

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Prace oryginalne.

I. O SANATOGENIE

Napisał

Dr. Czesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej
w Szpitalu Dz. Jezus.

Ostatnimi czasy zjawilo się bardzo dużo sztucznych środków odżywczych, tak że lekarzowi praktykowi nieraz bywa trudno połąpać się w rzeczywistej ich wartości.

Traf rządzi tutaj po większej części, że ten lub ów środek odżywczy zyskuje sobie prawo obywatelstwa. Lecz przy obecnym stanie nauki powinniśmy głębiej wnikać w istotę rzeczy i zastanawiać się nad tem, czy dany preparat w rzeczywistości odpowiada wszystkim wymaganiom od niego warunkom i tylko po odpowiednim badaniu wypowiedać zdanie swoje, dotyczące danego preparatu.

Od każdego odżywczego środka należy wymagać dwóch rzeczy: 1) aby dany preparat przy użyciu nie budził wstrętu, 2) aby dany preparat był łatwo strawny. Ilość rozpuszczalnych węglowodanów lub peptonów w żaden sposób nie może decydować o wartości odżywczego środka, jeżeli użycie jego budzi pewien wstręt. Ponieważ do sztucznych środków odżywczych uciekamy się tylko wtedy, kiedy zdolność danego organizmu do naturalnej przeróbki pokarmu jest tylko osłabioną a nie całkowicie zniesioną, nie nateży więc wymagać

od odżywczego środka aby był jaknajprędzej strawiony, lecz wystarcza, aby był łatwo strawny.

Takim środkiem odżywczym jest Sanatogen Bauera połączenie glicerofosforanu sodu z kazeiną. Środek ten odżywczy przedstawia się jako biały hygroskopijny proszek, prawie pozbawiony zapachu i smaku, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Zawiera on, jak wiadomo, 5% glicerofosforanu sodu i 95% kazeiny.

Wpływ Sanatogenu Bauera na organizm jest, zdaje się, dużo lepiej zbadany, niż każdego innego pokrewnego z nim środka odżywczego.

Przedewszystkiem w pracy Treupla znajdujemy potwierdzenie faktu, że odżywcza wartość Sanatogenu Bauera równa się całkowicie odżywczej wartości mięsa. Badanie swoje Treupler prowadził w ten sposób, że osobnikowi absolutnie zdrowemu dawano codziennie pokarm, zawierający 132,6 tłuszczu, 345,6 węglowodanów, 129,0 białka w różnych spożywczych produktach, ogółem dano azotu 20,61 dziennie i 2½ litrów płynu. Mocz był zbierany codzien z 24 godzin od śniadania do śniadania; azot określano w niej podług Kjeldala; kał był również zbierany i w nim także ściśle określano azot.

Badania trwały dni 6.

Ilość moczu	Azot w moczu	Waga kału nlewysuszonego	Waga kału wysuszonego	Azot w kale
1800	14.01	23.5	7.6	0.42
1870	14.98	42.8	16.0	0.84
1790	15.64	227.6	63.7	3.56
1700	16.28	27.1	10.1	0.50
1890	16.04	80.1	24.4	1.34
2150	15.71	48.8	16.5	0.91
		40.6	15.6	0.78

Ilość azotu wydzielonego w moczu wynosi 92.66 gm. ilość azotu wydzielonego w kale w przeciągu 6 dni wynosi;

8.35; dziennie więc w kale wydzielano się azotu $8.35:6=1.392$ gm. (co odpowiada normie).

Po pewnym przeciągu czasu temuż samemu zdrowemu osobnikowi dano zamiast 250 gm. mięsa, zawierającego 8,98 gm. N, odpowiednią ilość Sanatogenu Bauera, która zawierała azotu, także 8,98 gm. Inne pokarmy co do ilości i jakości pozostały bez zmiany, jak w doświadczeniu pierwszym.

W doświadczeniu, które trwało także 6 dni, dano osobnikowi 69,00 gm. Sanatogenu, wprowadzonego z kawą, wodą a także z winem, którego kwasy neutralizowano dwuwęglanem sodu.

Rezultat był następujący:

Ilość moczu	Ilość azotu w moczu	Waga kału niewysuszonego	Waga kału wysuszonego	Azot kału
2450	16.61	67.8	22	1.33
2150	14.69	—	—	—
1920	15.38	231.5	52.5	2.7
2660	15.57	138.2	38.8	2.02
1970	17.43	—	—	—
2270	18.18	179.8	48.8	2.41
		22.	7.2	0.39

Tak więc w moczu wydzielilo się 97.86 gm. azotu w przeciągu 6 dni, a w kale 8.85 gm.

Dziennie więc w kale wydzielano się azotu $\frac{8.85}{6} = 1,475$. Jeżeli teraz porównamy ilość azotu wydzielanego przeciętnie dziennie w okresie brania mięsa z ilością azotu otrzymanego w okresie brania Sanatogenu, to otrzymamy różnicę 0,085 gm.

Ilość azotu wydzielanego w kale daje pojęcie o tem, o ile dane ciało białkowe jest łatwo strawne i o ile jego azot łatwo absorbuje organizm. Wyżej przytoczone doświadczenie mówi bardzo na korzyść Sanatogenu, który, jak widać z rezultatu doświadczenia, może całkowicie zastąpić mięso.

W tem doświadczeniu podawano Sanatogen, zmieszawszy go w pierw z wodą zimną; potem dopiero dolewano doń gorącą zupę, rosół, kakao i t. d.

Tischer i Beddies robili doświadczenia nad zdrowymi i chorymi, mając na celu zbadanie resorbcyjnej własności sanatogenu u zdrowych i chorych.

Dawszy Sanatogen badanemu osobnikowi, po pewnym przeciągu czasu otrzymywali oni za pomocą sondy, zawartość żołądka i tę badali na ogólną kwaśnotę, wolny kwas solny kwas mleczny i obecność białka. Do badania posłużył młody 22 lat mający człowiek, którego żołądek po zbadaniu wykazał prawidłowe trawienie; w $\frac{1}{2}$ godziny po przemyciu żołądka otrzymał on naczczo 3,0 gm. Sanatogenu, rozcieńczonego 50 cm.³ ciepłej wody. W $\frac{1}{2}$ godziny za pomocą sondowania otrzymano trochę zawartości żołądka i badano: białka okazało się bardzo mało. Po 15 minutach powtórzono sondowanie: w zawartości żołądka białka nie wykryto; kwasu mlekowego za pomocą odczynnika Uffelmann nie znaleziono.

Doświadczenie powtórzono na drugim zdrowym osobniku, który również naczczo otrzymał 3,0 gm. Sanatogenu. W $\frac{1}{2}$ godziny nie wykryto już białka w zawartości żołądka, lecz okazały się ślady kwasu mlekowego. Doświadczenia te powtórzono jeszcze na dwóch zdrowych osobnikach i otrzymano też same rezultaty. Doświadczenia zrobione z samą kazeiną, odpowiadającą ilościowo kazeinie Sanatogenu, dają zawsze w zawartości żołądka kwas mleczny, przyczem ogólna kwaśnota pozostawała też sama, jak przy próbach z Sanatogenem.

Jednak u chorych żołądkowych resorbcyja Senatogenu jest inna. U chorego z ulcus ventriculi (hypersecretio — hyperaciditas) próbne śniadanie z 5,0 gm. na twardo ugotowanego i posiekanego jajka w $2\frac{1}{2}$ godz. prawie całkowicie przetrawione. Temuż choremu dano potem 5,0 gm. Sanatogenu Bauera; po godzinie nie zauważono wybitnej reakcyi i resorbcyi; po 2 godz. reakcyja była już silniejsza, a po 3 godz. białko znikło zupełnie.

W rozmaitych przypadkach dyspepsy nerwowej z próbami na asymilację Sanatogenu okazało się, że białko jego znika całkowicie pomiędzy 2 -- 3 godzinami od czasu przyjęcia preparatu. Porównania z resorbcyą białka kurzego ugotowanego na twardo wypadły u tych że chorych dużo gorzej. Przy hyperaciditas po daniu Sanatogenu Bauera obserwowano mniej więcej w godzinę prawidłową sekrecyę; w próbach dokonanych w późniejszym czasie hyperaciditas była widoczna tylko w mniejszym stopniu, jak przy zwykłym śniadaniu próbnem.

Przy anaciditas rezultaty mniej zachęcające. Mianowicie u starszej kobiety z rakiem żołądka nawet po 3 godz. konstatowano bardzo małe wessanie się Sanatogenu; po dodaniu zaś w tym czasie nieznacznej ilości rozcieńzonego kwasu solnego, wessanie się Sanatogenu poszło już bardzo szybko i dopiero w 5 godzin od początkowej obserwacyi kwaśnota okazała się normalną, a próba Uffelmana na kwas mleczny wykazała znaczne jego zmniejszenie.

W drugim analogicznym przypadku zaraz po daniu Sanatogenu podano choremu kwas solny rozcieńczony. W tych warunkach Sanatrgen był już całkowicie asymilowany w żołądku w przeciągu 3 godzin. (C. d. n.)

Z Warszawskiego Domu Wychowawczego.

II. Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arseniku u dzieci.

Podala

Dr. med. Matylda Biehler.

(Dokończenie).

a. Leczenie arsykodylem*) (Natum cacodylicum).

Jak już wyżej wspomniano, preparat francuski stosowaliśmy w 9-iu przypadkach, z tych w 7-u przypadkach zauważy-

*) Roztwór oryginalny Leprince'a.

liśmy przybytek wagi większy, niż powinien był być u dziecka w danym wieku w warunkach normalnych. W jednym przypadku bladość znikła zupełnie, wygląd ogólny poprawił się i dziecko zaczęło mówić. — Miało 2 lata i nie mówiło wcale przedtem, ogromnie też było osłabione; fakt, że zaczęło mówić, notujemy tylko, bynajmniej nie stawiając go w bezpośrednim związku z kuracją, kładziemy tylko nacisk na to, że apetyt i wygląd się polepszył i że wagi dziecka przybyło tyle, że procent wagi w stosunku do normalnej w danym wieku po ukończeniu leczenia podniósł się z 71,3% do 78,1%.

W 2-ch przypadkach przybywało dzieciom: w jednym mniej, niż powinno było w danym wieku, w drugim dał się zauważyć bardzo mały przybytek wagi. Należy jednak zaznaczyć, że dzieci te chorowały podczas kuracji: jedno na katar kiszek, drugie na nieżyt oskrzeli. Stan płuc pozostał bez zmiany, zauważyliśmy tylko polepszenie apetytu.

Rozpatrzywszy się dokładnie we wszystkich przypadkach, w których stosowaliśmy arsykodyl, możemy śmiało powiedzieć, że leczenie nie tylko dzieciom nie szkodziło, lecz, przeciwnie, sprawiało, że pacjentom naszym przybywało wagi. Mówiliśmy, że niektórym dzieciom przybywało więcej, niż należało w danym wieku; przed leczeniem nie przybywało nawet tyle, ile trzeba, i to uważaliśmy za wskazanie do stosowania leczenia kakodylanami, nie popełnimy więc błędu, jeżeli nie odmówimy kakodylanom pewnych dodatnich własności, wpływających na podwyższenie wagi i polepszenie ogólnego stanu dzieci.

b. Leczenie arrenalem.*)

Arrenal stosowaliśmy także w 9-u przypadkach; nie szczęśliwym zbiegiem okoliczności w 8-u przypadkach mieliśmy powikłania chorobowe (zapalenie płuc, oskrzeli oraz nader

*) Roztwór wyrobu krajowego apteki Gessnera; w handlu istnieje tak samo pod nazwą neoarsykodylu.

silny katar) tak, że tylko w jednym przybyło więcej, niż powinno było przybyć w przeciągu miesiąca dziecku zdrowemu w odpowiednim wieku (zamiast 725 gr. przybyło 1060 gr.) Ważnym jednak faktem do zaznaczenia jest ten, że chorym dzieciom, którym stale ubywało, zaczęło regularnie co tydzień przybywać na wadze, iż przybytek (nie wielki), a głównie powstrzymanie ubywania wagi należy przypisać, prawdopodobnie, arrenalowi.

W każdym bądź razie zastrzykiwania nie szkodziły nawet chorym dzieciom.

Zestawiając dane, otrzymane przez nas przy leczeniu arsykodylem i arrenałem, przychodzimy do wniosku, że działanie obu tych środków jest mniej więcej identyczne.

c. **Leczenie ferrokodylem***).

Iniekcje ferrokodylowe stosowaliśmy tylko w 5-u przypadkach.

Na 5 przypadków zauważyliśmy, że w 2-ch w ciągu miesiąca leczenia przybyło więcej, niż w danym wieku powinno było przybyć. NB. przed leczeniem notowaliśmy stale ubytek wagi; w 2-ch przypadkach przybyło mniej, niż powinno było przybyć zdrowemu, lecz z drugiej strony przestało ubywać (dzieci przed leczeniem stale traciły na wadze), co może także leczeniu przypisać by należało. W jednym tylko przypadku ani ubyło, ani przybyło, jeżeli jednak zważymy, że przed leczeniem ubytek stale co tydzień był notowany, to zachowanie status quo ante podczas leczenia nie, jest, może, pozbawione pewnego znaczenia.

Co do ogólnego stanu, to możemy powiedzieć, że we wszystkich przypadkach zauważyć mogliśmy polepszenie cery (wargi i uszy zaróżowione) oraz poprawę humoru i apetytu.

Wnioski. 1. Ani jedno, z poddanych leczeniu, dzieci nie miało objawów, dowodzących, iż leku nie znoszą w podawanych przez nas dawkach.

*) Roztwór wyrobu apteki Gessnera.

2. Nie można było zauważyć żadnych zaburzeń miejscowych; na 400 z górę iniekcji nie mieliśmy ani razu, nie mówiąc już o ropniach, najmniejszego nawet zaczerwienienia; u starszych też dzieci nie zauważyliśmy dowodów szczególniejszej bolesności samych zastrzykiwań, coby z jednej strony świadczyło o czystości używanego przez nas roztworu, a z drugiej o braku w leku wpływu drażniącego tkanekę podskórną.

3. Wszystkie dzieci, zarówno małe, jak i większe, doskonale znosiły powiększanie dawki.

4. Dodatkowo wyniki ujawniły się na pozór w przyroście wagi; na 23 przypadki w 13-u wiedzieliśmy wybitny przyrost wagi, w niektórych innych do pewnego stopnia przerwało się uprzednie ubywanie wagi.

5. Dzieci starsze stawały się na pozór weselsze, poprawiał się ich apetyt; te, które dostawały ferrokodyl, miały po leczeniu zdrową cerę.

6. Oddech dzieci (według zapewnień matek) nie wydzieliał żadnego specjalnego zapachu, natomiast przez cały czas iniekcji palce moje wydzielaly zapach czosnku, co konstatowali otaczający mnie.

7. Chociaż wogóle obserwacje nasze nie opierają się na dużym materiale, jednakże sądzimy, że i te dane, jakie przytoczyliśmy, już upoważniają do postawienia preparatów kodylowych w rzędzie środków, które zasługują conajmniej na dalsze nad nimi badania; jako mniej trujące, niż arsenik w dotąd używanych postaciach, znaleźć one, zapewne, mogą zastosowanie niejednokrotne, szczególnie w praktyce pediatrycznej, w przypadkach, gdzie stosujemy arsenik.

8. Chociaż dotąd mało utartą formą stosowania leków są zastrzykiwanie podskórne, jednakże dla wielu powodów, a przede wszystkim dla możności ściślejszego dawkowania i oszczędzenia przewodu pokarmowego, zasługują one tam, gdzie się zastosować dadzą, na szersze rozpowszechnienie; stosuje się to i między innymi i do przetworów arsenikowych.

Dodam jeszcze, że prócz powyższych iniekcji, robiłam jeszcze 112 iniekcji w praktyce prywatnej — z tych 70 u dorosłych i 42 u dzieci (od 5-u do 10-u lat); w żadnym z powyższych przypadków nie miałam żadnych objawów nietolerancyi, a natomiast ogólny przyrost wagi, polepszenie apetytu i humoru. Zastrzykiwania robione były z powodu upadku odżywiania. Stosowałam wtedy Natrum Cacodylicum (Arysodyle) w ampułkach Gessnera.

Na zakończenie miło mi na tem miejscu podziękować kol. Korybutowi Daszkiewiczowi za gotowość, z jaką mi zawsze udzielał rad i wskazówek, dotyczących tej pracy.

Warszawa w maju 1904.

PIŚMIENICTWO.

Payne. The Lancet 1901. 25/V.

Martinet. Presse médicale, 1901. Nr. 69, page 105.

Gautier. Bull. de l'academie de Méd. du 3 Juillet, 1901.

Gautier. Revues therap. med. chirurg. 1901, page 567.

Saalfeld. Therap. Monatsh., 1901, Juni, p. 285.

Schmitt. Traverse Journal de Pharm. et de Chim., 1901.

I, p. 546.

Pisani. Gazzetta medica di Torino, 1901.

Launois, Lyon médical, 1901, 27 Stycznia.

Wickham. Sem. médicale, 1901, page 197.

Paulet. Thèse de Paris, 1901. (Brit. med. Journal, 1901.

Nr. 2121. 6 Jul., page 32.

Anelli. Semaine Médicale, 1901. Nr. 31, p. 248.

Fraser. Brit. Medical. Journal, 1902. Nr. 2151, p. 712.

Mare Laffont. Presse médic., 1902. Nr. 31, p. 369.

Choutet. Les sels cacodyliques, Thèse de Paris, 1902.

Aage Kock. Nordisches Medicin — Archiv, Innere Medicin, 1902. Abth. II, Heft 2, p. 74.

Allard. Therapie der Gegenwart. 1902, p. 494.

- Mendel. Therap. Monatsh., 1902. Heft 4, p. 178.
Raynaud. Bull. médic. de l'Algerie, 1901. November.
Gałęzowski. Recueil d'ophtalmologie, 1902, mais.
Lalli. La pediatria, 1901. Nr. 9 i 10.
Gilbert Lereboullet. Mercks Bericht, 1900, p. 49. Pharmaceutische Centralhalle f. Deutschland. Nr. 13, 28|III, 1901, str. 210.
Gazette des hôpitaux. 6 Mars. 1902.
Chemische Zeit. 1901, Rep. 334.
Pharmaceut. Centralhalle f. Deutsch. Nr. 11, 1902.
Th. R. Fraser. Journ. Am. Med. Ass. 7/III 1903.
Hepter. Archiv für Experim. Pathol. u. Pharmacologie (26/VI, 1901).
Fournier. Traitement du Psoriasis par le Cacodylate de soude Thèse, Paris 1897.
Widal et Merklen. Bulletin de la Société méd. des Hôp. de Paris, 2 mars, 1900.
A. Nicati. Le Cacodylate de soude dans la Tuberculose Pulmonaire, Thèse de Genève, 1902.
Habar. Étude Chimique sur la médication Cacodylique chez les enfants. (Thèse de Paris, 1901).

Streszczenie zbiorowe.

III. Przyczyny i leczenie wypadania włosów

podług D-ra JESSNER'A

Opracował

DR. L. WERNIC.

Wszystkie środki wyliczone mają wartość tylko tak długo dopóki niema wyraźnej łysiny. Jeżeli wszakże doszło do tworzenia jej, a czaszkę wyłącznie puch pokrywa, wówczas sposobami wyżej pomienionymi można zachować status quo, ale nie wywołamy powrotu włosów, raz utraconych. Cel ten prędzej osiągniemy za pomocą środków drażniących skórę, o ile puch jest obfity, a skóra nie uległa zanikowi. Środki powinny wywoływać przekrwienie

skóry w stopniu umiarkowanym, co daje się osiągnąć drogą kontroli. Jako środek drażniący skórę możemy zastosować zabiegi mechaniczne: — masaż i rozcieranie głowy chustką szorstką aż do zaczerwienienia. Można również zalecać obmywania gorące i noszenie na noc czepka gumowego. Najwyżej pod względem skuteczności cennym stosowanie pędzelka faradycznego. Ze środków lekarskich wymienimy: chryzarobinę, którą stosujemy jak przy alopecia areata. W latach ostatnich radzono spiritus sinapis rozrobiony ze spirytusem kamforowym. Stosują również przez czas dłuższy T-ra cantharid, w 10% — 20% roztworze, jako maść lub spirytus nt. na skórze mało pobudliwej.

Streszczamy się: leczeniu łysienia łojotokowego polega na gruntownym wymyciu głowy 1 — 2 razy tygodniowo mydłem (spiryt. mydlanym) i wodą gorącą; w przypadkach bardziej poważnych stosujemy następnie maści przeciwłojotokowe. W sprawach ostrych i podostrych należy przedewszystkiem zwalczać stan zapalny, a następnie dopiero stosować środki przeciwłojotokowe. *Łysina daleko posunięta powinna być leczona, jak alopecia areata.* Utratę włosów łojotokową na brwiach i t. d. traktujemy w taki sam sposób. Należy wszakże unikać maści i past, silnie działających. Tajemnica leczenia łysiny polega nie na tych lub innych środkach, lecz na stosowaniu ich planowem i ciągłym. Kto sądzi, że osiągnie cel w parę tygodni, wyjątkowo tylko będzie miał rację, lecz i wówczas skutek osiągnięty będzie krótkotrwały. Należy prowadzić leczenie cały szereg miesięcy z największą konsekwencją, o ile można, — pod kontrolą lekarską. Nigdy cierpiący na łojotok nie powinien zaniedbywać głowy swojej. Co najmniej — musi ją regularnie zmywać mydłem. W przeciwnym razie włosy padną ofiarą niedbalstwa.

III. Alopecia areata (Area Celsi).

Cechami, charakteryzującymi Alopecia areata, są: po pierwsze — nagły początek i przebieg ostry, — powtórne w stadyum pierwszym ściśle określone granice oddzielnych gniazd chorobowych, po trzecie — brak wszelkich objawów podrażnienia ze strony skóry. — Przyjrzyjmy się bliżej. Pacjent spostrzega, że bez żadnych zwiastunów uprzednich na głowie jego zjawiły się miejsca łyse. Wyjątkowo tylko doznaje uprzednio zaburzeń w rodzaju: bólu głowy, swędzenia — etc, i to w stopniu bardzo nieznacznym. Na miejscach łysych nie znajdujemy wcale lub też kilka włosów nie zmienionych, które siedzą w skórze bardzo słabo i za lekkim pociągnięciem wychodzą na zewnątrz. Włosy, otaczające miejsce łyse, są słabe, dają się również łatwo wyciągnąć. Wyjątkowo tylko spotykamy kilka

włosów obłamanych, których liczna obecność jest właściwą dla Herpes tonsurans. Skóra pozbawiona włosów jest gładka, jak skóra węgorza, świecąca — przy trwaniu dłuższem troszkę zapadnięta. U chorego nie spostrzegamy żadnych zaburzeń czuciowych w rodzaju nadczułości lub osłabienia czucia. Bardzo rzadko i tylko w początkach sprawy spotykamy łuszczenie, które zresztą nie jest podobne do łojotokowego, a wydzieliny tłuszczowej brak nawet zupełnie. Kształt łysin jest okrągły; zwykle jedna po drugiej zjawiają się w krótkim czasie po sobie, a w miarę wzrostu na peryferji łączą się i tworzą duże miejsca wyłysione, ograniczone segmentami kół. Wbrew temu, co spotykamy przy alopecia seborrhoica, łysina areae Celsi może objąć całość włosów tak, że ani jeden włoszek na głowie nie pozostanie. W przypadkach ciężkich broda, wąsy, baki, brwi i rzęsy pachwiny i okolice pachowe, a nawet puszek giną zupełnie. Wyjątkowo sprawa zaczyna się od utraty włosów nie na czaszce, lecz na twarzy lub tułowiu, i wyłącznie ogranicza się temi miejscowościami, by dopiero następnie przejść na włosy czaszki.

Przy szczęśliwym przebiegu sprawy włosy u ozdrowieńca najprzód zjawiają się w środku łysin, później dopiero pokrywają peryferje. Z początku zjawia się puszek, następnie włosy coraz grubsze, ciemniejsze i dłuższe aż do osiągnięcia status quo. Miejsca, które pierwsze zapadły na chorobę najrychlej pokrywają się włosami. Trwanie choroby bywa rozmaite — parę miesięcy do paru lat. Niestety, zdarza się, że łysina nigdy nie zarasta, pomimo stosowania wszelkich środków lekarskich. Alopecia areata trafia się rzadko i najczęściej u indywiduów młodszych poniżej lat 30.

Większa część autorów sądzi, że alopecia areata jest pochodzenia zakaźnego. Wspominaliśmy już poglądy Sabourraud, który znajdował wspólnego mikroba dla sprawy niniejszej i łysienia łojotokowego. Czy tak jest w rzeczy samej, lub też czy za przyczynę choroby należy uważać *Microsporon Arudini* lub *Bacterium decaluans* Thin, to rzecz niewyjaśniona, ale zdaje się być faktem pewnym, że choroba ma charakter pasorzytniczny. Spostrzegano enoemie, obejmujące wszystkich członków rodziny, pensjonatów, kaza-maty wojskowe i t. d.

Z drugiej strony są hipotezy, przypisujące chorobie podkład nerwowo-odżywczy. M. Joseph, przeciąwszy drugi węzeł szyjowy, wywołał u królika objawy areae. Samuel wszakże stwierdził, że rezultaty zabiegu, nadmienionego przez Joseph'a, nie są stale jednakowe; sprawa obejmowała również okolice, nie będące w granicach nerwów uszkodzonych. Jedynie objawy kliniczne, w po-

staci zaburzeń nerwowych, przemawiają za podkładem odżywczo-nerwowym. Prawdopodobnie, twierdzi Jessner, sprawa stoi tak, że pod pojęciem Alopecia areata mieści się cały szereg chorób różnorodnych — pasorzytnicznych i neurotroficznych, które lepiej ująć pod nazwą alopecia neurotica. Niestety, dotychczas zbyt mało mamy punktów oparcia do podzielenia choroby na grupy odpowiednie, przeto do czasu musimy zachować starą nomenklaturę. W każdym razie można śmiało twierdzić, że przypadki rozprzestrzenionej daleko alopecia areata należy odnieść do kategorii, zależnej od toksyn pasorzytnicznych.

Rozpoznanie alopeciae areatae jest łatwe ze względu na sposób powstania, granice koliste, skórę gładką, wolną od złogów łojotokowych w przeciwieństwie do alopecia seborrhoica, a w przeciwieństwie do herpes tonsurans capillitii brak łusek, pęcherzyków, zaczerwienienia, łamliwości włosów i mocnego swędzenia. Oczywiście, mogą być w przypadkach oddzielnych trudności rozpoznawcze, lecz na ogół dyagnoza nie przedstawia szkopułów.

Przebieg choroby, jak widzieliśmy, nie należy do rzeczy pewnych. Aczkolwiek większość przypadków kończy się pomyślnie, trudno określić termin, kiedy zacznie się gojenie. Czasem po latach całych, kiedy chorzy utracili nadzieję, następowała niespodzianie regeneracja włosów. Oczywiście, *leczenie* może wywrzeć wpływ bardzo dodatni. Główną zasadą *leczenia zewnętrznego* jest działanie środkami przeciwpasorzytnicznymi, których rola bądź to ogranicza się do podrażnienia skóry, wzmocnienia dopływu krwi i pobudzenia stanu zapalnego, bądź też, jak sądzą inni, wyłącznie dotyka strony przeciwpasorzytnicznej. Zresztą, w oczach praktyka jest to sprawa małej wagi. Przedewszystkiem należy usunąć włosy, siedzące luźno na miejscach łysiejących i w ich okolicy. Po łatwo dokonanej epilacji następuje gruntowne wycie mydłem i wodą. Następnie za pomocą pędzelka szczecinowego wcieramy co wieczór w łysinę i jej okolicę 1 — 5 — 10% maść chryzarobinową albo ołówek maściowy Unny (Salbenstift) w ilości nieznacznej. Należy stosować maść chryzarobinową z zachowaniem wszelkiej ostrożności, gdyż, jak wiadomo, wywołuje ona łatwo zapalenie łącznicy oka. Najlepiej, po wtarcu maści, nałożyć czepiec ściśle przylegający, przymocowany do głowy za pomocą plastra żelatynowego.

Pierwsze objawy nadmiernego podrażnienia skóry wymagają usunięcia chryzarobiny. Należy często kontrolować chorego, poddanego leczeniu chryzarobiną i z tego względu, że zabarwia ona na ciemno pleć chorego tak, iż ten staje się podobnym do mulata.

Zabarwienie niknie po usunięciu chryzarobiny. Pomimo niedogodności, przy stosowaniu chryzarobiny istniejących, ostatnia, zdaniem Jessner'a, jest środkiem najbardziej skutecznym, o ile, oczywiście, bywa stosowaną w ciągu całych miesięcy.

Mniej drażniącym jest stosowanie chryzarobiny w maściach słabych z rezorbiną: Rp.: Chryzarobini 0,1 — 0,5, Resorbinii 50,0, DS externe. Stopniowo przechodzimy do koncentracji coraz silniejszych, które wcieramy bardzo gruntownie.

Gdzie można, stosujemy pędzelek faradyczny w ciągu 5 — 10 minut codziennie na miejscach wyłysiałych. Oczywiście, jest to procedura bardzo bolesna. Masaż lub nacieranie skóry codziennie aż do zaczerwienienia ma również znaczenie niepoślednie. Oprócz tego istnieje cały szereg metod leczniczych. A więc — t. zw. metoda lecznicza Lassar'a — zabieg bardzo skombinowany. Z początku codziennie, następnie po 6 — 8 tygodniach rzadziej nacieramy w ciągu 10 — 15 minut skórę mydłem jodowo-sodowym Nr. I lub glicerynowem albo dziegciowem; następnie splukujemy pomału wodą ostudzoną, zmywamy 2‰ roztworem sublimatu lub 10% roztworem sody, potem nacieramy 1/2% spirytusem naftolowym, wreszcie smarujemy 2% olejkami salicylowym.

Sądźmy, że metoda nic nie straci, jeśli uprościmy ją, stosując nacieranie mydłem z następczem obmywaniem sublimatem lub sodą. Pohl Pinkus zaleca mocne nacierania 5% roztworem soli. Ze środków energicznych wymieniamy stosowanie na głowę wezykatoryi, wywołujących duże bąble, po usunięciu których stosujemy na skórę pozbawioną naskórka zrogowaciałego roztwór lapisu 1 : 15. Następnie dajemy maści łagodne. W tym samym duchu używamy olejek krotonowy, który wywołuje dermatitis pustulosa. Łagodniej działa smarowanie kwasem karbolowym, powtarzane raz na 2 — 3 tygodnie. Również dobrze działają nacięcia (skaryfikacje) na skórę pozbawioną włosów i dokładnie oczyszczoną. Powtarza się je co 5 — 8 dni. Na miejsca nacięte kładzie się maść łagodną. Zalecają również pędzlowanie kolodyum jodowym 1 : 30, nalewkę kantarydową, nalewkę cynamonową zarówno jak i kompozycję następującą: Rp.: Ac. Carbolicii, Chlorali hydratis, T-rae jodiana 10,0 DS externe; Rp.: Acidi acet. cryst. 1,0, Chlorali hyd. 4,0, Aeth. 25,0, DS externe. Szerokie zastosowanie znajdują wymywania głowy za pomocą olejków żywicowych (Ol. cadini, Ol. rusci), w postaci nalewek alkoholowych i eterycznych. Mnóstwo środków stosowanych dowodzi ich małej skuteczności. Zdaniem Jessner'a, należy zaczynać od chryzarobiny i pędzelka faradycznego. W okolicach brwi najlepiej

stosować raz na 2 tygodnie kwas karbolowy. Dla wywołania podrażnienia codziennego można stosować spirytus gorczykowy, rozcieńczony spirytusem kamforowym.

Ze środków stosowanych wewnętrznie wymieniamy arsenik, który okazuje wpływ dopiero po upływie dwu miesięcy. Leczenie pilokarpiną (piloc. muriaticum) po 0,01 pod skórę codziennie musi trwać co najmniej miesiąc; chory przez dwie godziny zawinięty poci się. Stosowane z początku codzień, następnie co drugi i trzeci dzień, leczenie pomienione straciło swój rozgłos pierwotny. Może być że zbyt wczesnie przerywano leczenie ze względu na niedogodności, które sprawia kuracya pomieniona. Można również zalecić inne środki napotne: wanny ciepłe, parowe, elektryczne i słoneczne. W czasach najnowszych miejscowe stosowanie światła dawało dobre wyniki. Zarówno światło łukowe (wedł. Fin sen'a) i żelazne (Eisenlicht), jak i światło Roentgen'a działa dodatnio na odrodzenie włosów, jednocześnie usuwając włosy na miejscach owłosionych. Z tego względu stosowanie fototerapii wymaga wielkiej ostrożności. Na zakończenie dodajemy, że wszystkie zabiegi, stosowane przy alopecia areata, mogą mieć zastosowanie i w innych przypadkach łysienia, a przedewszystkiem w daleko posuniętem łysieniu łojotokowem.

IV. Łysienie mykotyczne t. j. pasorzytnicze. (Alopecia mycotica).

Dwie sprawy grzybkowe prowadzą do łysienia: 1-0 łysienie w następstwie włosozrostu niszczącego (trychofitii) i 2-0 łysienie w następstwie parcha.

Łysienie, wywołane osiedleniem się na włosie trychophyton tonsurans, zwykle należy do postaci plamistej (maculosa) herpes tonsurans. Według badań najnowszych rozróżniamy dwie postacie trychofytii plamistej owłosienia. Niektórzy odróżniają jeszcze więcej postaci, o których tutaj wspominać nie będziemy.

Postać pierwsza, t. zw. *mikrosporya* przedstawia plamy w postaci kół, łuszczące się, szarobiałe, jakby pokryte popiołem, na których oraz w okolicy których spotykamy obfitą ilość resztek obłamanych włosów. Objaw najbardziej charakterystyczny dla danej choroby. Łamliwość włosów wynika dzięki temu, że grzybki przerastają włos i robią go kruchym. Włosy są odbarwione, ponieważ, jak wykazuje drobnowidz, pokrywa je biała pochwa rogowa. Włos wygląda jak zakurzony. Postać pomieniona jest prawie wyłącznie chorobą bardzo zaraźliwą, tak, że często panuje endemicznie wśród rodzin, w szkołach i na pensyonatach. Zwykle znajdujemy herpes tonsu-

rans również na miejscach okrągłych, pozbawionych włosów. Przebieg choroby jest bardzo powolny. Przez rozrost peryferyczny i zlewanie się plamek powstaje łysina bardzo wybitna.

Inny obraz przedstawia t. zw. trychofitia wielko,—czyli makrosporowa. I tutaj są włosy odłamane, lecz nie odbarwione. Skóra przedstawia zmiany minimalne podobnie, jak przy łośpocia areata; jest ona gładka, pokryta niewielką ilością łusek, gdyż tylko włosy są przerośnięte grzybkami. Jest to postać, nawiedzająca również osoby dorosłe, i mniej się udziela od poprzedniej.

Obie postaci wywołują silne swędzenie. Obok nich spotykamy na skórze głowy sprawy podobne, jak na brodzie, noszące miano Sycosis parasitaria. Są tu z jednej strony guziczki okrągłe, ropiejące, przypominające czyraki, z drugiej granulomy (kerion) płaskie, ostro odgraniczone, bolesne i twarde, usadzone folikulami ropiejącymi. Przyczyną łysienia trychofitycznego są rozmaite gatunki trychofytów tonsurans, które poznaliśmy dzięki pracom S a b o u r r a u d'a. Każdemu gatunkowi odpowiada inny obraz kliniczny choroby. Dzięki uproszczeniu, wprowadzonemu przez U n n e, nie trudno wyprowadzić czyste kultury pasorzytów.

Rozpoznanie nie jest zawsze łatwe. Najbardziej przekonywającym jest odnalezienie grzybków we włosach i łuszczkach. Dokonywa się tego przez pogrążenie włosów najprzód w alkoholu i eterze, a następnie w roztworze potasu. Behread dowiódł, że włos, pokryty grzybkami, siwieje, będąc pogrążony w chloroformie. Można również włosy odłuszczone przez spirytus i eter zabarwić wysokowym roztworem eozyny, a następnie dopiero pogrążyć w ługu potasowym. Ze wszystkich sposobów barwienia najlepszy jest U n n y. Badanie wykazuje w łuskach i włosach z jednej strony nitki podwójnie konturowane, z drugiej spory okrągłe lub podłużne, mocno przełamujące w stanie nie zabarwionym światło. Decydującymi objawami dla rozpoznania są: pokrycie suche i łuszczące i odłamane włosy, swędzenie mocne, zmiany odpowiadające herpes tonsurans na miejscach niewłosionych i rozprzestrzenienie endemiczne lub epidemiczne. *Przepowiednia* nawet wypadkach najcięższych, długotrwałych jest zawsze dobra — włosy odrastają. *Leczenie.* Obciąć krótko włosy i powyrywać pozostałości włosów na miejscach pozbawionych owłosienia i w otoczeniu ich najbliższym. Następnie obmywamy skórę gruntownie, obsuszamy i pedzujemy jodyną. Na noc można położyć okład z roztworów lizolu, sublimatu lub kreoliny. U n n a radzi głowę golić, czyścić i przez 5 do 7 dni smarować kolodyum. Następnie usunąć kolodyum wraz z łuskami

i resztkami włosów, aby zastosować nalewkę jodową i plaster jodo-wołowany, który zmieniamy co 3 dni w ciągu pewnego czasu. Potem stosuje się na nowo golenie, czyszczenie i kolodyum w ciągu 6 — 8 tygodni. Przy trychofityi wielkosporowej właściwym jest stosowanie chryzarobiny, jak w alopecia areata. Sabourraud stosuje olejek krotonowy w postaci ołówka maściowego, wskutek czego powstaje zapalenie skóry drobnoropne, które się podgaja w ciągu 10 dni. W razie potrzeby zabieg się odnawia. Jadasohn radzi dwa razy dziennie wcieranie w skórę 0,5 — 2% maści pyrogallusowych. Płaskie granulomy (kerion) nikną pod wpływem ichtyolu. W sycozis capilliti stosujemy obok gruntownego oczyszczenia, okłady z kreoliny, łyzołu i sublimatu, a przedewszystkiem gruntowny zabieg chirurgiczny. Scheffield radzi, po ostrzyżeniu włosów, wcierać codziennie za pomocą pędzla szczecinowego płyn: Rp.: Acidi carbol., Ol. Petrolei ana 65,0, T-rae Jodi, Ol. Ricini ana 110,0, Ol. Rusci q. s. ad 500,0, DS externe. Na szósty dzień oczyścić głowę oliwą i szczotką, a na 7-y znów stosować tę samą procedurę przez 5 dni i t. d. Cykl ten trwa 3 — 4 dni i następnie stosujemy 10% maść siarczaną, a na zakończenie przez dwa tygodnie: Rp.: Resorcini, Acidi salicylici ana 16,0, Alcohol. 12,0, Ol. Ricini ad 500,0, DS. externe. Oczywiście, należy za pomocą chryzarobiny, jodiny, ichtyolu, ungt. Wilkinsonii, 10 — 20% pasty rezorcynowej lub 10% spirytusu epikarynowego usunąć grzybki na skórze nieowłosionej.

W sykozie brody guzikowej — stosujemy plaster karbolowo-rteciowy i nóż.

Lysienie parchowe — powstaje dzięki grzybkowi parcha ze znamienami żółtymi, jak siarka, talerzykowatymi, suchymi łuskami, przebiegającymi przez włos, które mogą się zlewać w złogi nierówne, grube i podobne do strupa; skóra pokryta nimi ulega zanikowi, jest gładką, zapadłą i zcieńczoną. Włosy tracą blask i kolor, są, jakby kurzem pokryte, cienkie, miękkie i wypadają w miejscach chorych. Aczkolwiek włosy nie są łamliwe w tym stopniu, jak przy herpes tonsurans, jednakże przy epilacji łatwo się łamią. Wypadanie włosów ogranicza się do miejsc chorych, jest nierównomierne i nigdy nie jest ograniczone, nawet skóra atroficzna w stadium bardzo posuniętem zachowuje włosy rzadko rozsiane. Wyjątkowo tylko bywa cała skóra objęta sprawą, zwykle tylny brzeg włosów, jak przy lysienu łojotokowym, bywa oszczędzony. Sprawa postępuje bardzo powoli tak, że nieraz lata przechodzą zanim wytworzy się łysina obszerna. *Rozpoznanie* przy obecności łusek jest łatwe; jeżeli łuski

zbiły się w grube strupy — kolor ich budzi podejrzenie. Po zbadaniu i oczyszczeniu dokładnem odkrywamy parchy pierwotne. Gdzie wszakże brak grzybków, które znikły wraz z łysiną, tam zanik skóry bliznowaty z rozsianymi włosami cienkimi, jakby zakurzonymi, wskazuje przyczynę. Podejrzenie, że w danem miejscu był lupus erythematodes wykluczamy przez zbadanie włosów, które nawet w okresie pomienionym zawierają grzybki. *Przepowiednia* w parchu daleko posuniętym jest niepomyślną. Dzięki zanikowi skóry bardzo głębokiemu, nie może nastąpić odnowa włosa. *Przyczyną* choroby jest *Achorion Schönleini*, który umieszcza się pod górną warstwą skóry, rozwija się tutaj w postaci scutula—czystej kultury grzybków, wywołuje przez ucisk zanik skóry i przeraasta folikuly włosów oraz same włosy. *Leczenie* ma na celu zwalczanie grzybków, siedzących na włosach i folikulach. Należy, po usunięciu strupów za pomocą mydła, wody i oliwy, usunąć włosy drogą epilacji za pomocą pincety rzesowej, lub palca wielkiego i szpatełka. Dawniej usuwano włosy za pomocą czepca smolistego, który po paru godzinach odrywano z głowy wraz z chorymi włosami, zabieg był bardzo bolesny. *Unna* wymyślił łądkę żywicową do usuwania włosów. Po nagrzeniu należy dotknąć się nią włosa, a po ostudzeniu mocno odciągnąć wraz z włosem. Jod, sublimat, ichtyol i salicyl są środkami stosunkowo najlepszymi. Stosujemy je: Rp.: Sublimati 0,5, T-rae Jodi ad 50,0 DS.; Rp.: Ac. salicyl., Ichtyoli ana 5,0, Sapon virid., Vaselini ad 20,0 DS. externe. Dobrze robią 1—10% maście z kw. pyrogalusowym, nacierane rano i wieczorem. Należy stosować środki całymi miesiącami. Światło Roentgena, stosowane ostrożnie, dało wyniki dodatnie przy trychofity i parchu — usuwa włosy wraz z grzybkami.

Hodara pierwszy zaczął skaryfikacye na bliznach po parchu i wcierał w takowe odcinki włosów. Pewna część włosów, jak dowiódł pod drobnowidzem, wypuszczą korzenie, około których wytwarzają się cebulki i wyrastają włosy. Rzecz ta wymaga sprawdzenia, gdyż stałoby się przewrót w dziedzinie włosoznawstwa.

V. Łysienie objawowe.

Dział obecny obejmuje prawie całą dermatologię i internistykę. Zatrzymamy się na sprawach najważniejszych.

1) *Łysienie objawowe, będące wynikiem chorób niszczących skórę*, — jest następstwem blizn. Do tej kategorii należą blizny urazowe. Okolica blizny, w przeciwieństwie do samej blizny, jest uwłosioną znacznie obficie. Do utraty włosów prowadzą wszelkie

dermatozy z owrzodzeniami: przymiot, gruźlica, wilk, ospa etc. Lupus erythematodes, który bez owrzodzeń prowadzi do bliznowatego zmarszczenia skóry, prowadzi również do utraty włosów. Na początku cierpienia pomienionego widzimy złogi łojotokowe, mocno przywarłe do skóry zaczerwienionej z blizną środkową i rozprze-strzeniem się odśrodkowem; w dalszym przebiegu skóra pozbawiona włosów zanika trochę, zapada nieznacznie i wygląda, jak blizna, co daje pojęcie o sprawie bardzo przewlekłej. Należy zaznaczyć, że nawet szerokie zajęcie łuszczycowe (psoriasis) z obfitymi złogami nigdy nie wywołuje utraty włosów, chyba, że występuje kombinacja z łojotokiem. Łysienie w następstwie róży jest przejściowe. Może wszakże wystąpić łysienie, jako następstwo działania toksyn przez krew.

2) *Łysienie objawowe w następstwie chorób ogólnych.* W tyfusie utrata włosów rozlana może doprowadzić do łysiny całkowitej, lecz przejściowej w miarę powrotu do sił. Jeżeli włosy po tyfusie nie odrastają, jest to skutek łojotoku, jednocześnie występującego, lub następstwo wyczerpania sił, nie dającego się usunąć. Podobne łysienie może zjawiać się w przymiocie w okresie plamistym — (a nie owrzodzeniowym). Zwykle mamy do czynienia z alopecia disseminata, rzadko tylko z areata w postaci gniazd. Łysienie przymiotowe jedni uważają za objaw kacheksyi, inni za działanie toksyn. Jako przykład łysiny, w skutek toksyn, należy wymienić łysinę w obrzęku śluzowym, która niknie pod wpływem leczenia za pomocą preparatów gruczołu tarczowego. Utrata brwi w trądzie jest następstwem działania laseczników specyficznych.

Leczenie łysienia objawowego — polega na wzmocnieniu organizmu (tyfus), usunięciu przyczyn (przymiotu — kuracja jodem i rtęcią). Obok tego można stosować miejscowo na skórę środki drażniące, pobudzające włos do odrośnięcia (T-ra Cantharid., spirit. sinapis, chlorał, spirytus, nacierania). Obok tego należy leczyć istniejący łojotok.

Jeszcze raz na zakończenie akcentujemy, że najważniejszym czynnikiem leczniczym jest wytrwałość i metodyczne stosowanie środków przez czas dłuższy. Żadne środki nie zastąpią dbałości, okazywanej owłosieniu nieraz w ciągu lat całych.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

433. Prof. Dr. F. Lejars. **Pneumatyczny pokój Sauerbruch'a.** (La Semaine Médicale, Nr. 40, 5 oct. 1904).

Wiadomo, jak jest trudną, niepewną i ryzykowną interwencja chirurgiczna przy operacjach na *klatce piersiowej*. Dotychczasowe manipulacje chirurgiczne wystarczają jedynie w przypadkach najłżejszych i nie są dostateczne np. przy usuwaniu dużego nowotworu, rezekcyi przełyku i innych operacjach, gdzie należy zapobiegać, aby wtargnięcie zewnętrznego powietrza nie spowodowało zapaści płucnej, zmniejszenia powierzchni oddechowej, zaburzeń naczyniowych i sercowych. Ponieważ przyczyną powyższych komplikacji jest zrównanie ciśnienia zewnątrz i wewnątrz płuc (po otworzeniu klatki piersiowej), więc, aby ich uniknąć, trzeba postarać się o utrzymanie fizyologicznej różnicy w ciśnieniu, która, jak wiadomo, wynosi 10 mm. W powyższym celu asystent prof. Mikulicza, doktor Sauerbruch zbudował specjalny aparat zwany „pokojem pneumatycznym.“ „Pokój“ ten, a raczej wielkie pudło o pojemności 14 m. k., ma długości 2 m. 50 c., szerokości 2 m. 25 c., wysokości 2 m. 50 c. Podłoga, sufit, jedna ze ścian długich zrobione są z blachy żelaznej, dolna część pozostałych trzech ścian jest również blaszana do wysokości 1 m. 30 c., wyżej wstawione są grube szyby. W jednej ze ścian krótkich znajduje się otwór (50 c. \times 35 c.), dokoła którego umocowana jest podwójna obręczka gumowa „Pneumatyczny pokój“ jest połączony z rozrzedzającą powietrze pompą, znajdującą się nazewnątrz i poruszaną za pomocą motoru elektrycznego. Na jednej ze ścian znajduje się wentylator, który, przy pomocy specjalnego mechanizmu, raz uregulowany, podtrzymuje ciągle jednakowe ciśnienie, pozwalając jedynie na małe wahanie o 1 mm. Pokój pneumatyczny zaopatrzony jest w lampę elektryczną i telefon; wejście do niego prowadzi przez dwoje, hermetycznie zamkniętych, drzwi, przestrzeń między którymi połączona jest również z pompą. To urządzenie pozwala swobodnie wchodzić i wychodzić podczas operacji. — Widzimy więc, że „pokój

pneumatyczny“ — to hermetycznie zamknięte pudło, dostatecznie duże dla pomieszczenia stołu operacyjnego i dla swobodnego działania operatora i potrzebnej mu ilości asystentów. Ciało pacyenta znajduje się w „pokoju,“ głowa zaś przez wyżej opisany otwór wysunięta jest na zewnątrz. Dr. Lejars był w tym „pokoju“ podczas próbnej operacji na psie (resectio intra-thoracica, transpleuralis oesophagi). Operacja ta trwała około godziny; przez cały ten czas płuca zachowywały normalny swój wygląd i objętość, oddech był spokojny, nie przyspieszony. Operatorzy znajdujący się w „pokoju“ mogą oddychać zupełnie swobodnie, gdyż ciśnienie w nim niższe jest tylko o 10 mm., co odpowiada ciśnieniu na wysokości 300 metrów, gdzie, jak wiadomo, można przebywać, nie podlegając żadnym objawom chorobliwym.

Bronisław Wejnert.

434. M. Biffi. **Łatwy sposób określania szybkości krzepnięcia krwi.** (Crónica médica de Lima 30/VI 1904).

Brak łatwego sposobu określania szybkości krzepnięcia krwi zniewala nieraz do pominięcia tego rodzaju badań, chociaż doniosłość ich w hematologii nie ulega wątpliwości. M. Biffi obmyślił dla określania szybkości krzepnięcia krwi nader prosty, a dla potrzeb klinicznych dostatecznie ścisły sposób. W tym celu używa epruwetki o 4 cm. w średnicy i 20 — 25 cm. długości, do połowy napelnionej wodą. Korek, zatykający epruwetkę, ma dwa otwory: w jeden wstawiamy termometr, w drugi — szklaną paleczkę, zakończoną drucikiem platynowym, formującym pięć oczek, o 1 cm. jedne od drugiego odległych. Ani termometr, ani drucik platynowy nie powinny dotykać powierzchni wody, zawartej w epruwetce. Po wypełnieniu pięciu oczek drucika odrobiną krwi, otrzymanej z palca zwykłym sposobem, zatyka się epruwetkę i, zaczekawszy chwilę, aby dać czas na skrzepnięcie, przesuwa się paleczkę nadół do zmierzenia pierwszego oczka platyny w płynie epruwetki. Dopóki krew nie jest skrzepniętą, przy zetknięciu kropelki z wodą wytwarza się lekki obłoczek różowy. Jeżeli będziemy zanurzali oczka platyny kolejno jedne za drugimi, w ściśle oznaczonych odstępach czasu, to przeciąg czasu między początkiem doświadczenia i chwilą, gdy charakterystyczny obłoczek nie wystąpi po raz pierwszy — oznaczy nam czas potrzebny do skrzepnięcia badanej krwi.

Krew przez czas doświadczenia trzymaną jest w hermetycznie zamkniętej przestrzeni, nasyconej parą wodną, tym więc sposobem możliwość częściowego wyparowania kropelek sprawdzona jest do minimum. I znajdujący się w epruwetce termometr pozwala czynić doświadczenia przy danej temperaturze (np. 37°), co się otrzymuje przez nagrzanie aparaciku. Rezultaty, otrzymane wyżej opisanym sposobem, nie stoją w sprzeczności z danymi, otrzymanymi przy zastosowaniu innych więcej skomplikowanych sposobów. (Np. autor znalazł, że dla krwi normalnej trzeba 7 — 10 minut przy 25°).

Bronisław Wejnert.

435. A. Loeb i C. Adrian. (Berlin. klin. Wochensch. 26 Sept. 1904). **Czy wzrost molekularnej koncentracji krwi w chorobach nerek pozwala na postawienie rozpoznania obustronnego zajęcia nerek?**

Wzrost molekularnej koncentracji krwi zwykle uważany bywa za pewny znak obustronnego zajęcia nerek. Wszakże Israel i Barth obserwowali już dawniej (r. 1903) przypadki, w których, choć było skonstatowane znaczne niżenie punktu marznięcia krwi, jednak rezekcja jednej nerki nie powodowała następczej niedostateczności nerkowej, z kąd wniosek, że wzrost molekularnej koncentracji krwi może występować i przy zupełnie normalnym stanie jednej z nerek. Ponieważ opisane dotąd tego rodzaju obserwacje nie miały jeszcze anatomicznego potwierdzenia, przypadek notowany przez Loeb'a i Adrian'a wart jest zaznaczenia. Dotyczy on 50-cio letniego człowieka, który wstąpił do kliniki w Strasburgu z powodu krwotoków nerkowych. Postawiono rozpoznanie nowotworu złośliwego lewej nerki. Ponieważ punkt marznięcia krwi w danym przypadku był 0°635, wyprowadzono wniosek, iż, prawdopodobnie, zajęta jest również prawa nerka i od operacji się wstrzymano. Po sześciu miesiącach chory umarł, a na zwłokach znaleziono raka lewej nerki (waga 1,750 gr.), podczas gdy nerka prawa była zupełnie zdrową.

Bronisław Wejnert.

434. Dr. H. Euler. **Dotychczasowe doświadczenia nad stosowaniem Veronalu.** (Therapeutische Monatshefte, Nr. 9, 1904).

Dotąd stosowane dawki wahają się w granicach od 0,25 do wyjątkowo 3,3 grm.; przeciętnie podawano 0,5 gr. Wyso-

kość dawki zależy od tego, czy się ma do czynienia ze zwyczajną bezsennością, czy z bólami lub stanem rozdrażnienia na gruncie psychopatycznym, i czy dany osobnik jest mężczyzną lub kobietą. Przy zwyczajnej bezsenności 0,5 gr. jest dostateczną dawką. Póły tylko w wyjątkowych razach zmuszony był dawać 1,0 gr. Jeżeli bezsenność zależała od bólów, to środek zawodził; podobnie i w stanach rozdrażnienia. Dla kobiet wystarczały mniejsze dawki. Co się tyczy przyzwyczajania do veronalu, to jedni nie spostrzegali go (Rosenfeld przy podawaniu go przez 14 dni z rzędu); większość jest jednak przeciwnego zdania. Zadziwiającem jest, że tylko u mężczyzn veronal z czasem przestawał działać; u kobiet zauważono to tylko w jednym przypadku. Odnośnie wpływu kumulacyjnego veronalu, zdania są podzielone. Opisano kilka przypadków zatrucia veronalem, a mianowicie: Gerhartz widział po 1,0 gr. wieczorem i 3 grm. rano — osłabienie pulsu, nieruchomość źrenic, rzucanie się, przez następne 3 dni — bóle w stawach skokowych i nadgarstkowych. Clarke widział po użyciu 7,5 grm. w ciągu kilku dni zapaść na przemian z delirium, gorączkę, obrzmienie gruczołów i bóle mięśniowe. Laudenheimer spostrzegł w następstwie użycia veronalu stan niepewności ruchowej, osłabienia mięśniowego, oligurię i silne rozdrażnienie psychiczne — przy nawykowem nadużyciu tego środka.

Z innych następstw od użycia veronalu trzeba wymienić: wysypkę w 2 przypadkach u Würth'a, raz u Liliensfeld'a; rozwolnienie w dwóch przypadkach (Michel, Raimann); częstość pulsu doszła w przypadku u Matthey do 42 po zażyciu 4,0 grm. w ciągu dnia; ciężkość mowy, niepewny zataczający się chód (Abraham, Thomson, Würth); bóle głowy, zawroty głowy, ciężką głowę spostrzegali Mendel i Kron w 10% wszystkich przypadków. Zdaje się, że przyczyną była zbyt duża dawka, a może też i indywidualna wrażliwość chorych. Na oddech, działalność serca i kiszek veronal żadnego złego wpływu nie wywierał; nie spostrzegano także ujemnego wpływu na nerki.

435. Dr. H. von Kaan. **O veronalu.** (Therapeutische Monatshefte. Nr. 9, 1904).

Veronal (pochodny mocznika, dietylmalonyl-mocznik) jest to białawy proszek, nie bardzo gorzkiego smaku, rozpuszczal-

ny w około 12 częściach gorącej wody i w 145 częściach wody przy T. 20 C. — 0,5 — 0,75 wywołuje sen bez wszelkiego nieprzyjemnego albo szkodliwego pobocznego wpływu (z wyjątkiem kilku przypadków wysypek u trzech dam; również u trzech dam w klimakteryum, z których jedna była histeryczką, druga z przeszkodami w krążeniu krwi i melancholią, trzecia z migreną spastyczną, po 0,5 po dobrym śnie były z rana: zawroty głowy, osłabienie, niepewny chód, przy mniejszych dawkach tego nie było). Veronal przechodzi przez organizm bez zmiany: wydziela się w moczu w ilości 62% w przeciągu kilku dni (kumulacyjny wpływ!); prędko działa, jako nasenny środek (15 — 30 minut); najlepiej jest go podawać w filiżance gorącego płynu; dawka do 1 gr. Przy dłuższem użyciu poleca się przerwę na jakiś czas wskutek kumulacyjnego wpływu. Sen po veronalu odpowiada naturalnemu, bez lekarstwa; na drugi dzień jest się wypoczętym, bez uczucia oszłomienia. Na serce działa, jako toricum: i w ciężkich postaciach insufficientiae cordis może być dawanym bez obawy o złe następstwa; po zażyciu veronalu chorzy na serce czuli się silniejszymi, byli w lepszym usposobieniu, i objawy obrzękowe lekkiego stopnia czasami znikają. U chorych na gruźlicę veronal zastępuje narkotyki; na bezsenność, kaszel w nocy, poty działał dodatnio, oddech stawał się głębszym. Na nabłonek śluzowy żołądka i na kiszki nie działał wcale, a nawet polepszał apetyt. W chorobach narządu nerwowego, funkcjonalnych, organicznych i psychozach veronal stał się niezbędnym dzięki swemu prędkiemu działaniu i nieszkodliwości. Przy wysokim stopniu rozdrażnienia u umysłowo chorych osiągnano cel dużemi dawkami (2,0 gr. pierwszego dnia, następnego 1 g.); wywołuje pożądaný skutek u alkoholików i morfinistów (u ostatnich jednak tylko wtedy, gdy tego dnia nie zażyli morfiny). W sanatorium ani razu nie zauważyli przyzwyczajenia się do veronalu. Na następującą noc również jeszcze działa veronal; czasami po kilku dawkach nie potrzeba już nasennych środków wogóle. W paralysis agitans (5 przypadków) i hemiplegii veronal uspokaja, działając przytem nasennie (dawkami 0,1 — 0,2 g. kilka razy dziennie, mógłby zastąpić brom). Bez wpływu jest w bólach i bezsenności, spowodowanej bólami (w tych przypadkach dawać go można razem z antypiryną, fenacetyną).

Papierny.

436. Dr. A. Wolff. **Dalsze wiadomości o cytarynie** (Therapeutische Monatshefte. Nr. 9, 1904).

Cytaryna składa się z soli sodowej kwasu anhydrometylenocytrynowego. Działalność jej zasadza się na przeprowadzeniu osadów kwasu moczowego w lekko rozpuszczalny diformaldehyd kwasu moczowego. 4 przypadki ostrej podagry zostały uśmierzone w ciągu 2 — 3 dni dużemi dawkami cytaryny 5×2 g. w połączeniu z aspiryną i gorącemi kąpielami; w 8 podostrych i chronicznych przypadkach zdumiewająco odziałała na bóle (5×2 , ocytaryny i gorące piaskowe kąpiele). Autor pocytuje cytarynę za środek pomocniczy przy rozpoznawaniu podagry: w razie, jeżeli nie wywiera wpływu w chronicznych przypadkach cierpienia stawów i więzów — możemy wykluczyć to cierpienie.

Papierny.

Protokoły zwyczajnych posiedzeń Lub. Tow. Lekarskiego.

Posiedzenie dnia 4 Czerwca 1904 r.

1. A. Majewski przedstawił chorą z bardzo wybitnem opuszczeniem żołądka; sięgał on krzywizną dużą spojenia łonowego, podczas gdy mała leżała niżej pępka.

2. A. Majewski przedstawił chorego po laparotomii z powodu **skrętu esicy** (volvulus flex. sigmoideae).

Adam M., lat 32, z Sobieszyna. Przedtem zdrowy; początek nagły; bóle w brzuchu; zatrzymanie stolca i wiatrów.

Do szpitala przybył w 4-m dniu choroby. Brzuch silnie wzdęty, szczególnie w części górnej. Przepona — uniesiona. Ton wykukowy — dźwięczny, szczególnie z lewej strony; w dole brzucha lekkie stłumienie; pętle jelit — niewidoczne.

Twarz — zmęczona, bez objawów zapaści. Ciepłota — niepodniesiona. Tętno około 80. Rozpoznanie: skręt esicy.

Laparotomia (22/III 1904 r.). W trakcie operacji po przedłużeniu cięcia powłok ku dołowi z przykrytego serwetami kąta rany nakrwawiło trochę do otrzewny.

W linii cięcia rozszerzona pętla esicy, skręcona u podstawy na 180° . Na jej krezce szereg białych blizn; z nich niektóre prze-

chodzą na surowiczą kiszki, formując w przejściu nieprawidłowe uchyłki i otwory. Zstępnicą umiarkowanie wzdęta; jelita puste.

Rura gumowa, założona przez odbyty, przenikła aż do esicy ponad skręt, poczem wyszły wiatry i część kału.

Po odkręceniu wierzchołek pętli esicy przszyto dwoma jedwabnymi szwami do otrzewny przedniościennej z lewej strony linii cięcia w górnej jego części.

23/IV. Ciepłota wieczorem — 40^o,0. Dreszcze. Język suchy. Tętno — 120. Wymiotów nie było; brzuch nie wzdęty, lecz bolesny.

24/IV. Ciepłota normalna. Stan ogólny dobry. Obfity stolec.

26/IV. W linii cięcia pod skórą — wylew krwawy. Rozpuszczono parę dolnych skórnych szwów.

Dalszy przebieg bez powikłań, wyzdrowienie.

3. St. Dobrucki przedstawił chorego po odjęciu rakowato zmienionego prącia i wyłuszczeniu gruczołów pachwinowych.

4. St. Dobrucki przedstawił chorą, u której, z powodu włókniakomięśniaków macicy, dokonał amputacji nadpochwowej.

M. N., lat 38, panna, chora od kilku lat. Od dwóch lat nie może zdecydować się na operację. Peryody co 3 tygodnie po 12 dni obfite. W brzuchu guz wielkości głowy, zupełnie ruchomy, eliptyczny, oś leży w kierunku osi ciała. Przy poznawaniu wyraźne ruchy wykonywa część pochwowa macicy. Amputatio supravaginalis z zupełnem zeszcyciem kikutu i powłok. Zagojenie, odczyn w jednym głębokim szwie.

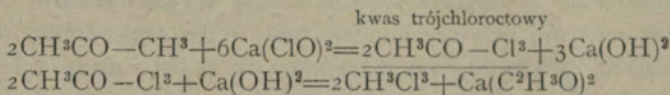
5. St. Dobrucki przedstawił chorą po owaryotomii i appendektomii.

6. F. Przybyłowski wygłosił odczyt o własnościach chemiczno-farmaceutycznych lekarstw z fabryki Krella w Grodzisku.

1. Chloroform CHCl_3 we flaszcze 2-uncyjowej; koloru pomarańczowego, z korkiem przyszlifowanym. Opakowanie takie wskazuje, że jest to doza przeznaczona do narkotyzacji. Cechy fizyczne i chemiczne, jak również reakcje, wskazujące na czystość preparatu, z nielicznymi wyjątkami, wytrzymuje takie, jak obowiązująca Farmakopea wymaga. Wyjątek stanowią: punkt wrzenia i ciężar gątkowy = 1,435. Według farmakopei c. g. nie może być niższy od 1,485, ta okoliczność jak również nie wielki dodatek spirytusu, bo 0,75% (chloroform Dunca'n'a przy c. g. 1,492 zawiera 2,5% alkoholu) pozwalają przypuszczać, że chloroform fabryki Krell zanieczyszczony jest niższymi chlorkami węgla, których reakcje są

identyczne z reakcjami chloroformu, a różnią się c. g. i punktem wrzenia.

Głównym artykułem fabryki Krell w Grodzisku jest kwas octowy i, o ile mi wiadomo, chloroform wyrabiają z acetonu, ubocznego produktu przy destylacji kwasu octowego, według następującej reakcji.



Fabrykacja ta jest najwygodniejszą i najtańszą, bo wzięty aceton przerabia się przy tem na octan wapna, a ten ostatni na kwas octowy. Ostatecznie chloroform fabryki Krell nie może być używany ani do narkotyzacji, ani do wewnątrz, a jedynie do zewnętrznego użytku.

2) Salol 3) antyfebryna i 4) kwas salicylowy wszystkie cechy dobrych preparatów posiadają.

Fenacetyna $\text{C}^6\text{H}^4 \begin{array}{l} \text{OC}^2\text{H}^5 \\ \text{NH}(\text{CH}^3\text{CO}) \end{array}$ w drobnych kryształach, kolor nieco szarawy, bez zapachu i smaku, topi się przy 133,4. Bezcolorowy chemicznie czysty kwas siarczany zabarwia na kolor słabożółtawy. Cechy te odróżniają fenacetynę od normalnej i dla tego Farmakopea podobne preparaty wyłącza od użycia.

7. W. Chodźko przedstawił okaz nowej wody arsenikowo-żelazistej sztucznej, wyrobu magistra Bukowskiego w Warszawie pod nazwą: „Eau d'Atoxyl ferrugineuse.“

8. W. Chodźko przedstawił przetwory wyrobu fabryki „Motor“ w Warszawie — a mianowicie ekstrakt słodowy do zupy Liebiga dla dzieci.

9. W. Chodźko przedstawił przetwory wyrobu Bazylejskiej Fabryki Chemicznej (z filią w Pabianicach), a mianowicie: Creosotum carbonicum, Guajacolum carbonicum, Tannalbinum, Ibit, Malakin, Phytine, Fortossan, Litol.

10. W. Chodźko przedstawił projekt kartek do zapisywania własności fizyczno-chemicznych przetworów, demonstrowanych przez panów aptekarzy na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 18 Czerwca 1904 roku.

1. J. Kowalczewski opisał (sekcya) **przypadek wgłobienia jelita okrężnicowego (invaginatio ileo-coecalis progressiva et retro-grada).**

J. K., mężczyzna lat 48, z oddz. chirurg. Majewskiego. Oględziny pośmiertne zawartości jamy brzusznej wykazały: listki otrzewny prawie na całej powierzchni są matowe, o zabarwieniu wogóle czerwonawem, w okolicy zaś wstępnicy i poprzecznicy miejscami czerwono-sinem, miejscami sino-brunatnem, gdzieniegdzie znowu bladem. W jamie małej miednicy i w okolicy wstępnicy i zstępniczy niewielka ilość płynu surowiczopropnego. Badanie kiszek wykazało wgłobienie jelita (ilei) i wstępnicy wraz z kiszka ślepą do poprzeczniczy; wgłobienie-długości 30 cm. Jakkolwiek invaginatio ileo-coecalis należy do najczęstszych ze wszystkich rodzajów wgłobienia, to jednak zasługuje na wzmiankę ze względu, że mamy tu do czynienia z kombinacją wgłobienia zstępującego z wstępującem (invaginatio progressiva aut descendens et retrograda aut ascendens).

Nieco ku środkowi od flexurae hepaticae widzimy szyję wgłobienia z pierścieniem uciskającym, wytworzonym przez początek poprzeczniczy. Idąc dalej ku linii środkowej, spotykamy dwa otwory w ściankach invaginantis, powstałe wskutek martwicy. Przedziurawienie to było stwierdzone podczas zabiegu operacyjnego i stanowiło przyczynę rozlanego zapalenia otrzewny, a następnie śmierci. W okolicy flexurae lienalis znajdujemy drugie wgłobienie, mianowicie zstępniczy do poprzeczniczy. Jak powstała invaginatio ascendens, w danym przypadku orzec trudno. Zdaje mi się, że odpowiedzialną w tym względzie będzie krezka. Wiadomo bowiem, że przy wgłobieniach wraz z kiszka ulega wgłobieniu i część krezki. Otóż, napięcie tejże przy jednoczesnem osłabieniu mięśni invaginantis już wtórnie spowodowało będące w mowie wgłobienie wstępujące.

Po przecięciu podłużnem ściany zewnętrznej poprzeczniczy spostrzegamy w głębi drugi pierścień uciskający, wytworzony przez ścianki kiszek grubej. Pierścień ten przedstawia się w postaci grubego wałka o barwie brudno brunatno-sinej. Przecięcie invaginati wykazuje: w dolnym końcu wgłobienia (caput invaginationis) mamy przed sobą kiszka ślepą wycelowaną. Na powierzchni górnej invaginati znajdujemy sino-brunatny wyrostek robaczkowy, zrosnięty z przylegającymi do siebie powierzchniami surowiczymi, na dol-

nej zaś powierzchni invaginati część w pochwioną krezki. Zwrócone do siebie, surowicze barwy czerwono-sinej, już to sino-brunatnej, już brudno brunatnej, bądź znowu bladej. Postępując odzewnątrz do środka wgłobienia, na początku takowego mamy przed sobą trzy śluzówki i trzy surowicze, na miejscu zaś invaginationis ascendentis pięć śluzówek i pięć surowiczych. Niezależnie więc od wyżej podanej nazwy możemy do pewnego stopnia mówić o wgłobieniu podwójnem (invaginatio duplex).

W dyskusyi Majewski podaje przebieg kliniczny przypadku.

Chory w połowie marca b. r. dostał nagle gwałtownych bólów brzucha i wymiotów; krwawej biegunki nie miał; bóle brzucha — o mniejszem lub większem napięciu — trwały ciągle; wymioty miał czasami; po kilku tygodniach — poczuł w brzuchu guz.

W końcu kwietnia przybył do szpitala.

Brzuch umiarkowanie wzdęty; w prawem śródbrzuchu guz podługowaty, kielbasowaty, okrągławy, silnie ruchomy, mało bolesny. Wypuk nad nim stłumiony. Od czasu do czasu rznięcia w brzuchu, połączone z burczeniem i przelewaniem się.

Rozpoznano wgłobienie w okolicy kątnicy; na zaproponowaną operacyę chory się nie zgodził i po 2 dniach pobytu wypisał się.

W 3 tygodnie potem przybył do szpitala znowu.

Silne wychudzenie; zapaść w twarzy; sinica warg; sine plamy na czole. Brzuch silnie wzdęty, szczególnie w części górnej, — mocno bolesny; wypuk dźwięczny. Zatrzymanie względne stolca; śluzowe wymioty. Ciężota do 38^o,2; tętno — 120, drobne, słabe.

Laparotomia (17/V b. r. w 9-m tygodniu choroby). Rozległe wgłobienie kiszki ślepej; w części środkowej otwór, z którego wydziela się kał i gazy; w otrzewny mętny płyn. Dodano dwa boczne podłużne cięcia iosaćkowano otrzewną gazą jodoformową.

Śmierć przy objawach zapaści w 20 godzin po operacyi.

2. J. Kowalczewski opisał (sekcya) przypadek **Ulcus ventriculi**.

Antoni K., lat 44, z oddziału chirurgicznego Majewskiego.

Po otworzeniu jamy brzusznej ujrzeliśmy w jamie małej międnicy obecność około 1/2 litra płynu mętnego, o barwie zbliżonej do kawy czarnej. W płynie tym znajdowały się kawałki, substancyi stałych, jakby pokarmów niestrawionych. Zjawiło się podejrzenie pęknięcia żołądka lub dwunastnicy. Po odchyleniu brzegu wątroby ku górze spostrzegliśmy w okolicy górnotylnej powierzchni części oddźwiernikowej żołądka obecność niewielkiej ilości podobne-

go płynu ze znaczną domieszką ziarenek ryżu. Pęknięcie żołądka niewątpliwe. Otwór perforacyjny, mający w średnicy około 3 cm., znaleziono w wyżej wzmiankowanej okolicy, t. j. na tylnogórnej powierzchni część iodźwiernikowej żołądka. Po rozcięciu, będącego w stanie znacznej rozstrzeni, żołądka zauważyliśmy wrzód okrągły, którego średnica znacznie przewyższała otwór perforacyjny, wynosząc około 6 cm. Sam wrzód posiadał wszystkie przynależne mu właściwości. Tylna powierzchnia żołądka okazała się zrosniętą z przylegającymi do niej organami. Otrzewna wykazywała objawy rozlanego ostrego zapalenia.

W dyskusyi A. Majewski podaje przebieg kliniczny przypadku.

Ant. K., lat 45, rolnik. Przedtem zdrowy; choruje od 3 miesięcy. Początek ostry; rznięcie w dołku i wymioty czarną treścią jednocześnie czarne stolce. Od tego czasu ciągłe bóle po jedzeniu; częste wymioty, to czarne, to krwawe. Od 2 tygodni znaczne pogorszenie. Waga chorego 128 f. (w 30-ym roku życia miał ważyć 200 funt.).

Chory wycieńczony; twarz koloru ziemistego; oczy wpadnięte; wargi sine. Brzuch silnie wzdęty; przepona uniesiona; sflumienie wątroby zniesione; wypuk — dźwięczny; brzuch silnie bolesny; przybył z ciągłymi wymiotami i z zaparciem stolca od 4-ch dni., po Hegarze — obfity czarny kał. Ciepłota — $37^{\circ},5$; tętno 140, słabe, drobne, ledwie licalne.

Rozpoznano zapalenie ropne otrzewny, powstałe w przebiegu wrzodu żołądka. Zabiegu operacyjnego wobec złego stanu chorego zaniechano. Śmierć w 2 doby po przybyciu do szpitala.

3. M. Zajdemmann przedstawił chorą, Katarzynę S., lat 19, z hydrophthalmus. Zwraca uwagę na następujące objawy: 1) niezwykle wielkość gałek ocznych przy zachowaniu proporcjonalności różnych części, 2) twardość gałek ocznych, 3) rozlane zmętnienie rogówek 4) cienką, rozciągniętą twardówkę, 5) głębokie przednie komórki i 6) drżenie tęczówek przy ruchach gałek. Istota tego, bądź co bądź, rzadkiego cierpienia polega na podniesieniu wewnątrz, gałkowego ciśnienia, czyli na tem — co i jaskra, czem też objaśnia się znaczne wydrażenie tarcz, nerwów wzrokowych. Cierpienie może być wrodzonym, lub też zaczyna rozwijać się w dzieciństwie. Wybitne zmiany anatomiczne zależą głównie od tego, że choroba ta rozwija się tylko u osobników młodych, posiadających tkanki bar-

dzo elastyczne, które łatwo rozciągają się, ustępując silnemu parciu wewnątrzgąłkowemu.

4. J. Karpiński (Rejowiec) opisał przypadek samoistnego obrzęku ręki i twarzy.

W dyskusyi Jaczewski wnioskuje, że było to, prawdopodobnie, erythema toxicum.

Sprawozdanie roczne

Z działalności Towarz. Lekarskiego Lubelskiego
za rok 1903—1904.

Skład L. T. L. w początku roku sprawozdawczego stanowiło 40 członków rzeczywistych, 14 honorowych i 9-u korespondentów. W ciągu roku przybył 1 członek rzeczywisty kol. Tymiński; ubyło 2 członków honorowych—prof. Brodowski i były prezes towarzystwa A. Janiszewski i 1 cz. kor. Kolendowski; obecnie więc skład L. T. L. stanowią 41 członków rzeczywistych, 12 członków honorowych i 8 cz. korespondentów.

Z ich liczby w roku sprawozdawczym zarząd Towarzystwa stanowili: Prezes Wł. Tołwiński; wiceprezes Al. Jaworowski, sekretarz Cz. Czerwiński, bibliot. W. Chodźko i skarbnik Al. Staniszewski.

Do komisji bibliotecznej należeli kol.: Dobrucki, Jaczewski i Arnsztajn; do komisji rewizyjnej: Kuszelewski, Modrzewski i Rudzki.

Towarzystwo w ciągu roku sprawozdawczego odbyło 17 posiedzeń zwykłych, na których następujący koledzy mieli poniższe odczyty i demonstracje:

1. M. Arnsztajn (odczyt): Wspomnienie o Dr. Janiszewskim.

2. W. Chodźko:

1) Opisał przypadek jamy w prawej półkuli mózgu z przedstawieniem chorego.

2) Przedstawił chorego z zapaleniem nerwów obwodowych pochodzenia ołowianego (neuritis peripherica saturnina).

- 3) Przypadek stwardnienia rozsianego.
 - 4) Chorego po porażeniu łożowianem obu mięśni wyprostnych kończyn górnych.
 - 5) Przyp. choroby Parkinson'a.
 - 6) Przypadek cierpienia mózgowego z zatrucia łożowianego.
 - 7) Demostrował preparaty krajowe Krella, Motoru.
 - 8) „ aparat Wątoroka.
 - 9) „ preparaty fabryki w Bazylei i Pabjanicach.
 - 10) „ wodę arsenikową Bukowskiego.
3. Czerwiński:
- 1) Preparaty rakowato zwyrodniałych macic, wydobytych przez pochwę, według Doyen'a.
 - 2) (Odczyt) Cystoskopia i jej znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu cierpienia narządów moczopłciowych.
 - 3) Przypadek wyleczeń drgawek porodowych dużymi dawkami morfiny.
 - 4) Torbiel jajnika jednokomórkową, drogą laparotomii wydobyta.
 - 5) Chorą z defectus vaginae.
 - 6) Chorą z uterus duplex i vagina septa.
 - 7) Preparat Myxoma placentae fibrosum.
 - 8) Torbiel prawego jajnika i hydrosalpinx lewostronna, wydobyte drogą laparotomii.
4. Dobrucki:
- 1) Przypadek wgłobienia (inv. ileocecalis). odgłobieniem wyleczony.
 - 2) Przypadek operacji wodogłowia wrodzonego.
 - 3) Preparat gruczołów gruczołowych, uciskających przelyk, wobec czego zrobioną była gastrostomia.
 - 4) Chorą po gastroenteroanastomozie tylnej z powodu zwężenia odźwiernika (2 raz po $\frac{1}{2}$ roku).
 - 5) Chorą po laparotomii z powodu ileus (hernia int.)
 - 6) Chorego z nieprawidłowo zrosnięciem (pod kątem prostym) złamaniem gołeni.
 - 7) Chorą po wycięciu kiszki w uwięźniętej przepuklinie.
 - 8) Dziecko po cięciu wysokim z powodu kamienia pęcherzowego.
 - 9) O doszczętnem leczeniu przepuklin sposobem Anschütz'a z przedstawieniem chorych.
 - 10) Chorą po laparotomii z powodu ciąży zamacicznej, z przedstawieniem płodu.

11) Dziecko po cięciu wysokiem z 2 wydobytemi kamieniami moczowymi.

12) Chorą z cystochondroma thoracis.

13) Chorą z epispadiaris.

14) Pokazał cystoskop Nitze'go.

15) Chory z epulis sarcomatodes dolnej szczęki.

16) Chorą z papilloma linguae.

17) Chorą po appendektomi z cięciem skórny sposobem

Weyr'a.

18) Chorą, u której moczowód, w czasie warytomii przecięty, zeszyto.

19) Chorą po strumektomii.

20) Chorą po myomotomii i preparat włókniaka macicy do 20 funtów wagi.

21) Preparat włókniaka macicy (cystofibroma), drogą laparotomii wydobyty.

22) Chorą po operacyi podwójnej torbieli ligamenti lati,

23) Torbiel ze skreconą szypułą, drogą laparotomii wydobyta.

24) Chorego, u którego z części czołowej czaszki drogą trepanacyi wydobyto odłamek kopyta końskiego.

25) Chorą po owaryotomii appendektomii.

26) Chorego po amputacyi rakowato zmienionego prącia i wyluszczeniu gruczołów pachwinowych.

5. Grzywiński przedstawił preparat sekcyjny nephritis calculosa i opisał przebieg cierpienia.

6. Horodyski (z Puław) opisał przypadek exencephaliae i przedstawił odnośny okaz anatomo-patologiczny.

7. Jacewski przedstawił:

1) Chorego z dermatitis polymorphil doorosa chr.

2) Chorego z gastritis syphilitica

3) Chorego z syphilis cut. papulosa lenticularis.

4) Chorego z gonorrhora recti.

5) Chorego z alopecia areolaris capillitii et alop. diffusa superciliarum et subaxillaris bilateralis.

6) Chorego z rozsianą gruźlicą języka.

7) Chorą z granulosis rubra nasi.

8) Chorego z hyperidrosis syph. secund. universalis.

9) Chorego ze scleroderma en plaques.

8. Jaworowski opisał przypadek błonicy powtórnej w 2^{1/2} tygodnia po jednostronnej błonicy migdałka, leczonej surowicą.

9. Karpiński opisał przypadek samoistnego obrzęku rąk i twarzy (erythema toxicum).

10. Kiełczewski pokazał sekcyjny preparat raka trzustki, drażącego do żołądka.

11. Korczak wygłosił odczyt: o sfigmografie i sfigmografii.

12. Kowalczewski przedstawił:

1) Przypadek lymphangioma cavernosum faciei.

2) Odczyt „o budowie torbieli skórzastych jajnika z demonstracją preparatów mikroskopowych.

3) Mikroskopowy preparat lymphosarcomatosis gruczołów chłonnych zaotrzewnowych.

4) Preparat sekcyjny invag. ileocecalis duplex.]

5) Preparat sekcyjny żołądka z dużym, zastarzałym wrzodem okrągłym tylnej ściany żołądka który to wrzód przebił się do jamy otrzewnej i wywołał ropne jej zapalenie.

13. Majewski przedstawił:

1) Chorą po laparotomii z powodu niedrożności jelit przez sznur otrzewnowy spowodowanej.

2) Preparat sznura otrzewnowego, który w innym przypadku spowodował niedrożność z zejściem śmiertelnym.

3) Chorą po nefrostomii z powodu ropnercza.

4) Chorego po wycięciu i zeszcyciu doraźnym wgłobionego jelita (invagin. iliaca) i preparat wgłobienia.

5) Chorego, gdzie wgłobienie kątnicze (invag. ileocoacalis), powikłane zapaleniem okołokątniczem przez odgłobienie dało się wyleczyć.

6) Przedstawił bandaże z Crêpe velpeau.

7) Chorą, u której objawy duszności powodował ogromny polip śluzowy nosa, zwieszający się aż do krtani.

8) Chorą po operacji doszczętnej herniae incarceratae inguinointerstitialis (en bissae — Berger).

9) Chorego, u którego przypuszczał zrosty okołożołądkowe, po wrzodzie okrągłym powstałe.

10) Chorego, u którego rozpoznawał opuszczenie żołądka.

11) Chorego, u którego z powodu zrostów okołożołądkowych zrobił tylną gastroenteroanastomozę.

12) Chorego (z psoriasis), u którego z powodu zwężenia odźwiernika zrobił gastroenteroanastomozę tylną.

13) Chorego, u którego z powodu żołądka w formie klepsydry zrobił gastroenteroanastomozę tylną.

14) Chorego, u którego z powodu rozstrzeni żołądka i dużych zrostów okołożołądkowych zrobił gastroenteroanastomozę tylną

15) Chorego (Nr. 10), u którego z powodu wybitnego opuszczenia żołądka zrobił gastropeksyę.

16) Chorego, u którego z powodu rozstrzeni i opuszczenia żołądka zrobił gastroplikacyę i gastropeksyę.

17) Opisał przypadek wrzodu okrągłego żołądka, drażącego do ściany brzusznej, operowany z dobrym wynikiem przez wycięcie wrzodu, naszytę go siecią i gastroentomozę przednią guzikiem Murphi'ego.

18. Chorą z bardzo wybitnem opuszczeniem żołądka; sięgał on krzywizną dużą spojenia, podczas gdy mała leżała niżej pępka.

19) Dziecko, gdzie po parotygodniowych inhalacyach trzeba było zrobić tracheotomię; rurkę tracheotomijną można było usunąć po 3 dopiero miesiącach; mimo to zupełne wyzdrowienie.

20) Chorego po wycięciu i zeszytciu doraźnem jelita (enterorrhaphia circularis) w gangrenowej przepuklinie pachwinowej.

21) Chorego u którego z powodu malum perforans pedis zrobioną była neurorrhaphia przerwanego nerwu kulszowego po raz drugi w rok po operacyi.

22) Chorego po cięciu nadłonowem z powodu kamienia pęcherza i preparat kamienia.

23) Chorego, u którego usunął anus praeternaturalis po zgangrenowanej przepuklinie pozostały, wyciąwszy przez laparotomię chorą kışkę i zeszywszy odcinki teŹe per appositionem.

24) Chorego po laparotomii z powodu niedroŹności jelit, od skrętu esicy zależnej.

14. Michelis, odczyt „O anencefalii“ z przedstawieniem odnośnego okazu noworodka.

15. Puławski odczyt: „kilka słów o uŹyciu wód mineralnych, a w szczególności o wodach mineralnych Jaworskiego.“

16. Przybyłowski odczyt o własnościach chemicznofarmaceutycznych lekarstw z fabryki Krella w porównaniu z lekarstwami innych fabryk.

17. Rudzki przedstawił:

1) Chorą po zatruciu grzybami i preparaty sekcyjnej otrutej grzybami, chorej.

2) Preparaty sekcyjne makroskopowe gruŹlicy mózgu i otrzewny z przedziurawieniem jelit przez askarydy.

3) Przypadek gruŹlicy płuc, powikłanej przewlekłym zapaleniem nerek z olbrzymią zawartością w moczu białka (do 60‰).

- 4) Przypadek systolia alternans.
 - 5) Odczyt: „o oblicy olbrzymiej u ludzi.“
 - 6) Preparaty sekcyjne makroskopowe zwyrodnienia mączkowatego nerek i innych narządów wewnętrznych.
 - 7) Przedstawił do rozpoznania chorą z ogromnie powiększoną wątrobą, u której przypuszczał istnienie bąblowca wątroby.
 - 8) Chorego ze starą przepukliną brzuszną urazowego pochodzenia.
 - 9) Przypadek zatkania ogólnego przewodu żółciowego z szybkim zejściem śmiertelnym.
 - 10) Preparat anat. pat. zarośnięcia worka sercowego i odczyt o tem cierpieniu.
 - 11) Opisał przypadek nepritis ac. z niezwyklei zmianami w śledzionie.
 - 12) Opisał przypadek opuszczenia trzewiów i przedstawił preparaty.
 - 13) Chorą z morbus Addisoni.
 - 14) W sprawie jednolitej statystyki szpitalnej i schemat statystyki.
 - 15) Wyniki uchwały o stosowaniu wód mineralnych naturalnych — krajowych (odczyt).
 - 16) O praktycznem zastosowaniu wód mineralnych Profesora aworskiego.
 18. Solonowicz przedstawiła chorą z oddz. kol. Czerwińskiego z wrodzonym brakiem pochwy i macicy.
 19. Staniszewski przedstawił:
 - 1) Chorą z raną głowy od pioruna.
 - 2) Wygłosił odczyt o ranach od pioruna i opisał swój przypadek.
 - 3) Pokazał ciało obce (kość), z odbytnicy wydobyte.
 20. Tołwiński:
 - 1) Odczyt: statystyka szczepienia ospy w Królestwie Polskiem.
 - 2) Wspomnienie pośmiertne o Włodzimierzu Brodowskim.
 21. Zajdenman przedstawił:
 - 1) Chorą z hydrophthalmus.
 - 2) Chorą z obrzękiem powiek niewiadomego pochodzenia.
 22. Żurakowski Al.: „w sprawie zjazdu lekarskiego we Lwowie.“
- Z łona członków Tow. Lek. Lub. w roku sprawozdawczym wybrane były, prócz stałych komisji bibliotecznej irewizyjnej:

1. Stała komisya przemysłowo-lekarska, o której szczegółowo sprawozdanie złożył kol. Chodźko.

2. Komisya, złożona z kol. Biernackiego, Jarnuszkiewicza i Zajdenmana w sprawie kasy emerytalnej dla lekarzy, zapoczątkowanej przez Radomskie Tow. Lekarskie. Komisya ta miała sobie polecone zbadanie rozmaitych typów istniejących już tego rodzaju instytucyi i porozumienie się w tej kwestyi z Radomiem Tow. Lek.

3. Komisya złożona z przedstawicieli wszystkich 4-ch Szpitali dla rozpatrzenia schematu statystycznego kol. Rudzkiego.

4. Komisya z kol. Jaworowskiego, Jarnuszkiewicza i Arnsztejna w sprawie dyżurów nocnych.

Prócz tego L. T. L. organizowało komisję do zbierania składek na budowę szpitala dziecięcego w Lublinie — z udziałem wielu osób, do Towarzystwa nienależących. Cała ta jednak sprawa, z przychyleniem od Towarzystwa niezależnych poszła w odwłokę.

Towarzystwo lekarskie lubelskie.

XXX-te posiedzenie doroczne 4 lipca 1904 roku

SPRAWOZDANIE

z czynności Biblioteki i Komisji bibliotecznej za rok 1903/4.

Szanowni Panowie!

Uchwałą Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego z dnia 18 października 1902 r. na wniosek 'Chodźki została powołaną do życia tymczasowa Komisya do spraw przemysłu lekarskiego, mająca się zająć zbadaniem obecnego stanu przemysłu i handlu lekarskiego w kraju naszym i zaprojektowaniem środków ku usunięciu w tym dziale wyrobów obcokrajowych. W skład tej Komisji weszli: kol. Jaworowski—wiceprezes naszego Towarzystwa, jako przewodniczący, koledzy: Brzeziński, Chodźko, Jaczewski, Majewski, Markiewicz, Rudzki, Tymiński i Zajdenman oraz właściciel składu aptecznego w Lublinie pan Magierski. Sekretarzem Komisji był kol. Majewski. Komisya przemysłowa odbyła w ciągu roku 1902/1903 sześć posiedzeń, na których opracowała: 1) *Szczegółowy wykaz wód mineralnych polskich w zestawieniu z odnośnemi wodami obcokrajowemi*

na podstawie znanej panom pracy dra Dobrzyckiego—sprawę tę referował kol. Rudzki na posiedzeniu Towarzystwa naszego w dniu 18 kwietnia 1903 r. i uzyskał wiadomą Szanownym Panom *Uchwałę Towarzystwa „w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych“*, na mocy której zobowiązaliśmy się wszyscy do stosowania wód mineralnych polskich w jaknajszerszym zakresie. Powyższa Uchwała Towarzystwa, odpowiednio zredagowana, została zakomunikowaną wszystkim lekarzom gubernii lubelskiej, aptekom i składom aptecznym miasta Lublina, lekarzom zdrojowym Towarzystwom Lekarskim i wielu lekarzom poszczególnym.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie uchwaliło odbić Uchwałę naszą o wodach mineralnych w 100 egzemplarzach i rozdać ją swoim członkom. Uchwała nasza była niedawno przedmiotem rozpraw w Wydziale zdrojowisk Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego i znalazła nawet szerszy odgłos w prasie ogólnej, a mianowicie została przytoczoną w streszczeniu w Nr. 87 „Gońca Porannego“ z r. 1904, gdzie też wypowiedziano życzenie, ażeby została odbita w wielkiej ilości egzemplarzy i rozesłana wszystkim lekarzom polakom. Dalej Komisya tymczasowa opracowała przy współudziale p. Magierskiego 2) *wykaz porównawczy cen środków lekarskich i opatrunków niemieckich z innymi obcokrajowymi i krajowymi*. Z wykazu tego można się było dowodnie przekonać, że większość cen przetworów niemieckich (jako patentowanych) przewyższa ceny odpowiednich przetworów francuskich, szwajcarskich i innych—poza tem jakość tych przetworów, jak dowiodło doświadczenie, nie ustępowała jakości przetworów niemieckich, a nawet w niektórych razach przewyższała takową (np. przetwory kreozotowe francuskie). Sprawa ta była referowaną przez kol. Chodźko na posiedzeniu naszego Towarzystwa w dniu 18 czerwca 1903 r. i zdołaliśmy uzyskać *Uchwałę „w sprawie wypisywania leków i środków opatrunkowych“ z dnia 4 lipca 1903 r.*, na mocy której członkowie naszego Towarzystwa zobowiązali się nie stosować przetworów niemieckich, ale odpowiednie, wymienione w Uchwale, przetwory krajowe, francuskie, szwajcarskie itd., wypisując nazwę fabryki obok nazwy środka na receptach. Uchwała powyższa była zakomunikowaną wszystkim aptekom i składom aptecznym gubernii lubelskiej, wszystkim lekarzom tejże gubernii, Towarzystwom Lekarskim polskim i wielu lekarzom poszczególnym, wymienionym w uchwale aptekom warszawskim pp. Manduka, Bukowskiego, Gessnera, Wendy i firmie „Motor“ oraz przedstawicielom fabryk francuskich i szwajcarskich w Warszawie. Na żądanie Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego wystaliśmy pod jego adresem 80 egzemplarzy naszej Uchwały. Towarzystwo Lekarskie Radomskie zażądało 10 egzemplarzy, Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie zażądało 100 egzemplarzy obu uchwał; Towarzystwo Lekarskie Łódzkie i Płockie przyjęło naszą uchwałę do wiadomości, zaś Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nie odpowiedziało nam zupełnie. Wreszcie 3) Komisya tymczasowa wypracowała wykaz porównawczy cen wyrobów przemysłu lekarskiego w dziale chirurgicznym, ginekologicznym, akuszerjnym, uro-

logicznym, okulistycznym, dentystycznym, elektrolecnicznym, opatrunkowym i laboratoryjnym;—na zasadzie tych wykazów doszliśmy do wniosku, że *towar lekarski niemiecki albo pod względem ceny, albo pod względem jakości stanowczo ustąpić musi przed wytwórczością krajową i obokrajową nie niemiecką*. Wszystkie tu wymienione prace b. Komisji tymczasowej są drukowane obecnie, począwszy od stycznia 1904 r. w „Czasopiśmie lekarskiem” Łódzkim.

Uchwałą Towarzystwa Lubelskiego z dnia 19 października 1903 r. Komisya tymczasowa do spraw przemysłu lekarskiego istnieć przestała, natomiast Towarzystwo wytworzyło w swoim łonie organ stały „Komisję przemysłową Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego” na zasadach, wspólnych dla wszystkich Komisji stałych Towarzystwa (rewizyjna, biblioteczna). Zadaniem tej Komisji ma być dalsze opracowywanie wniosków Komisji tymczasowej w tym samym kierunku i duchu oraz staranie się wszelkimi środkami o rozwój krajowego przemysłu lekarskiego i usuwanie wyrobów obcokrajowych w dziale przemysłu lekarskiego z naszego handlu. Do Komisji tej zostali wybrani: kol. Chodźko, Cynberg, Dziewiszek, Jaczewski, Radomyski, Rudzki oraz z pośród Aptekarzy—Członków Towarzystwa panowie Stecki i Szanajca. Przewodniczył Komisji kol. wice-prezes Jaworowski, sekretarzem był Chodźko. W pracach Komisji przyjmowali udział: kol. Majewski i kol. Piętkowski oraz pp. Haberlau i Magierski. Komisya przemysłowa odbyła 2 posiedzenia: w dniu 9 marca i 16 kwietnia 1904 r., na których załatwiono między innymi sprawy następujące:

postanowiono prosić jednego z członków Komisji o sprowadzenie pewnej ilości termometrów maksymalnych i minutowych francuskich z firmy Bognier i Burnet w Paryżu w celu zastąpienia odnośnych wyrobów niemieckich;

rozesłano wszystkim składom aptecznym miasta Lublina okólnikowo wykaz cen waty hygroskopijnej, wyrabianej przez fabrykę chemiczną „Tlen” we Lwowie i Dobrowolskiego w Podgórzu, z zachętą i wezwaniem do zawiązania stosunków handlowych z wymienionymi firmami;

zwrócono się do fabryki chemicznej „Tlen” we Lwowie z prośbą o nadesłanie próbek wyrabianych przez nią przetworów (Acid. nitric., Argentum nitric. cryst., fusum, Bismuthum subnitric., Bismuthum salicyl. etc.).

zwrócono się do p. Zawadzkiego, aptekarza w Sosnowicy, z prośbą o nieużywanie do wyrobu jego „Kreozalbiny” kreozotu pochodzenia niemieckiego (*w odpowiedzi pan Zawadzki zaznaczył, że używa kreozotu francuskiego*);

zwrócono się do p. Hosera, przedstawiciela fabryki „Société Chimique des Usines du Rhône”, o nadesłanie próbek barwników anilinowych do mikroskopii wyrobu tej firmy (*w odpowiedzi otrzymano próbki barwników następujących: eozyrna, erytrozyna, floksyna, fuksyna kwaśna, fuksyna A. kryst., methylenblau, Bismarckbraun,*

rodamina, róż R. P., safranina, tropeolina, które odesłano z prośbą o wypróbowanie do pracowni szpitala św. Wincentego w Lublinie);
zamieszczono odpowiedź w redakcyi kol. Rudzkiego na artykuł w № 87 „Gońca Porannego”—odpowiedź ta została wydrukowana w znacznem skróceniu w Nr. 132 „Gońca Porannego“ z r. 1904;

zwrócono się do pp. Właścicielei Aptek miasta Lublina z prośbą, ażeby zechcieli przedstawiać dawne i nowsze środki farmaceutyczne krajowe i zagraniczne, z pomijaniem wyrobów niemieckich, na posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego i ułożono regulamin tych demonstracyi;

przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego model sterylizatora, nadesłany przez wynalazcę dra Wątorka ze Lwowa, i postanowiono prosić kolegę Majewskiego o wypróbowanie kliniczne tego sterylizatora w szpitalu św. Wincentego;

zwrócono się do Magistra Bukowskiego z prośbą o nadesłanie próbek Eau d'Atoxyl ferrugineuse jego wyrobu oraz surowicy paciorkowcowej prof. Bujwida;

ułożono i poddano pod zatwierdzenie Towarzystwa odezwę do wytwórców polskich w dziale przemysłu lekarskiego o nadsyłanie cenników, prób i wzorów ich wyrobów do Komisyi;

na prośbę Komisyi p. Aptekarz Przybyłowski poddał badaniu chemiczno-farmaceutycznemu nadesłane próbki przetworów wyrobu fabryki Krella i S-ki w Grodzisku pod Warszawą (Antyfebryna, chloroform, kwas salicylowy, fenacetyna, salol) i wnioski swoje zakomunikował na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 4 czerwca r. b.;

poddano badaniu klinicznemu w szpitalach lubelskich plastry, nadesłane jako próbki przez firmę „Motor“ w Warszawie oraz Sirolinę (Syrup. Thiocoli) wyrobu tejże firmy,

otrzymano próbki przetworów Bazylejskiej Fabryki Chemicznej (z filią w Pabjanicach);

wysłano odezwę do Wydziału szpitali i przytułków Warsz. Tow. Hyg. z zapytaniem co do projektowanej tamże „Komisyi oceniającej środki lekarskie“;

zakupiono: „Bilans handlowy Królestwa Polskiego—Żukowskiego oraz „Księgę adresową przemysłu fabrycznego w Królestwie Polskiem na rok 1904.“

Wydatkowano na korespondencyę Komisyi rb. 4 kop. 60 i na zapłacenie cła za sterylizator dra Wątorka rb. 5 kop. 29.

Stając po raz pierwszy ze sprawozdaniem ze swojej działalności przed publicznością lekarską, ożywnieni jesteśmy nadzieją, że usiłowania nasze, zdążające ku uwolnieniu społeczeństwa w zakresie przemysłu lekarskiego od monopolu niemieckiego i, co za tem idzie, samodzielnemu rozwojowi w tym dziale przemysłu, znajdą szczerą oddźwięk wśród wszystkich lekarzy polskich i natchną ich głęboką wiarą, jaką i my żywimy niezłomnie, że wspólną wytrwałą pra-

cą przyczynimy się w dużej mierze do rozwoju i pomyślności całego ogółu naszego.

Przewodniczący w Komisji przemysłowej Wice-prezes

A. Jaworowski.

Członkowie:

Cynberg, Dziewiszek, Jaczewski, Radomyski, Rudzki, Stecki, Szanajca.

Sekretarz Komisji

Chodźko.

*Biblioteka i Komisja Bill; 72
204 1903/4*

Sprawozdanie z czynności komisji przemysłowej.

Szanowni Panowie!

W ciągu roku sprawozdawczego 1903/4 do biblioteki naszego Towarzystwa przybyło zapisanych do księgi inwentarzowej, czyli katalogu A. numerów dzieł i czasopism 260 w 322 tomach—czyli że biblioteka nasza liczy teraz numerów dzieł i czasopism 4162. Z ważniejszych dzieł, które przybyły do biblioteki w ciągu ubiegłego roku, wymieniamy:

Bałlaban. Doświadczenia na polu okulistyki t. 1.

Bartkiewicz. Dzieje Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej t. 1.

Biegański. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wydanie III t. 1.

Dmochowski. Dyagnostyka anatomo-patologiczna t. 1.

(Jaworski). Nauka o chorobach wewnętrznych t. 3.

Pisek. Terapia chorób serca i naczyń t. 1.

Sokołowski. Choroby dróg oddechowych t. I i II.

Dieulafoy. Podręcznik chorób wewnętrznych t. 2.

Grancher-Comby. Traité des maladies de l'enfance II édit. t. 1.

Hugounencq. Précis de chimie physiologique et pathologique t. 1.

Wszystkie z zakupu.

Zaprenumerowano:

Pamiętnik fizyograficzny, Biblioteka lekarska na rok 1903 i 1904, Głos lekarzy na rok 1903 i 1904. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. na rok 1904. Rozprawy Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie na rok 1904, Schmidt's Jahrbücher des gesammten Medicin na rok 1903 i 1904, Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie na rok 1904.

Oprócz wyżej wymienionych przybyło kilkadziesiąt roczników i broszur, uprzejmie ofiarowanych przez kolegów:

Buckiewicz, Dudrewicza, Heimana jun., Korybut-Daszkiewicz, Neugebauera—z Warszawy, kol. Serkowskiego z Łodzi, kol. Majkowskiego z Radomia, kol. Putermana z Sosnowca, kol. Puławskiego z Nałęczowa, kol. Biernackiego, Dobruckiego, Olechnowicza, Rudzkiego, Talkę z Lublina. Wszystkim wymienionym łaskawym ofiarodawcom wyrażamy niniejszem podziękowanie. Do biblioteki przybył też w tym roku księgozbiór po zmarłym Członku honorowym i długoletnim Prezesie naszego Towarzystwa ś. p. d-rze Janiszewskim.

Do czytelnia Towarzystwa otrzymaliśmy bezpłatnie czasopisma następujące:

Kronika lekarska, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Medycyna, Ginekologia, Przegląd dentystyczny, Časopis lékařu českyh. Redakcyom wymienionych czasopism wyrażamy serdeczne podziękowanie.

Oprócz tego czytelnia Towarzystwa otrzymywała regularnie Przegląd lekarski—od kol. Jaworowskiego, Krytykę lekarską i Czasopismo lekarskie—od kol. Jaczewskiego, Archiwum polskie nauk biologicznych i lekarskich—od kol. Jaczewskiego, Münchener Medizinische Wochenschrift—od kol. Arnstajna.

Wszystkie przybywające do biblioteki nowe dzieła zostały oprawione. Biblioteka Towarzystwa była otwierana stale co poniedziałek i piątek, ale frekwencya czytelników była nader słabą, jak również i ruch wypożyczalni książek.

Komisję biblioteczną w roku 1903/4 składali:

Wice-prezes Jaworowski—jako przewodniczący z urzędu; Arnstajn, Dobrucki, Jaczewski—jako członkowie z wyboru, Chodźko—jako bibliotekarz z urzędu. Sekretarzem Komisji był Chodźko.

Komisya bibliteczna odbyła w ciągu ubiegłego roku dwa posiedzenia, a mianowicie 21 października 1903 roku i 17 czerwca 1904 r., na których załatwiono sprawy następujące:

Wyznaczono książki do zakupu i czasopisma do zaprenumerowania;

Zakupiono nową szafę dla biblioteki;

uchwalono przesłać w darze paręset tomów duplikatów dzieł starszych i nowszych Towarzystwu Lekarskiemu Radomskiemu;

ulożono wyciąg z Katalogu Biblioteki z wymienieniem dzieł nowszych i cenniejszych;

ulożono sprawozdanie roczne:

wydano na zakup książek i zaprenumerowanie czasopism rb. 58 kop. 95, na oprawę książek rb. 4 kop. 35.

W działalności Komisji Biblitecznej w ciągu ubiegłego roku sprawozdawczego—daje się zauważyć pewne osłabienie energii czynu—fundusz budżetem wyznaczony (rb. 150) nie został wyczerpanym całkowicie, gdyż składki od członków Towarzystwa w roku ubiegłym napływały nader nieregularnie, co nie pozwoliło na wykonanie wszystkich zamierzeń budżetowych—najbardziej jednak przy-

gnębiająco oddziaływała na czynności Komisji i Bibliotekarza niewytłomaczona niechęć i obojętność ogółu członków naszego Towarzystwa na zasoby biblioteki i niekorzystanie z nich prawie zupełnie.

Przewodniczący w Komisji bibliotecznej Wice-prezes:

A. Jaworowski.

Członkowie (pod.):

Arnsztajn, Dobrucki, Jaczewski.

Sekretarz Komisji i Bibliotekarz Tow. Lek. Lub.

Chodźko.

Kronika bieżąca.

(RM) Dr. Stefan Horoszkiewicz zatwierdzony został na stanowisku docenta prywatnego medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(RM) Wiceprezesami Rad powiatowych wybrani zostali w ostatnich czasach lekarze: Dr. Stefan Skrzyński w Krakowie, Dr. Juliusz Dietzius w Jarosławiu i Dr. Edward Krzyżanowski w Buczcu.

(RM) Dr. Stanisław Domański, profesor chorób nerwowych na Uniwersytecie Jagiellońskim, wybrany został na wiceprezydenta miasta Krakowa.

(w) Wciąż trwa w Warszawie epidemia włóknikowego zapalenia płuc, odry i szkarlatyny.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W dalszym ciągu powołani zostali następujący koledzy do pełnienia służby wojskowo-lekarskiej:

Z Warszawy koledzy: Jan Bełkowski, Julian Służalek, Augustyn Łogucki, Stefan Rontaler, Edward Tymieniecki, Finne, Alojzy Fitkał, Herman Alapin, Józef Kizler, Leonard Lorentowicz, Jakób Hirsz, Władysław Schoeneich, Jan Moczulski, Józef Kohn, Anastazy Landau, Aronsohn, M. Przyrembel, Stanisław Kralkowski, S. Lejzerowicz, Adam Rappaport, Rakowski, Jakób Rosenberg, Olenin, Dytkowski, Rosner, Żeger, Maciołkiewicz, W. Garszyński, Czesław Stankiewicz, Teofil Szpot, Stefan Janczewski, A. Damski.

Z prowincyi koledzy: Stanisław Nowicki (z Żyrardowa), Gliksman (z Pińska), Dyonizy Hellin (z Kowna), Władysław Epsztejn (z Brześcia), Leon Wajncier (z Piotrkowa), Emil Knotte (z Łodzi), Salomon Kantor (z Łodzi), Bernard Mazel, Stanisław

Cohn (z Łodzi), Adam Maszlanka (z Łodzi), Henryk Szumacher (z Łodzi), Leon Wejssberg (z Łodzi), Ryszard Wołowski (z Sochaczewa), Lon Wasilewski (z Częstochowy), Edward Cohn (z Częstochowy), Ignacy Majkowski (z Częstochowy), J. Pietrasiewicz (z Częstochowy), J. Szpiganowicz (z Sosnowca), Kazimierz Hein (z Kielc).

Zmarli: Dr. Edward Taraszkiewicz dnia 25 Września r. b. w Petersburgu, w wieku lat 63.

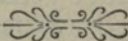
Dr. Pieskow dnia 14 Września r. b. na Dalekim Wschodzie wskutek zapalenia płuc.


Dr. Stanisław Mrajski, starszy lekarz wojskowy, w wieku lat 51.

Dr. Michał Zawadzki, starszy lekarz wojskowy, w wieku lat 42.

Dr. Czesław Uhma, wychowanek Uniwersytetu Jagiellońskiego, znany syfilidolog i dermatolog lwowski, autor (nieukończono) podręcznika syfilidologii, lekarz sprawom publicznym oddany, zmarł dnia 14 Października 1904 we Lwowie w 42 roku życia.

Dr. Aleksander Jan Stochman, praktykujący od wielu lat w Ciechocinku, dnia 26 Października r. b. w Warszawie, w wieku lat 59.



 Do bieżącego numeru dla wszystkich prenumeratorów dołącza się cyrkularz firmy Parke Davis et Comp. „Przetwory toaletowe przyrządzane na podstawach naukowych.“

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

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