jednak daje świetne wyniki nawet w przypadkach, gdzie pocenie trwa lat kilka, tak że nie należy zwracać uwagi na zmianę koloru ciała, gdyż kolor ciemny po pewnym czasie znika.

M. B.

421. **Talalgia i jej leczenie chirurgiczne.** (Sem. méd. Nr. 36. 1904 r.).

Pierwszy raz o talalgii wspomina w 1781 Swediaur, który twierdzi, że przyczyną bólu w pięcie jest rzeźączka. Duplay nazywa to cierpienie pternalgia albo bursitis (pod calcaneum). Prócz rzeźączki wywołać talalgię może i reumatyzm, podagra i t. p.

Ból daje się uczuwać przy staniu lub chodzeniu oraz przy dotknięciu. Zazwyczaj nie określa się dokładnie punktu bolesnego — mówi się o bólu całej pięty. Jaquet jednak określa dwa punkty maxima. Jeden — to miejsce przyczepu ścięgna Achillesa trochę wyżej na ścięgnie, drugi pod piętą na linii guzowatości kości piętowej — ból idzie ku pięcie. Wogóle, ból jest zawsze w okolicy ścięgna i kości t. zw. *douleur osteofibreuse et fibreuse*. Wogóle, istnieją 3 formy talalgii: Hygroma bursae sereosa forma kostniejąca ze zgrubieniem kości w szczególności u przyczepu ścięgna i forma nie deformująca (szpecąca) — zwykła talalgia. Bez względu na formę talalgii, towa-

rzyszy jej zawsze neuritis — pochodzenia ośrodkowego lub obwodowego, wywołane działania toksyn; toksyny najczęściej wydzielane są przez gonokoki.

Co się tyczy leczenia, to, o ile spokój — przypalenie termokauterem kręgosłupa, hydroterapia, masaż i t. p. nie pomagają, a także leczenie przyczynowe (bleworagii, reumatyzmu i t. p.), należy leczyć chirurgicznie za pomocą zupełnego wyskrobania błony surowiczej za i pod calcaneum oraz całej tkanki włóknistej pięty. Miejscowe znieczulenie wystarczy; po założeniu taśmy Esmarcha robi się cięcie długości 6 centymetrów, tak głębokie, by sięgało kości piętowej — łyżeczką wyskrobuje się wszystko, co się znajduje pomiędzy skórą, a warstwą włóknistą calcaneum, tak, by zniszczyć bursam, serosam powierzchownie chorą lub nie. Następnie należy zeszkrobać tkankę włóknistą aż do przyczepu do kości; zrobiwszy to wszystko, zaszywa się ranę.

Zabieg operacyjny jedynie daje niezaprzeczenie spokój oraz usuwa ból, chociażby jaknajdłużej trwający.

Wacław Biehler.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4 Grudnia 1903 roku.

1. Horodyski (z Łęczny) opisał spostrzegany przez siebie przypadek **exencephaliae** i przedstawił odnośny okaz.

2. A. Majewski przedstawił chorego po gastroenteroanastomozie z powodu **zrostów okołożołądkowych**.

Franciszek K., lat 35, wyrobnik rolny ze wsi Piotrkowa pw. lubelskiego; chory od lat 8-iu; choroba rozpoczęła się od tego, że bezpośrednio po jedzeniu miewał silne pragnienie, a następnie bóle; trwały one około godziny, poczem chory dostawał wymiotów spożytym jedzeniem, po których przychodziła ulga. Wymioty z początku bywały rzadko, później coraz częściej; ostatnio — prawie stale dwa razy dziennie w parę godzin po jedzeniu. Krwawych wymiotów, ani krwawych stolców nie miewał. Stolce — co drugi dzień, nieobfite. Wychudzenie. Waga 135 funtów.

Za pierwotną przyczynę cierpienia uważa konną jazdę.

Przy przemyciu naczno — treści w żołądku nie znaleziono.

Po wieczornem przemyciu — na drugi dzień rano, po próbnem śniadaniu, wydobyta treść żołądka zawierała kwasów — 59 (koniec odczynu).

Kwasu mlecznego nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe treści żołądka wykazało dużo tlenu, obfite źle przetrawione ziarenka krochmalu; sarcyny ani lasecznika Boas'a nie znaleziono.

Krzywizna duża widoczna — przy rozděciu żołądka — na 2 cnt. ponad pępkim, zupełnie nieruchoma.

Przy dwuręcznem badaniu żołądka — pluskanie; chory obserwuje je u siebie od paru lat.

Ciepłota normalna. W moczu zmian niema. Inne narządy zdrowe.

Chory ten przedstawiony był na poprzedniem posiedzeniu (dn. 18 listopada 1903-go r.) z przypuszczalnem rozpoznaniem okołożołądkowych zrostów, unieruchamiających żołądek.

Gastroenteroanastomoza tylna sposobem Hartmann'a pod chloroformem (23/XI 1903 r.).

Żołądek — silnie rozszerzony; w części odźwiernikowej na dolnym jej brzegu wystające twarde nierówności i sznurowate drobne zrosty. Odźwiernik dosyć twardy, wielkości jabłka, przepuszcza mały palec. Ponad nim pojedynczy gruczoł miękki, wielkości fasoli. Wzdłuż małej krzywizny — innych gruczołów nie znaleziono. Wzdłuż całej dużej krzywizny, na tylnej jej powierzchni, szereg śnieżno-białych blizn na mesocolon i żołądka. Żołądek od strony surowiczej blady, niebieskawo szary; żyły jego kręte, duże.

Przebieg pooperacyjny normalny. Zagojenie. przez rychłozrost*).

3. A. Majewski przedstawił chorego po **gastroenteroanastomozie z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika.**

Filip P., lat 41, gospodarz ze wsi Prawiedniki pow. lubelskiego, chory od pół roku. Choroba rozpoczęła się od bólów i wymiotów bezpośrednio po jedzeniu; bóle i obecnie miewał zaraz po jedzeniu; wymioty jedzeniem bywały jednak w coraz dalszych stopniowo odstępach od przyjęcia pokarmów. Obecnie przychodzą one prawie codziennie około 11 g. rano po śniadaniu o 7 g. i drugi raz wieczorem.

*) W dalszym przebiegu wymioty nie powtarzały się; łaknienie bardzo duże; samopoczucie doskonałe. Stały przybytek wagi. Chory wypisał się 28/XII z wagą 151 funt. W 2 miesiące potem — 21 lutego 1904 r. — ważył 168 funtów.

Krwawych wymiotów ani krwawych stolców nie miewał. Stolce półpłynne, bezbolesne, 1 — 2 razy na dobę.

Łaknienie ma, ale jeść się boi. Pluskanie w żołądku sam stwierdza. Waga 148 funt.

Po mięsnej kolacyi wieczorem, na drugi dzień rano przy przemyciu żołądka otrzymano obfitą treść żołądkową z zawartością mięsa i innych pokarmów.

Ogólna kwaśność po próbnem śniadaniu — 50.

Przy oględzinach brzucha, w lewem podżebrzu w linii sutkowej — miękki, bolesny guz; wypuk ponad nim dźwięczny.

Dolna granica żołądka wydaje się nie dochodzić na 2 cnt. do pępka. Przy rozděciu żołądka wydyma [się on silnie do przodu, szczególnie] ze strony lewej; dolna zaś jego granica prawie się nie obniża.

Chory ma od lat wielu obfitą łuszczycę (psoriasis), między innymi i na brzuchu nad pępkiem.

Rozpoznano zwężenie bliznowate odźwiernika.

Po miejscowem podleczeniu łuszczycy gastroenteroanastomoza tylna sposobem Hartmann'a pod chloroformem (4/XI 1903 r.) W linii cięcia (esica) z białemi licznemi bliznami na jej krecze (mesenteritis (?) Klebs'a). Wątroba nieco opuszczona, przykrywa częściowo odźwiernik. Na całej przedniej powierzchni odźwiernika obszernie trwałe zrosty; niektóre z nich długie sznurowate, inne krótkie wachlarzowate. Wzdłuż małej krzywizny gruczoły — niewyczuwalne. Odźwiernik twarde, chrząstkowaty; światło jego silnie zaciśnięte; nie wchodzi doń koniec palca. Na tylnej powierzchni żołądka mesocolon — silnie otłuszczony. W żołądku — krwawa zawartość.

Zaraz po operacyi wymioty krwią. Na 2 dzień po operacyi kilkakrotny wolny stolec, zabarwiony krwią.

Po zastosowaniu bizmutu z opium, rozwolnienie ustało; wymioty ani krwawienia nie powtarzały się więcej. Samopoczucie dobre. Zagojenie przez rychłozrost w 2 tygodnie po operacyi, łaknienie duże, przybytek wagi.

W miesiąc po zabiegu stan ogólny — dobry, łaknienie bardzo duże, waga — 157 f., samopoczucie doskonałe.

4. A. Majewski przedstawił chorego, który z powodu bardzo wybitnego **opuszczenia żołądka** kwalifikuje do operacyi.

5. K. Jaczewski przedstawił chorego z **gruźlicą rozsianą języka**.

Władysław Ł., wieśniak, był zdrow do jesieni roku zeszłego. W tym czasie zaboląła go kończyzna prawa górna pierwiastkowo w stanie nadgarstkowym, a po upływie pewnego czasu na przedniej powierzchni stawu oraz w okolicy V kości śródrezcza prawego zaczęło się tworzyć obrzmienie, które, doszedłszy do wielkości orzecha laskowego, otworzyło się samoistnie w marcu r. b., dając ujście rzadkiej ropie. Chory zapisał się do szpitala Ś. Jana Bożego w Lublinie, gdzie rozpoznano gruźlicę kości i w uśpieniu chloroformowem dokonano operacji usunięcia części, przez chorobę zajętych. Po 5 miesiącach leczenia Ł. wyszedł ze szpitala wyleczony o tyle, że rany zagoiły się doszczętnie, ruchy zaś zostały znacznie ograniczone.

Choroba obecna rozpoczęła się przed 4-ma mniej więcej tygodniami, bez widocznego jakoby powodu, bólami kłującymi w prawej połowie języka; bóle te słabego napięcia; wzmagały się niekiedy przy paleniu, piciu, przyjmowaniu posiłku, utrudniały nieco mowę, nie dokuczały jednak zbyt choremu, a bywały nawet takie chwile w ciągu dnia, a nawet dnie całe, że chory zgoła zapominał o chorobie. Oglądając język w lustrze, chory zauważył, że język jest jakby grubszy po stronie prawej, później zaś spostrzegł, że na języku tworzą się ranki, z początku małe, później coraz większe, a, gdy koniec języka zamienił się w jedną ranę, zapisał się do szpitala Ś. Józefa w d. 12/XI r. b.

Z wywiadów dodać jeszcze należy, że ojciec chorego żyje, ma lat 64, jest zdrow, matka zmarła przed 4-ma laty, licząc lat przeszło 50, na jakąś chorobę wewnętrzną, w ciągu której miewała często bóle pod pierściami i wymioty. Chory ma brata i 2 siostry, wszyscy są zdrowi.

Stan obecny. Chory lat 24, wzrostu mniej niż średniego, chudy, mięśnie słabo rozwinięte, skóra cienka, elastyczna, miękka, biała z odcieniem żółtawym; na skórze ręki w okolicy prawego stawu nadgarstkowego znajdują się vis à vis siebie leżące blizny wciągnięte, nieruchome, — ręka unieruchomiona w stawie prawie całkowicie i ustawiona pod kątem niemal prostym do przedramienia.

Chory gorączkuje: T. 37,6. Puls 78.

Badanie fizykalne narządów wewnętrznych wykrywa: stłumienie odgłosu wypukowego po stronie prawej, w okolicy wierzchołka oraz nad grzbieniem prawej łopatki, — oddech osłabiony bez rzeżeń. Chory kaszle mało, krwią nigdy nie pluł. Apetyt ma dobry, sto-

lec prawidłowy. Mocz o ciężarze gat. 1,018, winno-żółty, oddziaływa kwaśno, białka i cukru nie zawiera.

Już przy pierwszym rzucie oka na twarz chorego zwracają na siebie uwagę wypukłone, wydęte jakby, policzki i wargi złożone tak, jak gdyby chory trzymał płyn jakowyś w ustach. Po otwarciu ich i wyplunięciu kilkunastu ctm. bardzo lepkiej śliny, widać, że czubek języka po stronach obu i duża część ciała języka po stronie prawej na powierzchni grzbietowej, bocznej i dolnej jest owrzodziła, pokryta rzadką, śluzowo ropną wydzieliną.

Owrzodzenie samo ma brzegi nieregularne, kręte, miejscami podminowane, odstające; dno owrzodzenia blade, gładkie, mniej więcej płaskie, ziarnina atoniczna; brzegi i dno owrzodzeń na dotyk nie twarde, bolesne. Błona śluzowa powierzchni grzbietowej języka na obwodzie owrzodzenia mocno zaczerwieniona i usiana małeńkimi, bądź okrągłymi, wielkości ziarnka maku, bądź też szczelinkowatemi owrzodzeniami, o brzegach podminowanych, — dno ich pokryte żółtawego koloru okładem. Gruczoły podszczękowe po stronach obu powiększone, ruchome, niebolesne. Chory doznaje bólów w czasie jedzenia i picia, mowa jego jest niewyraźna, powolna, — skarży się nadto na męczącą go ciągłą potrzebę odpluwania lepkiej plwociny.

Rozpoznano gruźlicę rozsianą języka — a badanie mikroskopowe wydzieliny i kawałka wyciętego z brzegu owrzodzenia, dokonane przez kol. Zajdenmana, potwierdziło dyagnozę kliniczną.

Choremu zalecono tran i wcieranie sol. ac. lactici, ale, jak dotąd, bez żadnego wpływu dodatniego.

6. W. Chodźko przedstawił chorą po wycięciu obustronnej **torbieli wewnątrzwiązadłowej.**

O. K., 26 lat, męzatka, dietna. Wyłuszczenie z więzów guzów wielkości pięści. Worki Mikulicza, usunięcie takowych na 6 dzień. Zagojenie bez żadnych powikłań.

7. A. Staniszewski opisuje niezwykley przypadek uszkodzeń od pioruna.

„Dnia 18 października r. b. przybyła na mój oddział do szpitala Św. Wincentego Katarzyna Kula, lat 19. Opowiedziała mi, że 6 października r. b. o godzinie 3-iej po południu znajdowała się na polu przy kopaniu kartofli wraz z 3-ma towarzyszkami i młodszym bratem. Nagle zerwała się burza z deszczem i piorunami. Troje z nich skryło się pod wysoką sośninę, 4-ta skryła się pod drzewo o kilkadziesiąt kroków od pierwszych, chłopiec został na polu

i przykrył się workami. Piorun uderzył w pierwsze trzy dziewczyny. Wszystkie zostały, powalone na ziemię. Wkrótce przybyła pomoc ze wsi, zakopano wszystkie trzy do pasa w ziemię na kilka godzin. Po odkopaniu przekonano się, że jedna z nich już nie żyje. Miała ciemną pręgę począwszy od prawego ucha wzdłuż całej prawej połowy ciała. Druga miała lekkie oparzenie na powłokach brzusznych i po tygodniu zupełnie powróciła do zdrowia. Nareszcie 3-cia, Katarzyna Kula, którą miałem w obserwacji.

W dniu przybycia do szpitala znalazłem miejsce na potylicy, 10 ctm. długie, 8 ctm. szerokie i w obwodzie mające 33 ctm.

Miejsce to pokryte krótkimi włosami połamanymi, skóra i tkanka podskórna przedstawia się w postaci szaro brudnej, nasiąkniętej ropą masy, skóra ta w tem miejscu bardzo luźno przytyka do kości i dość łatwo i bez bólu za pomocą zwykłej pincety usuwa się. Chora gorączkuje, t. rano $38,5^{\circ}$, wieczorem 39° , puls pełny, w organach wewnętrznych nie wykryłem żadnych zmian widocznych. Natomiast system nerwowy przedstawia zboczenie. Chora mówi cicho i powoli, każdy wyraz mówi dobitnie z pewną akcentacją i nie może stać na nogach i chodzić. W łóżku ruchy bierne wykonywa z łatwością i bez bólu, czynne zaś z wielkim trudem, osobliwie zaś w prawej dolnej kończynie. Żadnych zmian w czuciu skórnem nie znalazłem, odruchy ścięgnowe prawidłowe, oddziaływanie na prąd faradyczny zachowane.

Chora po uderzeniu pioruna straciła przytomność, którą odzyskała w kilka godzin po wypadku; po odzyskaniu przytomności miała dzwonienie w uszach i nie mogła nic mówić, co trwało przez kilka dni. Chora wcale nie słyszała uderzenia piorunu i iskry nie widziała.

W ciągu pięcioletniego pobytu w szpitalu rana zupełnie się oczyściła i w znacznej części pokryła się zdrową ziarniną, w tydzień po przybyciu do szpitala chora przestała zupełnie gorączkować; objawy nerwowe prawie wszystkie znikły prócz lekkiego osłabienia prawej dolnej kończyny. Stoi na nogach zupełnie swobodnie, mówi głośno i wyraźnie, przy chodzeniu używa kija.

Chora nie pamięta, czy była oparta o drzewo w czasie uderzenia piorunu, jak również nie wie, w jaki sposób schroniły się jej towarzyszkę, wie tylko, że miała na głowie chustkę, na której znaleziono na miejscu, gdzie przylegała do górnej części potylicy, wypalony otwór, przez który mógł swobodnie przechodzić wskaziciel. Uszkodzenie obszerne na potylicy prawdopodobnie powstało

w części od oparzenia III-go stopnia, w części zaś od silnego uderzenia.

O objawach nerwowych nie umiem sobie zdać dokładnie sprawy, sądząc wszakże z objawów przemijających, należy zapewne sądzić, że zależą one tylko od wstrząsu mózgowego (*Commotio cerebri*).

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na znaczny obszar spostrzeganego uszkodzenia, jak również z powodu rzadkości spostrzeganych odpowiednich wypadków.

Z tej ostatniej przyczyny pragnę podzielić się z panami wiadomościami w kilku słowach, jakie mogłem znaleźć w dostępnej mi literaturze o uszkodzeniach od pioruna.

Statystyka tych uszkodzeń jest bardzo skąpa. Znalazłem u Eulenburga, że w Prusach między 1854 r. i 1857 r. obserwowano 581 wypadków porażenia piorunem, z tych 289 zostało zabitych, a 222 rannych. We Francyi, podług Boudin'a, między 1835 r. i 1865 r. było 2431 wypadków śmierci od pioruna. W Anglii podług Taylor'a, między 1853 r. i 1865 r. było wypadków śmierci 242. W Saksonii między 1851 r. i 1863 r. było 71 wypadków śmierci. W Stanach Zjednoczonych w r. 1870 było wypadków śmierci 202. Wogóle, częściej mężczyźni podlegają wypadkowi, i tak w statystyce pruskiej na 289 zabitych było 184 mężczyzn i 105 kobiet, a między 222 rannymi było 133 mężczyzn i 86 kobiet.

Najczęściej zdarzają się wypadki z ludźmi, znajdującymi się w polu, wtedy zwykle piorun uderza w tych, którzy się kryją pod drzewami, chociaż bywają wypadki uderzenia pioruna w ludzi znajdujących się na otwartem polu, lub na wzgórzach. Tourdes opisuje wypadek zabicia dwóch żołnierzy i zranienia trzeciego od pioruna, którzy się skryli pod niskie drzewo, pomimo że w bliskości znajdowały się lepsze przewodniki elektryczności, jako to most żelazny i piorunochron. Metale wogóle działają przyciągająco, tak często obserwowano uderzenia pioruna w druty telegraficzne, częste bywają również uderzenia w dzwony, osobliwie podczas dzwonięcia. Przyciąga piorun bardzo przemoczone ubranie, także przyciągająco działa zgromadzenie wielkiej liczby ludzi; tak u Eulenburg'a opisany jest wypadek, gdzie piorun uderzył w obóz, znajdujący się na wzgórzu; 18 ludzi zostało zabitych i bardzo wielu rannych; osobliwością w tem zdarzeniu jeszcze było to, że broń, ułożona w piramidy w tymże obozie, wystrzeliła i zabiła 3 żołnierzy, znajdujących się w pobliskim obozie.

Bywają wypadki porażenia piorunem ludzi, znajdujących się w mieszkaniach.

Taki wypadek opisał Sztam z Łęczycy w Tygodniku Lekarskim Nr. 40 z r. 1866. Iskra wpadła przez komin do otworu w sieni, przeznaczonego do czyszczenia sadzy. O ten otwór oparty był człowiek w czasie burzy i w niego ugodził piorun.

Najczęściej skutek uderzenia piorunem następuje śmierć natychmiast, jeżeli zaś nie nastąpi śmierć zaraz, to rokowanie zwykle bywa pomyślne. Bywają wszakże rzadkie wyjątki.

Taylor opisuje w jednym wypadku śmierć po 4 godzinach przy objawach drgawek; w innym wypadku opisuje śmierć po 57 godzinach — osobniki te nie odzyskali przytomności. Bugge opublikował w 1874 r. w Deutsche Klinik wypadek śmierci na 33-ci dzień wśród objawów: bólu głowy, duszności, bicia serca i prawostronnego porażenia.

Na trupach często nie znajdowano żadnych uszkodzeń prócz rozdartej, przedziurawionej, albo opalonej odzieży w pewnych miejscach; czasami przedmioty metalowe, znajdujące się w ubraniu, znajdowano roztopione, lub połamane, nawet bywały wypadki, że scyzoryki żelazne przyjmowały własności magnetyczne. Zwykle zaraz po uderzeniu można zauważyć wokoło trupa zapach ozonu.

Z uszkodzeń na trupach znajdowano: rozmaitego kształtu zadraśnięcia skóry, siniaki, zygzakowato rozgałęzione zaczerwienienia, pręgi, wskazujące drogę, którą przebiegał piorun. Nie stwierdzono dotychczas, czy te pręgi uważać należy za oparzenia, czy za kontuzje, czy też za miejscowe erytemy.

W jednym wypadku Hausner naciął te pręgi, ale nie zdołał znaleźć żadnych głębszych zmian w skórze.

Schefêik w Wiener medicinicke Presse z r. 1877, opisuje pas na trupie, idący od prawej skroni wzdłuż szyi przez prawą stronę klatki piersiowej i połowę brzucha, aż do zgięcia prawego uda, potem wrócił się na tylną część uda i obsunął się aż do pięty. W tym wypadku iskra kreśliła w swoim biegu jakby symetryczne odnogi, rozchodzące się od głównej pręgi; zauważono przytem, że te odnogi robiły się cieńsze w miarę posuwania się iskry, tak że widoczne było, że się iskra stopniowo w swym biegu wyczerpywała.

Z innych uszkodzeń znajdowano oparzenia skóry I, II nawet III-go stopnia, opalenia włosów, rzadko powierzchowne rany, częściej głębokie rozerwanie rany, osobliwie na głowie. Bardzo ciekawe szczegóły podaje Heusner w Wiener med. Blätter

z 1884 r. Nr. 40, gdzie piorun uderzył w tłum podczas wyścigów. 20 osób zostało ugodzonych, 4 natychmiast zmarło, pozostali odzyskali przytomność w ciągu kilkunastu minut do godziny. U wszystkich były uszkodzenia ciała, jako to: oparzenia, pręgi, prócz tego szaro ograniczone przedziurawienia skóry na podeszwach. Suknie zranionych miały rozmaite przedziurawienia, powiększające się do wnętrza. U osób mających obuwie podkute gwoździami nie znaleziono żadnych uszkodzeń na stopach.

Oderwanie całych członków, lub wogóle cięższe uszkodzenia należą do rzadkości. U Taylor'a opisany jest przypadek złamania uda. W organach wewnętrznych żadnych zmian przeważnie nie znajdowano. Barnes znalazł wylewy krwawe w oponach mózgowych.

W wypadku z prof. Richmanem (w Petersburgu), który został zabity przy doświadczeniach nad elektrycznością atmosferyczną, znaleziono w lewej okolicy czoła zmiażdżone miejsce i liczne wybroczyny, począwszy od karku do lewego uda; lewy trzewik był rozdarty, a na samej stopie nieznaczne wynacznienie. W płucach znaleziono zawały krwawe. Z innych zmian na trupach wskazują bardzo szybkie krzepnięcie krwi, jak również na to, że ciała takich osób podlegają nader szybkiemu rozkładowi. Prędko rozkład podnosi Seneca, mówiąc: *postquam tacta sunt a fulmine, jam incipiunt verminare.*

W przypadkach pomyślnych obserwowano zaburzenia nerwowe i uszkodzenia rozmaitych części ciała. Z zaburzeń nerwowych zawsze występuje utrata świadomości, prawdopodobnie wskutek wstrząsu mózgowego. W lekkich wypadkach ugodzeni podnoszą się po kilku chwilach bez żadnych złych następstw. W cięższych utrata przytomności może trwać dnie całe i przejść nawet w stan maniakalnego pobudzenia. Takie wypadki widzieli: Puccinotti, Taylor, von Sowa, Virchow.

U wszystkich prawie chorych jest zupełna amnesia, zwykle są do tego stopnia ogłuszeni i oślepieni, że ani iskry nie widzieli, ani grzmotu nie słyszeli.

Często zdarzają się paraliże oddzielnych kończyn, hemiplegiae, paraplegiae etc.; zwykle tego rodzaju zaburzenia dają dobre rokowanie, chociaż przeważnie długo trwają. Demme widział wypadek spastycznego paraliżu spinalnego, trwającego przeszło trzy tygodnie. Prócz tego zauważono u niektórych chorych anaesthesiae, hyperaesthesiae, neuralgiae, porażenia naczynio-ruchowe, także paraliż pęcherza moczowego, w pojedynczych wypadkach drgawki,

po ustąpieniu których pozostała jednak skłonność do nich. Hype-raesthesiae i neuralgiae mogą także pozostać. Zdarza się także osłabienie, lub też chwilowa utrata słuchu i wzroku.

Z uszkodzeń cielesnych obserwowano: krwawienia uszne, oparzenia rozmaitego stopnia, rany powierzchowne i głębokie, wreszcie pręgi, o których już wspominałem. Pręgi te, podług Schefçik'a, okazują się z początku jasno-czerwone, później prędko bledną i znikają po kilku dniach.

Ciekawy pod tym względem wypadek opisuje Zaremba w Nowinach Lekarskich Nr. 11 z r. 1890. Pozwolę sobie tutaj przytoczyć własne słowa autora: „znalazłem na tyle głowy opalone włosy, z prawej strony kręgosłupa, mniej więcej 2 ctm. nad łopatką prawą oparzenie powierzchowne wielkości dwumarkówki. Od tego miejsca przewija się pręga ciemno brunatna szerokości 1 ctm. przez prawą łopatkę, przechodzi po prawej stronie żeber na brzuch, opuszcza się ku prawemu zgięciu lędźwiowemu, gdzie podskórna wybroczyna większa jest znowu widoczną, wielkości pięciomarkówki srebrnej, o nieregularnych brzegach, zkąd przez przednią część uda prawego idzie na dół, dalej okręca się ku tyłowi nogi i w środku prawej łydki znowu strzałkowate zdrąśnięcie, a raczej oparzenie skóry jest widocznem.“ Chory ten Zaremby straszego huku przy uderzeniu piorunu nie słyszał wcale, ani też błyskawicy nie widział; świadomość powoli wracała i w 6 godzin wróciła zupełnie.

Należy tutaj jeszcze zauważyć, że bywają wypadki uszkodzeń cielesnych, pochodzących nie od samego pioruna, a wskutek tego, że piorun odrzuca ofiarę na kilka, lub kilkanaście kroków i to powoduje rozmaite uszkodzenia; taki wypadek opisał Kremer w Przeglądzie Lekarskim w Nr. 37 z r. 1868.

W tym przypadku znaleziono 15-to letnią dziewczynę o kilka kroków od krzaku po uderzeniu pioruna z ogromnymi sińcami na stopie i goleni z prawej strony.

Na zakończenie jeszcze zaznaczę, że Schefçik przypuszcza że dodatnia elektryczność wywołuje pręgi na powierzchni ciała, ujemna zaś elektryczność bywa przyczyną innych cięższych uszkodzeń cielesnych.⁴

8. C. Czerwiński wygłosił odczyt o cystoskopii i jej znaczeniu w rozpoznawaniu i leczeniu cierpień narządów moczopłciowych.

Posiedzenie dnia 18-go Grudnia 1903 roku.

1. S. Dobrucki przedstawił chorego z **cystochondroma thoracis**.

2. S. Dobrucki przedstawił przypadek wierzchniactwa u kobiety (**epispadiasis in femina**).

„Wiktorya O., 18-letnia dziewczyna, zgłosiła się do mnie ze skargą na niemożność zatrzymania moczu. Wadę tę, według słów matki, chora ma od urodzenia. Przy leżeniu, bez względu na położenie bądź to wznak, bądź też na boku chora zatrzymuje mocz w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny i odczuwa wtedy potrzebę urynowania. Przy chodzeniu lub też staniu mocz stale odpływa kroplami, drażniąc i nadżerając skórę wewnętrznej powierzchni ud. Peryodów nigdy nie miała. Jest jedynaczką.

Chora średniego wzrostu, bardzo dobrej budowy, tkanka tłuszczowa rozwinięta doskonale, kościec prawidłowy, piersi dobrze rozwinięte, twarde. Wewnętrzne organa zdrowe.

Skóra wewnętrznej powierzchni ud mocno zaczerwieniona, miejscami pozbawiona naskórka, koło chorej zapach rozkładającego się moczu. Uwłosienie okolicy sromnej obfite, w środku dolnej części spojenie przerywa się porost włosów, skóra w tem miejscu znacznie delikatniejsza, różowa, formuje jakby, lejek przechodzący w głąb w szparę sromną. Wargi duże, dobrze rozwinięte, mięsiste, skąpo uwłosione, przylegają zupełnie do siebie*). Po rozsunięciu tych ostatnich przedstawia się błona dziewicza z dwoma otworami, mniejszy ze strony lewej u góry i większy z prawej strony u dołu, oba otwory oddzielone są cienkim mostkiem. Wargi małe, słabo rozwinięte, leżą jakby zupełnie równolegle, nie schodzą się u góry zupełnie, lecz kończą się niewielkiem widełkowatym rozszczepieniem. Łechtaczki brak zupełny. Powyżej opisane widełkowate zakończenie małych warg przedstawia jakby ze sobą nie zrosnięte szczątki napletka łechtaczki. Pomiędzy spojeniem a wejściem do pochwy, zamkniętą błoną dziewiczą, widzimy otwór poprzeczny, łatwo przepuszczający palce do pęcherza (zewnątrzny otwór cewki). Wprowadzony palec odczuwa w głębi pewien opór — szczątki zwieracza pęcherza (sphincter vesicae). Pojemność pęcherza 60 grm. Spojenie łonowe zupełnie zrosnięte.

*) W części dolnej, w górnej zaś są oddzielone przechodzącym za spojenie lejkiem.

Wobec braku odnośnej literatury, nie mogę na razie opisać dotąd używanych metod operacji w podobnych przypadkach wad rozwojowych. Nieomieszkam jednak tego uczynić w najbliższej przyszłości, jak również zdać sprawę z rezultatu leczenia operacyjnego w moim przypadku.“

3. Solonowicz przedstawiła chorą z oddziału C. Czerwińskiego z wrodzonym brakiem pochwy i macicy.

4. C. Czerwiński opisał jeszcze jeden przypadek wyleczenia drgawek porodowych dużemi dawkami morfiny.

5. S. Dobrucki przedstawił cystoskop Nitze'go.

6. S. Rudzki odczytał „kilka słów w sprawie jednolitej statystyki szpitalnej w Lublinie.“

Podkreśliwszy ważne znaczenie statystyki szpitalnej i konieczność systematycznego opracowywania sprawozdań szpitalnych, R. proponuje wprowadzić do szpitali lubelskich jednolitą kartę statystyczną, której schemat przedstawił.

7. S. Rudzki opisał spostrzegany przez się w szpitalu Św. Wincentego **przypadek zupełnego zatkania ogólnego przewodu żółciowego** u 40-letniej kobiety z zejściem śmiertelnem na 4-y dzień choroby.

Obraz chorobowy za życia był bardzo ciężki: wysoka gorączka do 40° C, stan nawpół nieprzytomny, liczne wybroczyny krwawe w skórze, krwawienia z narządów wewnętrznych, przymelas-icterus i zupełnem odbarwieniu stolców.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono duży wielokątny kamień, na miejscu połączenia przewodów wątrobowego i pęcherzykowego we wspólny żółciowy.

Badanie mikroskopowe nie wykazało większych zmian ani w wątrobie, ani w pęcherzyku żółciowym.

(Streszczenie własne).

Posiedzenie 4 stycznia 1904 r.

1. Al. Żurkowski, jako delegat X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, wyjaśniał organizację Zjazdu, i zachęcał do udziału w nim.

2. S. Rudzki opisał **przypadek zupełnego zarośnięcia worka sercowego** i przedstawił odnośny preparat.

20-letnia dziewczyna dłuższy czas pozostawała w szpitalu Św. Wincentego z objawami zastoinowymi (łatwo występujące obrzęki dolnych kończyn, sinica, ogromna wątroba); ze strony serca je-

dnak nie można było wykryć żadnych zmian ani w zastawkach, ani w mięśniu; nie słyszano też ani razu szmeru tarcia osierdzia, ani też nie stwierdzono wysięku w jamie osierdziowej.

Na parę miesięcy przed śmiercią chorej można było wykazać obecność wysięku z początku w prawej jamie opłucny, potem w lewej, z następczem wessaniem płynu i szmerem tarczy opłucny.

Chora zmarła przy wzrastającej niedomodze sercowej.

Ogłędziny pośmiertne wykazały, iż worek osierdzia nie istniał wcale: pericardium viscerales et parietales zrosnięte były ściśle na całej przestrzeni. Zrost był dawniejszego pochodzenia, jak to stwierdził na preparatach mikroskopowych kol. Z a j d e n m a n.

Prelegent podkreśla warunki, przy których myśleć należy o obliteracyi worka sercowego nawet przy braku objawów, wprost wskazujących na zgięcie osierdzia: 1-o obecność objawów zastoinowych przy zdrowych zastawkach i mięśniu sercowym; 2-o jednoczesna obecność spraw zapalno-wysiękowych w innych jamach, szczególnie w lewej opłucny; 3-o zupełna prawie nieskuteczność środków sercowych, zwłaszcza stałe przekrwienie bierne wątroby. *(Streszczenie własne).*

Kronika bieżąca.

(Z) „Siew. Zap. St.” w Nr. 2059 zamieściło, sporządzony przez główny zarząd wojenno-medyczny, wykaz stanowisk lekarskich które uwalniają lekarzy, należących do zapasu armii, od służby w armii czynnej.

Według tego wykazu, *wolni są* lekarze ziemscy, zarządzający w miejscu stałego ich pobytu lecznicami, starsi i główni lekarze w centralnych lecznicach ziemskich, zarządzający lecznicami miejskimi, oraz główni i starsi ich lekarze, — o ile we wszystkich wymienionych szpitalach jest nie mniej, niż 16 miejsc etatowych.

Stali prywatni docenci uniwersytetów niezależnie od stopnia naukowego.

Lekarze, zajmujący posady inspektorów podatkowych i członków komisji poborowej, ponieważ te urzędy same przez się zwalniają od wojskowości.

Lekarze kolejowi; lekarze zakładów naukowych, wymienionych w aneksie do art. 25 ustawy o powinności wojskowej (wyd. 1897 r.), wreszcie lekarze główni i starsi w szpitalach dzieciennych, o ile takie szpitale mają odpowiednio zatwierdzony etat i są utrzymywane

z funduszków skarbowych, miejskich lub społecznych (ziemskich, stanowych).

Natomiast do wojska *mogą być wezwani*: lekarze, pełniący czasowo obowiązki w szpitalach ziemskich i miejskich, lekarze naczelnicy w zgromadzeniach siostr miłosierdzia, gdzie niema stałych lecznic lub są z ilością mniejszą, niż 16 miejsc etatowych.

Lekarze, zarządzający specjalnymi oddziałami; lekarze, pracujący w lecznicach prywatnych, fabrycznych, akcyjnych i t. p., bez względu na ich stanowisko, lekarze we wszystkich szpitalach żydowskich, lekarze gimnazjalni, w seminariach, w szkołach górniczych itp. zakładach, niewymienionych w aneksie do art. 25 ustu o powinności wojskowej (wyd. 1897 r.), lekarze starsi i naczelnicy, w szpitalach dzieciennych, utrzymywanych z funduszków prywatnych, wreszcie lekarze, zarządzający zakładami położniczymi.

(w) *Z Dalekiego Wschodu* powrócili, zwolnieni wskutek choroby, koledzy: Leon Nehring, Wacław Goździcki i Jan Rzepko, oraz Kajetan Szeniański.

Lekarze na Daleki Wschód. Znów 51 lekarzy z polecenia Władcy udało się w tych dniach na plac boju, a mianowicie:

Z Warszawy koledzy: Henryk Altkauf, Majer Gottlib, Ar. Wejssberg, Bartłomiej Wabałas, Jan Iland, P. Awtokratow, Akimow, Foerber, Feliks Rymowicz, Mieczysław Ganc, Mieczysław Halpern, Arcichowski, Tadeusz Markowski, Karol Łuniewski, Aleksander Osiński, Józef Ostaszewski, Jan Olszewski, Antoni Makowski, Emil Bursche.

Z prowincyi zaś koledzy: Lubarski (z Tworek), Witold Kiersnowski (z Koziegłów, gub. Piotrkowskiej), Wacław Szczęsnowicz (z Pilicy)

Z Wilna koledzy: Wacław Orłowski, Dominik Zajkowski, Bolesław Hanusowicz.

Z Mińska gub.: Maryan Obiezierski, Fogel.

Z Kowna koledzy: Witold Mickiewicz, Franciszek Szymkiewicz (z Telsz).

Z gub. Grodzieńskiej koledzy: Epstein, Kłokow, Ostrowski, Roncewicz, Sitkowski, Zmigrodzki i Żołądkowski.

O. Altenberger (z Łodzi), Drozdowicz (z gub. Piotrkowskiej), Antoni Żółtowski (z Kutna), Adam Święcki (z Zyrardowa), Jan Czarnecki (z Bodzentyna, gub. Kieleckiej), Mieczysław Kwiecień (z gub. Piotrkowskiej), Zaleski (z Pułtuska), Kapłan (z gub. Siedleckiej).

(KD) Pensye lekarzy powołanych z rezerwy na Daleki Wschód wynoszą: lekarze VI rzędu (lekarze młodszy pułkowi, lazaretowi, lekarze do poleceń i t. p.) pobierają rocznie 1354 rb. 80 kop., lekarze V rzędu (starsi lekarze pułkowi, lazaretowi i t. p.) 2410 rb. 20 k. Oprócz tego otrzymują pierwsi strawne („porcjonne“) rb. 1 — 2 dziennie, a drudzy rb. 1,50 — 3 rb. Mniej więcej wynosi pensja młodszych lekarzy około 170 — 208 rubli miesięcznie, starszych zaś od 240 do 300 rb. (Rozkaz do władz wojsk. Nr. 287, 1904 r.).

(KD) W bitwie pod Laojanem zostali ranieni lekarze: L. Ni-kołajew i Ferdynand Trejman oraz Tarasow.

(W) Do niewoli japońskiej dostał się dnia 31 Lipca r. b. Dr. S. Popowicz w bitwie w przesmyku Janzelińskim.

(S) Zakład leczniczy dla chorych nerwowych Dr. Ludwika Dy-
dyskiego przeniesiono obecnie do nowowzniesionych zabudowań przy ulicy Nowowiejskiej Nr. 28. Dnia 18 z. m. przy współudziale zaproszonych lekarzy odbyło się poświęcenie nowej tej siedziby. Obecny Zakład mieści się na obszernej posesyi, okolonej ogrodami, i posiada 45 widnych, dużych pokoi dla chorych, salę operacyjną, salę opatrunkową, sterylizacyjną, odpowiednie pomieszczenie dla zabiegów wodo- i elektrolecniczych dla stałych i przychodnich chorych, wspólne pokoje stołowe i czytelnię. W wewnętrznym urządzeniu Zakładu uwzględniono wszystko to, co dla higieny i komfortu zrobić było można.

(D) Nadzwyczajni profesorowie: Dr. Władysław Reiss, dermatologii i syfilidologii w Krakowie, Dr. Stanisław Bądryński higieny i Dr. Włodzimierz Sieradzki — medycyny sądowej we Lwowie, mianowani profesorami zwyczajnymi.

Docent prywatny dentystyki w Uniwersytecie Jagiellońskim, Dr. Wincenty Łepkowski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Zmarli: Na Dalekim Wschodzie lekarz młodszy 35 pułku w. syb. strzelców Kazimierz Andrzejaczek, dnia 21 sierpnia r. b.

Dr. Kazimierz Szymkiewicz, lekarz-dentysta w Krakowie, bardzo ceniony praktyk i dobry kolega, zmarł w Tarnowie 17 Września 1904.

Dr. Kazimierz Kąkolowski dnia 21 Września r. b. w Suwałkach, w wieku lat 42.

Dr. Franciszek Riegel, profesor kliniki chorób wewnętrznych w Giessen, wybitny klinicysta, znany ze swych prac nad chorobami żołądka i serca, dnia 26 sierpnia r. b. w Ems, w wieku lat 61.

Dr. Albert Landerer, profesor chirurgii, w Szwajcaryi, w wieku lat 50.

Dr. John hrabia Magawly, dyrektor szpitala oftalmologicznego w Petersburgu, dnia 29 Sierpnia r. b. w Salzungen, w wieku lat 73.

Dr. Bernhard Böttcher w Imanpo w Mandżuryi, w wieku lat 33, padłszy ofiarą tyfusu brzuszego.

Dr. Stefan Marynowski dnia 20 Września r. b. w Zawierciu, w wieku lat 58.

Prof. Niel Ryberg Finsen, twórca metody leczenia złośliwych chorób skórnych (zwłaszcza wilka) za pomocą światła, dnia 25 września r. b. w Kopenhadze, w wieku lat 44, wskutek przewlekłej choroby serca.

Nadesłano nam:

Sprawozdanie wydziału kąpiei ludowych za r. 1903.

Tchórznicki. Ilość kuracuszów w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach za ostatnie lata, odb. z „Lekarza.“

Ja worski J. O najwłaściwszym typie akuszerki prowincjonalnej, odb. ze „Zdrowia.“ Nr. 6/7, 1903.

Tenże. Przyczynek do metody praktycznego wyjaławiania rąk, odb. ze „Zdrowia“ Nr. 6/7, 1903.

Kucharzewski. Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections de sérum thérapeutique et de sérum normal du cheval.

„BIBLIOTEKA LEKARSKA”

W pierwszym roku wydawnictwa wyszło 110 arkuszy druku

Wyszły z druku i są do nabycia:

w Redakcyi i Księgarniach

1) Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom I (*Choroby narządów oddechania i krążenia*), Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50.

2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna*. Część I-sza ogólna 36 z rysunkami. Cena rb. 1 kop. 20

3) Prof. RUNGE. *Położnictwo*. Część I (*Fizjologia ciąży, porodu i położu. Operacje akuszeryjne*), z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50

4) Dr. W. MORACZEWSKI. *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych*. Cena rb. 1 kop. 25.

w krótkce druk podręczników powyższych zostanie ukończony.

Wkrótce rozpoczęty zostanie druk dzieł następujących:

1) J. BRUNER. *Technika bakteriologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych*.

2) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*.

3) Prof. JESSNER *Krótki podręcznik chorób skórnych*.

4) Prof. SAMUEL POZZI. *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami).

5) Pr. SONNEBURG i dr. R. MÜHSAM. *Technika operacyj i opatrunków* (z licznymi rysunkami).


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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Сентября 1904 г.

Od Wydawcy.

Prosimy o wniesienie rocznej przedpłaty za rok bieżący, tym tylko bowiem P. P. prenumeratorem, którzy takową wnieśli, przesyłamy premium „**Podręcznik do badań Chemiczno-Klinicznych**“ (90 rysunków 4 tablice) docanta Wszechnicy Lwowskiej D-ra Moracewskiego.

 Do bieżącego numeru dla wszystkich prenumeratorów dołącza się broszurkę firmy Parke, Dawis et-comp. „Cascara Sagrada“

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w r. 1905 dwie nagrody pieniężne

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi) ogłoszona drukiem w języku polskim w latach: 1901 1902 1903 i 1904; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własną staraniem usiłował zebrać dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Prezes Komitetu: *K. Dobrski*

Członek Komitetu Lekarskiego: *Feliks Kucharzewski*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza że z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego wakuje wsparcie Rub. 139 z 2-gie półrocze roku 1904 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała № 7) oznacza się termin do dnia 15 Grudnia r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3 lekarzy-członków Kasy Wsparcia o istotnym niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczonoego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w inretesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia

Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski*