

GAZETA LEKARSKA

I. O leczeniu ambulatoryjnym wrzodów goleni.

Podał

H. Goldberg,

Asystent oddziału chirurgicznego szpitala Św. Aleksandra w Łodzi i lekarz ambulatoryum chirurgicznego przy Chrz. Tow. Dobroczynności w Łodzi.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 18).

Jeżeli dno wrzodu jest pokryte sporą warstwą owrzodzonej ziarniny i wydzieliną obfitą, należy po znieczuleniu kokainą [wystarczy przyłożyć na parę minut wacik, zmoczony w 5^o/_o-ym roztworze kokainy] oczyścić dno ostrą łyżeczką. Mówiłem już, że przebieg wrzodu goleni zależy od stanu otaczającej skóry, to też z tego punktu widzenia powinniśmy rozpatrywać środki lekarskie i sposoby opatrunku używane przy tem cierpieniu. Zabiegi nasze zatem powinny mieć na celu: po pierwsze, usunąć podrażnienie otaczającej skóry, doprowadzić ją do prawidłowego stanu; powtóre, współdziałać wypełnieniu się wrzodu zdrową ziarniną. Wtedy dopiero osiągniemy doszczętne wyleczenie, polegające na tem, że równocześnie z wypełnieniem dna wrzodu z brzegów zaczną narastać świeży naskórek delikatną perłową warstewką.

Ze środków lekarskich używam jodoformu, nalewki jodowej, lapisu, kamfory i kalomelu. Jodoform w proszku bezwarunkowo należy do środków silnie dezynfekujących i pobudzających ziarninę, ale, licząc się ze stanem otaczającej skóry, musimy się wyrzec tego środka częstokroć po jednorazowym użyciu; można wprawdzie nałożyć poprzednio grubą warstwę maści obojętnej po brzegach wrzodu, ale i ten sposób niezawsze zabezpiecza od pryszczycy.

Nalewka jodowa działa wprawdzie w sposób mniej doskonały, pryszczyca zato nigdy przy niej nie spotykałem. Azotan srebra w jakiegokolwiek postaci uważam za wskazany, gdy dno wrzodu pokryło się już bujną ziarniną.

Kalomel, zalecany przez LANGSDORF'a ¹⁾, w jednym przypadku, gdzie podejrzewałem syfilis, oddał mi dobre usługi.

O stosowaniu kamfory dotąd nie spotykałem wzmianki. Moje doświadczenie, oparte na wyniku 8-u przypadków, daje mi prawo zalecić ten środek. Dawniej używałem kamforę pod postacią maści 10%-owej, dziś jednak stosuję ją czystą, nie wahając się sypać na wrzód nawet większych grudek.

Nigdy nie spostrzegalem przy użyciu kamfory pryszczycy. Ropienie wkrótce zmniejsza się, ziarnina obficie buja; znaczne nawet ilości kamfory wysysają się całkowicie przez powierzchnię wrzodu. Tak więc ze środków lekarskich używam dzisiaj najchętniej kamfory, nalewki jodowej; lapisu zaś przy zbyt obfitej ziarninie.

Z nowszych środków stosowałem *Hg. sozodolicum* bez dodatnich wyników.

Początkowo, stosując się do wskazówek JESSNER'a, zawsze pokrywałem wrzód kawałkiem *protectiv-silku*, dziś jednak różniczkuję przypadki, gdyż wrzód obfitej wydzieliny zbiera się ona pod silkiem i drażni skórę, to też silku używam tylko wtedy, gdy dno wypełni się ziarniną.

Opatrzywszy wrzód, przechodzimy do otaczającej skóry. Nie widziałem nigdy wrzodu goleni, gdzieby skóra dookoła była prawidłową; w najlepszym razie mamy nieznaczną przestrzeń skóry sinawej, suchej, nieco nacieczonej, w najgorszym—pryszczycę rozlaną, zajmującą częstokroć całą goleń.

Należy leczyć skórę niezależnie od wrzodu, to też w lekkich postaciach używam maści kseroformowej 10%-owej [dawniej bornej 2--3%-owej], w ciężkich zaś—najrozmaitszych środków, najchętniej *Ammonii sulfo-ichthyolici* 10%-ej, mieszanek składającą się z tlenku cynku, krochmalu, rezorcyny i t. d.

Maści z zawartością żelatyny używałem dawniej stale, dziś jednak zarzucam ją potrosze. Po pierwsze, przekonałem się, iż skóra normalna znosi ją dobrze, lecz przy najłżejszej nawet postaci pryszczycy widzimy przykre powikłania. Powtóre, odkąd straciłem wiarę w znaczenie równomiernego ucisku, nie widzę celu w stosowaniu maści żelatynowej. Wszak maść ta jest zalecana przez UNNA'ę, SCHLEICH'a i JESSNER'a w tym celu, aby opatrunek szczelnie przylegał do skóry, a bandaż wywierał ucisk równomierny. Doświadczenie nauczyło mię, że i bez tej maści, o ile bandażowanie jest prawidłowe, opatrunek nie przesuwa się, a wrzód goi się również dobrze. Stosowanie zaś maści żelatynowej jest uciążliwe, gdyż rzadko która apteka umie ją dokładnie, to znaczy bez grudek, przygotować, powtóre zaś—trzeba ją przed każdym użyciem rozgrzewać.

Gdy skóra, otaczająca wrzód, nie ucierpiała silniej, stosuję na nieznacznej przestrzeni maść kseroformową lub borną; przy pryszczycy stosuję jeden ze środków, wskazanych przy tem cierpieniu. Przy skórze względnie normalnej nie stosuję żadnych maści, lecz wprost warstwę waty, i nigdy dotąd pryszczycy nie spostrzegalem, chociaż opatrunek pozostawał 7—10 dni.

¹⁾ Centralblatt für Chir. 1897. 20. XI.

Goleń pokrywam warstwą gazy wyjałowionej, o ile wypadło zastosować jakąkolwiek maść; w przeciwnym razie tylko warstwę waty; wrzód jednak pomimo silku zawsze gazą zabezpieczam.

Teraz przystępujemy do bandażowania kończyny. Zacząłem od *Idealbinde*, i muszę przyznać, że bandaż ten posiada wiele zalet: jest elastyczny, porowaty, trwały, po praniu nie traci swych własności, wreszcie jest przyjemny w użyciu; bandaże sukienne, płócienne, metalowe i gazowe nie dadzą się z nim porównać. Ma on jednak i złe strony w porównaniu z bandażem krochmalowym: *Idealbinde* jest droga [75 kop. do 1 rub. sztuka], i nie ustala tak opatrunku, jak bandaż krochmalowy. Ponieważ zaś każdy opatrunek powinien mieć na celu leczenie przedewszystkiem pryszczycy, nie zaś żyłaków, więc też stały, unieruchamiający stopę opatrunek krochmalowy stosuję coraz chętniej, *Idealbinde* zaś używam teraz w tych tylko przypadkach, gdzie obfita wydzielina wrzodu i silnie wyrażona pryszczycza zniewała do częstej zmiany opatrunków.

Bandaż elastyczny nakładam, poczynając od palców do kolana, w ten sposób, aby każdy obwój następny pokrywał $\frac{2}{3}$ poprzedniego, przyczem zlekka uciskam kończynę. Bandaż krochmalowy stosuję cokolwiek inaczej: nie wywierając żadnego ucisku, idę od palców, unieruchomiam obwojem ósemkowym kilkakrotnie stopę, następnie idę w górę, jak przy bandażu elastycznym. Kostki i ścięgno Achillesa wyścielam cokolwiek obficie watą, na grzbiecie stopy szczególniej wystrzegam się ucisku, gdyż miałem tutaj przypadki odleży.

Z powyższego widać, że ucisku właściwie nie stosuję zupełnie. Na czem polega działanie bandaża krochmalowego, twierdzić kategorycznie nie mogę, przypuszczam jednak, że unieruchomienie stopy działa podobnie jak leżenie chorego w łóżku, przyczem wrzody zablizniają się szybko i nieledwie samostnie.

Co się tyczy pytania, na jak długo zostawić opatrunek, to pierwszy robię po 4-ch dniach, następne zaś, w miarę przesiąknięcia opatrunku i skarg chorego, zazwyczaj co tydzień. W dalszym przebiegu i pomyślnym rozwoju zostawiam opatrunek na 10—14 dni.

Widzimy teraz o ile używana przeze mnie metoda jest prostszą od używanych dotychczas. Prostota zaś w tym przypadku musi być bodaj czynnikiem rozstrzygającym.

Ogółem leczyłem w ambulatoryum Św. Rocha w Warszawie, w ambulatoryum przy Tow. Chrz. Łódzkim i w szpitalu Św. Aleksandra w Łodzi 24-ch chorych; uleczenie trwale otrzymałem w 50% nieledwie przypadków. Średni przeciąg leczenia przypadków uleczonych trwał około miesiąca; opatrunków średnio przypadło na ulezonego 7—8.

W dwu przypadkach chronicznych uleczenia nie otrzymałem dotąd, nie bacząc na leczenie 8 - miesięczne. Trzy przypadki, po uleczeniu owrzodzeń

zwróciłem do specjalisty skór nego, w celu leczenia od pryszczycy. W 5-u przypadkach choroby po kilku opatrunkach bez poprawy usunęli się z pod dalszej obserwacji.

II. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIwersYTETU LWOWSKIEGO.

Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania się chlorków w chorobach nerkowych

(*uraemia achlorica, stadium achloricum sine albumine M. Brigthi acuti*).

Podał

Prof. Antoni Gluziński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 18].

III. M. K., lat 25. Z rozpoznaniem klinicznym: *Typhus abdominalis in stad. dep. ulc. intercurr. bronchit. diffus. purul. et pneumon. lobular. ambil. Sepsis verisim. streptococcica*, stwierdzona sekcyą [w śledzionie, żółci *bac. typhi*, z miejsca zapalenia w płucach *strepto* - i *staphylococci*]; w przypadku tym chlorki w moczu zupełnie były zniesione, przy osadzie złożonym z obfitych wałeczków ziarnistych, mniej licznych szklistych bez obecności białka, a w którym badanie histologiczne nerek wykazywało ogromne zwyrodnienie mięszone. Stan bowiem nerek był następujący: Makroskopowo: Nerki powiększone, torebka cienka schodzi dobrze. Powierzchnia gładka o silnie nastrzykanych naczyniach krwionośnych. Na przekroju nerek rysunek kory i piramid wyraźny; kora rozszerzona z prążkowanym nastrzykaniem, również silnie nastrzykane piramidy. Nerka o wyglądzie óym [nerki gotowanej], krucha. Na błonie śluzowej miedniczek płyn gęsty, mętny, skąpy i kilka bladoróżowych wybroczyn krwawych. Mikroskop: Kłębki o budowie prawdziwej, o silnie nastrzykanych pętłach naczyniowych, których śródbłonki zmian wyraźnych nie okazują. Światło torebki BOWMANN'a przeważnie szerokości od powiedniej, gdzie indziej tylko zawiera skąpą zawartość ziarnistą [białko?] lub po kilka ciałek czerwonych. Przybłonki torebki przeważnie utrzymane, gdzie indziej złuszczone. Kanaliki o przybłómkach wybitnie napęczniałych, powiększonych i granicach między sobą pozacieranych wypuklają się łukowato do światła tychże, wywołując jego znaczne pomniejszenie; gdzie indziej

wprost zatkanie. Pierwoszcze przybłonków zciemniałe, ziarniste, jądra barwiące się. W bardzo wielu miejscach przybłonki o jądrach bardzo blade lub całkiem się nie barwiących, a dotyczy to przybłonków złuszczejących się i rozpadających w wielu miejscach. Światło kanalików, o ile jest utrzymane, zawiera bądźto wspomniane rozpadające się komórki, bądź też skąpą zawartość ziarnistą. Za ledwie w kilku kanalikach spotykamy ciałka krwi czerwone. Naczynia krwionośne tak włosowate—płłary międzykanalikowe, jak i pnie większe porozszerzane i obficie krwią powypelnione. Ściany naczyń bez zmian widocznych. Tkanka podścieliskowa zmian nie okazuje z wyjątkiem drobnutkich i to b. skąpych wybroczyn.

W n i o s k i. Obraz opisanych zmian drobnowidzowych odpowiada zwyrodnieniu mięszowemu (*reg. parench.*) wysokiego stopnia mięszowych pierwocin nerki, posuniętemu aż do martwicy tychże [niebarwienie się jąder] i ich rozpadu; silnemu przekrwieniu [już makroskopowo widocznemu] tak kłębków, jak i naczyń innych; wybroczynki [wprawdzie jeszcze b. skąpe] w kanalikach, jak i torebkach BOWMANN'a świadczą już o pewnej alteracji ścian naczyń. We wszystkich zatem tych trzech przypadkach rozmaitego pochodzenia zakaźnego, bo syfilitycznego (?), pneumokokowego i durowego, mieliśmy podobne zachowanie się moczui i białka i we wszystkich histologiczny obraz silnie rozwiniętego zwyrodnienia mięszowego, a w dwu z nich nawet poważne zaburzenie krążenia w postaci silnego przekrwienia kłębków, a nawet wynaczenia, świadczące o znacznej alteracji ścian naczyń krwionośnych. Niemam dowodu, czy w tych przypadkach, gdyby życie dłużej trwało, nie przysłoby do charakterystycznych zmian dla *nephritis*; mimowoli jednak nasuwa się myśl, czy temu wstępnemu okresowi zapalenia nerek po szkarlatynie nie odpowiada ten histologiczny obraz ostrego zwyrodnienia mięszu nerkowego, po którym przychodzi okres znanych nam zmian zapalnych. Gdyby tak było, to możnaby przypuszczać, że i w tych przypadkach *arteriosclerosis renum* i *nephritidis chronicae interstitialis* przychodzi z jakiegoś powodu, np. toksycznego, do ostrego zwyrodnienia mięszu i wtedy występuje ten obraz kliniczny wielce charakterystyczny z wymiotami, z nagłem zniesieniem chlorków i jak przy *arteriosclerosis*, z nagłem zjawieniem się osadu złożonego z wałeczków szklistych i ziarnistych, świadczącego o poważnej alteracji mięszu nerkowego.

Są to dopiero myśli, które potrzebują rozwinięcia i dalszej klinicznej obserwacji [do czego nadawałyby się szczególnie, jak to wyżej wspomniałem, przypadki szkarlatyny, badane na zachowanie się chlorków aż do wystąpienia typowych objawów klinicznych *nephritidis*], jak nie mniej badania histologicznego, zwłaszcza np. przypadków *arteriosclerosis*, któreby kończyły życie wśród objawów skreślonych przy opisie przypadku na początku podanego.

Nie chcę również przesądzać drogi, po jakiej się odbywa w tych przypadkach zatrzymanie chlorków—czy pierwotne zatrzymana jest woda, a następstwo chlorki, czy odwrotnie; jak daleki również jestem od tego, by zaprze-

czać zupełnie histo-lub seroretencyi chlorków w chorobach np. ostrych zakaźnych; podnoszę tylko z naciskiem, że w tych razach nie wolno przejść do porządku dziennego nad udziałem zmienionej nerki, jak to czynią ACHARD i LOEPER.

Punk wyjścia moich badań był kliniczny, do klinicznych też wniosków przechodzę.

1) Wśród przebiegu *arterioscleroseos renum i nephritidis chronicae interstitialis* zdarzają się okresy zatrzymania wydzielenia chlorków, czemu towarzyszy nieraz ciężki obraz kliniczny ogólnego schorzenia [wymiotów, nieraz z coraz większą zawartością HCl, znaczne pragnienie, bez drgawek, bez bólu głowy, przy niezamąconej świadomości], mogący minąć po szeregu dni zupełnie pomyślnie lub też przy coraz zwiększającym się osłabieniu, wzmagającym się niepokojem, wśród utraty przytomności bez drgawek, kończący się śmiercią. Stan ten nazwałem *uraemia achlorica*, dla odróżnienia od zwykłego obrazu mocznicy.

2) Na kilka dni przed zwykłymi cechami klinicznego ostrego zapalenia nerek, może istnieć zbiór objawów, jak uczucie schorzenia, wymioty, ślad obrzęku np. na twarzy, zmniejszenie się i zmętnienie moczu, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, ciała krwi, przy wstrzymaniu wydzielenia chlorków ale bez białka — po którym to okresie dopiero występują znane nam klinicznie cechy ostrego zapalenia nerek. Okres ten wstępny nazwałem *stadium achloricum sine albumine* ostrego zapalenia nerek.

3) Badanie też przypadków szkarlatyny w okresie zdrowienia na zachowanie się chlorków, systematycznie przeprowadzane, miałyby podwójny cel: raz teoretyczny, aby przekonać się czy i jak często podobny okres wstępny da się stwierdzić i powtórzyć — praktyczny, bo stwierdzenie zachowania się moczu opisanego pozwoliłoby na wcześniejsze rozpoznanie rozpoczynającego się zapalenia nerek bez czekania na zjawienie się białka.

4) Biorąc analogię z przypadków innych zakażeń, których pojedyncze przykłady przytoczyłem, nasuwa się myśl, czy temu wstępnemu okresowi nie odpowiada zmiana w nerkach, równająca się ostremu zwyrodnieniu mięszo-wemu.

5) Dodać winienem, że na podstawie tych spostrzeżeń jestem zdania, że nad udziałem zmienionej nerki w zatrzymywaniu chlorków przy chorobach ostrych zakaźnych nie można spokojnie przejść do porządku dziennego.

III. ZE SZPITALA I PRACOWNI ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE.

Serodyagnostyka syfilisu oraz wartość próby Kleusner-Kreibich'a.

Odczyt, wygłoszony dnia 2/IV 1908 r. w sekcji dermatologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Podał

Dr Leon Wernic.

(Dokończenie — Patrz Nr. 18).

Chora K. lat 14, przyszła do szpitala z objawami rzeżączki. Konstatowano w wydzielinie pochwowej gonokoki. Anamneza wskazywała, sądząc ze słów chorej, na to, iż przed rokiem leczyła się w szpitalu z powodu owrzodzenia, które rychło się zagoiło. Powiększenia gruczołów ani objawów wysypki przy wtórnem zapisaniu do szpitala nie znaleziono. W dniu 24-m marca zebrana została zapomocą bańki ciętej surowica i poddana badaniu metodą KLEUSNER'a. Już po 5-u godzinach wystąpiło zmętnienie, które dosięgło cyfr, wskazanych przez autora po 8-u godzinach [osad 2,5 ctm. wysoki]. Obserwacja dalsza oraz dane, zebrane z ksiąg szpitalnych z czasów pierwszego jej pobytu, stwierdziły *lues*. Zjawiły się bowiem typowe naloty na migdałach, oraz wynaleźliśmy dyagnozę z księgi głównej, brzmiącą: *Seleradenitis suspecta—ulcus induratum*.

Wśród syfilityków [30 przypadków] w 70% mieliśmy do czynienia z postacią wtórną; w 30% z trzeciorzędną. Odczyn występował we wszystkich przypadkach w przeciągu od 4-ch do 15-u godzin. A mianowicie: w 50% już po upływie 5-u godzin, w 20% po 8-u godzinach, w 10% po 11-u, w 20% po 15-u godzinach.

Trzymaliśmy się ściśle techniki, zaleconej przez autora. Wśród kategorii 50% syfilityków, u których odczyn zjawiał się najwcześniej, $\frac{2}{5}$ należało do okresu drugorzędnego, a $\frac{1}{5}$ do trzeciorzędnego.

Z tej kategorii, nieleczonych w tym czasie specyficznie było 60%, 18 frykcyi otrzymało 1%, a ponad 20 frykcyi 10%. Ciekawem zjawiskiem jest, że właśnie u tej ostatniej nb. leczonej grupy odczyn wystąpił już po 4-ch godzinach.

Grupa chorych (20%), których surowica dawała odczyn po 8-u godzinach należała do tych, którzy w tym czasie nie leczyli się. Wreszcie grupa (20%), u której wystąpiła reakcyja po 15-u godzinach, również nie była leczoną.

Aczkolwiek przeto u syfilityków przeważało szybkie [do 8-u godzin 80%] zjawianie się odczynu, to z drugiej strony leczenie specyficzne nie odgrywało roli wybitnej; podług naszych danych kuracja oddziaływała raczej w sensie przyspieszania niż hamowania odczynu.

Okres choroby nie odgrywał żadnej roli. Zarówno w drugorzędnym, jak i trzeciorzędnym występował odczyn w różnej porze—raz wcześniej, kiedy indziej później.

We wszystkich przypadkach drugorzędnego przymiotu, z wyjątkiem przypadku, podanego, jako *blennorrhoea*, wykrywaliśmy w wykwitach *treponema pallidum*. W przypadku zaś wspomnianym na skórze nie było wykwitów i dlatego krwi nie badaliśmy. Optymizm, który był następstwem dodatnich prób nad syfilitykami, wzmógł się jeszcze bardziej, kiedyśmy przystąpili do badania niesyfilityków, rozpoczynając od chorych na rzeżączkę. Wszystkie trzy przypadki dały wynik ujemny, naprowadzając na myśl, iż KLEUSNER, być może, jest twórcą rzeczywiście prostej, a dogodnej metody badania syfilisu w przypadkach wątpliwych. Atoli badania szeregu innych chorych w liczbie 17-u [z tego tylko 1 z wynikiem ujemnym] udowodniły wyraźnie, iż przyspieszone wypadanie globulin może nastąpić i w innych—niesyfilitycznych przypadkach. Na ogólną liczbę ostatniej kategorii chorych były 2 przypadki nowotworu [raka], 5 przypadków owrzodzeń goleni i 10 wilka.

Względnie najdodatniej wypadł rezultat z nowotworami. W jednym bowiem przypadku wynik był ujemny, aż do 19-u godzin, w drugim, gdzie anamneza wskazywała kilkakrotne poronienia, wynik okazał się dodatnim po 7-u godzinach.

W przypadkach owrzodzeń goleni zawsze otrzymawaliśmy wyniki dodatnie w przeciągu 9-u do 18-u godzin. Ani razu odczyn nie ujawnił się wcześniej.

W ostatnim szeregu chorych na tocznia [10 przypadków] odczyn wystąpił u wszystkich w okresie od 9-u do 20-u godzin. Przyczem już w 90% odczyn dostrzeżono po 9-u godzinach.

Widzimy przeto, że odczyn KLEUSNER'a, wbrew twierdzeniu autora, już przed 24-ma godzinami występował w bardzo wielu przypadkach niesyfilitycznych. Gdybyśmy uważali odczyn ten za specyficzny, to jedynie pod warunkiem określenia terminu ostatecznego na godz. 8.

W rzeczy samej przed upływem godzin 8-u tylko u 5% niesyfilityków objaw ten dał się notować. Po tym czasie zjawiał się on w bardzo wielkiej liczbie przypadków niespecyficznych.

Co do objętości samego osadu, to nawet u syfilityków w 50% nie dochodził on do wskazanej przez autora normy 2 do 4-ch ctm. sz. Osad badany pod drobnowidzem przedstawiał masę amorfną, drobnoziarnistą. Spirochetów nie udało się w nim wykryć. Osad rozpuszczał się, jak globulina, za dodaniem kwasu octowego lub rozezynu fizyologicznego NaCl.

Niesłychanie ciekawym był fakt nie zjawiania się odczynu u chorych rzeżączkowych.

Reasumując wyniki otrzymane na zasadzie 50-u zbadanych przypadków, musimy zaznaczyć, że:

1. Objaw KLEUSNER'a nie jest objawem jakościowo specyficznym dla syfilisu.
2. Jeżeli uznawać jego specyficzność, to tylko pod względem wcześniejszego występowania u syfilityków [już przed upływem 8-u godzin].
3. Wysokość osadu nawet u syfilityków nie osiągała, a raczej wyjątkowo tylko osiągała wymiarów, określonych przez autora [2—4 ctm. wysokości].
4. Objaw KLEUSNER'a występuje i u niesyfilityków przed 24-ma godzinami.
5. Objaw KLEUSNER'a u naszych chorych na rzeżączkę nie był notowany nawet po 18-u godzinach.
6. Objaw KLEUSNER'a był notowany tylko u 50% chorych na nowotwory przed 18-u godzinami.
7. Objaw KLEUSNER'a występował zawsze już po 9-u godzinach u chorych na wilka.

Tak się przedstawia stan dotychczasowych badań nad tą metodą, która z jednej strony nie wymaga ani złożonej techniki, ani specjalnej umiejętności, z drugiej atoli nie może być uważana za specyficzną, i pod tym względem ustępuje zmuđnej próbie WASSERMAN'a.

W każdym razie liczniejsze badania pod tym względem są bardzo pożąđane.

L I T E R A T U R A.

- 1) LANDSTEINER, MUELLER, POETZL. Zur Frage der Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis. Wien. kl. Woch. 1907—50.
 - 2) MEIER. Die Technik, Zuverlässigkeit u. klinische Bedeutung der WASSERMANN'schen Reaktion auf Syphilis. Berl. kl. Woch. 1907, Nr. 51.
 - 3) WEIL i BRAUN. Ueber Antikörperbefunde bei Lues, Tabes und Paralyse. Ber. kl. Woch. 1907, Nr. 49.
 - 4) WEIL. Ueber Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischer. Wien. kl. Woch. 1907, Nr. 18.
 - 5) WASSERMANN, NEISSER, BRÜCK. Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Dtsch. med. Woch. 1906, Nr. 12.
 - 6) WASSERMANN i PLAUT. Ueber das Vorhandensein syph. Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Paralytikern. D. med. Wochenschrift. 1906, Nr. 44.
 - 7) WASSERMANN. Ueber die Entwicklung und Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis. Berl. kl. Woch. 1907, Nr. 50, 51.
 - 8) BAB. Bacteriologie u Biologie der kongenitalen Syphilis. Zeit. f. Gynäk. u Geburtshilfe 1907, t. 60.
 - 9) LEYBERG. Znaczenie dla praktyki nowoczesnych postępów syfilidologii. Medycyna 1908, Nr. 10, 11.
 - 10) KLEUSNER. Neue Serodiagn. Meth. Deutsche. med. Woch. 1908, Nr. 11.
 - 11) PORGES u GEORG. Ueber die Rolle der Lipoide bei der Wassermann'schen Syphilis-Reaktion. Berl. klin. Wochenschrift 1906, 15.
-

IV. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 18].

W siedemnastu przypadkach, w których wielkość płodów stanowiła powód ich śmierci, waga płodów sięgała od 3600,0 do 4550,0. W ośmiu z nich nie można było główki następującej wydobyć i musiano dokonać wymóżdżenie.

Pozostałe 9 płodów przybyło na świat jeszcze z biciem serca i zmarło dopiero po kilku minutach lub godzinach wskutek wynaczynień, złamania kręgosłupa lub innych uszkodzeń.

W wielu razach za powód śmierci płodów służy niewątpliwie fakt dokonywania operacji przez lekarzy młodszych, którym brak tak nieodzownej w tych razach wprawy.

Na mocy przytoczonych przez siebie przypadków, autor przyszedł do wniosku, iż wyniki obrotu zapobiegawczego dla płodów są wogóle zupełnie zadowalające i zapewne nie byłyby lepsze w innym postępowaniu lekarskim, w jednakowej—oczywiście—mierze oszczędzającem matkę.

Wszak przy pomocy obrotu zapobiegawczego mogą być wydobyte donoszone żywe płody w takich przypadkach zwężenia miednicy, w których może być brana pod uwagę nawet *sectio caesarea* ze wskazań względnych; korzyści obrotu zapobiegawczego dowodzą również i te przypadki, w których dzięki zabiegowi temu udaje się wydobyć płód żywy, gdy uprzednie wielokrotne porody kończyły się śmiercią płodów. To też odnośnie płodów, obrót zapobiegawczy ma rację bytu, choć zdania o nim są tak różne.

Śród większych uszkodzeń, jakim uległy matki, zdarzyły się: trzy całkowite pęknięcia krocza u pierwiastek, trzy pęknięcia szyjki macicy i u jednej wieloródki *ruptura uteri*.

Całkowitych pęknięć krocza u pierwiastek można byłoby—zdaniem autora—uniknąć, gdyby zawczasu dokonano nacięć krocza i pochwy; w trzech przypadkach głębszych pęknięć szyjki sprawa dotyczyła płodów o wadze stosunkowo wielkiej—4300, 4000 i 3570; w przypadku wreszcie *rupturae uteri* przystąpiono do operacji prawie we 24 godziny po pęknięciu pęcherza, śród warunków zupełnie nieodpowiednich.

Sądzi też autor, iż w podanych przez niego przypadkach skutki obrotu zapobiegawczego dla matek są lepsze, lub co najmniej również dobre, jak i w jakimkolwiek innym postępowaniu lekarskiem.

Zabiegowi temu przypisać należy tę niewątpliwą korzyść, iż w przeciwstawieniu do metody wyczekiwania skraca czas trwania porodu, zbyt niekiedy przedłużającego się i wysoce niekiedy bolesnego.

Wreszcie autor podkreśla, iż u pierwiastek, z miednicą wąską, po samodzielnym, a przedłużonym porodzie, powikłanym przez zmiążdżenia części miękkich i więcej lub mniej głębokie pęknięcia tych części, łatwiej wystąpić może w położu stan gorączkowy, aniżeli po szybkim, bo zapomocą obrotu i ekstrakcyi płodu ukończonem rozwiązaniu.

Kwestyą obrotu zapobiegawczego wyłącznie u pierwiastek zajął się BROESE.

W roku 1904 autor ten ogłosił 10 odpowiednich przypadków; wśród nich w dziewięciu miał do czynienia z miednicami płaskimi i raz jeden z miednicą ogólnie zwężoną.

Dzieci wogóle zmarło po zabiegu dwoje, co stanowi 20%; dzieci te zmarły w pół godziny po urodzeniu się, prawdopodobnie wskutek uszkodzeń cząstki.

Za wskazania do zabiegu służyły: stan matki, długie trwanie porodu i niepomyślne próby dokonania rozwiązania przez inne osoby, stan dziecka i wreszcie w jednym przypadku stan matki i dziecka.

W kilku przypadkach zakładano uprzednio kleszcze wysokie, lecz wydobyc płodu nie udało się.

Autor podkreśla, iż w jednym tylko przypadku, właśnie w miednicy ogólnie zwężonej, mógł prowadzić poród od samego początku; w dwu przypadkach był zawezwany do rodzających, zanim wystąpiły wskazania do ukończenia porodu; we wszystkich innych był wzywany wówczas, gdy naglące wskazanie do ukończenia porodu już istniało, lub też gdy zawiodły usiłowania innych lekarzy, do dokonania rozwiązania zmierzające.

Zastosowaniu obrotu autor zawdzięcza ocalenie dzieci; gdyby bowiem obrotu nie użyto, wypadłoby w czterech przypadkach dokonać perforacyi dzieci żywych, w trzech innych przypadkach zgodzić się na zamarcie płodów i wtedy wykonać perforację, wreszcie—w pozostałych trzech długotrwałych porodach, po daremnych próbach przyspieszenia rozwiązania, płody zapewne zamarłyby wkrótce.

Matki wszystkie wyzdrowiały.

Rozpatrując szczegółowo powody, jakie warunkują niepomyślne wyniki obrotów u pierwiastek, autor podaje szereg rad, mających zapobiedz niebezpieczeństwu.

W celu więc uchylenia przedewszystkiem szkodliwego oporu, jaki u pierwiastek wykazują krocze i pochwa, autor zaleca dokonywanie głębokiego nacięcia pochwy i krocza, przez co mamy ułatwić zarówno wprowadzenie ręki, jak i ekstrakcję płodu. Zdaniem autora, w każdym przypadku obrotu u pierwiastki należy rozpocząć od wykonania owego nacięcia. Cięcie należy przeprowadzić po jednej stronie, zazwyczaj prawej,

przez najniższą część pochwy, podstawę błony dziewiczej, skórę, *fasciam perinei, muscolum bulbo-cavernosum i transversum* aż do *fossa ischio-rectalis*, z boku od *rectum*, w kierunku do *tuber ischii*. Dolny koniec cięcia leży mniej więcej na wysokości *orificii ani*. Cięcie to przeprowadzić należy możliwie daleko od *rectum*, ażeby podczas zeszywania cięcia nie skaleczyć odbytnicy.

Tamowaniem krwi zająć się najlepiej już po wydobyciu płodu.

Opisane nacięcia rozdzierają się niekiedy dalej podczas operacji, za równo w kierunku pochwy, jak i w kierunku *fassae ischio-rectalis*. W jednym przypadku nacięcie rozdarło się ku górze aż do sklepienia pochwowego; w danym razie pochwa była szczególnie wąską.

Po wydobyciu płodu i wyciśnięciu łożyska należy starannie zeszyć nacięcia po uprzednim podwiązaniu krwawiących naczyń; autor dawał zawsze szwy katgutowe, głębokie i powierzchowne, z dobrym wynikiem; w żadnym przypadku nie spostrzegł jakichkolwiek znaczniejszych złych następstw po nacięciach, blizny zaś po nich ledwie dały się zauważyć.

Przez dokonanie opisanych nacięć stawiamy, zdaniem autora, pierwiastki prawie w tych samych dla operacji warunkach, w jakich są wieloródki.

Ażeby uniknąć następstw drugiego niepomyślnego czynnika, jakim jest niedostateczne otwarcie macicy u pierwiastek, autor zaleca dokonywanie w odpowiednich razach nacięć ust macicznych. Nacięcia te, zwykle w liczbie 4—6, autor przeprowadza pod kontrolą palca przy pomocy długich, zgiętych nożyc; nacięcia nigdy nie powinny sięgać aż do sklepienia pochwowego; takie ich podłużanie jest zupełnie niepotrzebne i zbyt niebezpieczne. Szkodliwych następstw po zwykłych nacięciach autor nie widział, natomiast ułatwiają one nadzwyczajnie wykonanie obrotu i ekstrakcji.

Trzecim czynnikiem, jaki ogromnie utrudnia zastosowanie obrotu u pierwiastek, jest ściśle obejmowanie płodu przez macicę. Prawie zawsze bowiem przystępujemy do operacji, gdy upłynęło już wiele godzin od chwili odejścia wód płodowych i wtedy sprowadzenie nóżki płodu ku dołowi może być bardzo utrudnione.

Oczywiście głębokie nśpienie w tych razach jest nieodzowne.

Mówiąc o trudnościach, z jakimi niekiedy połączone jest wykonanie obrotu u pierwiastek, autor zwraca uwagę, iż w dwu przypadkach zastosował operację tę wobec główki ustalonej w wejściu do miednicy: w obu tych razach autor wypchnął pięścią główkę z wejścia miednicowego i wtedy dopiero nóżkę ku dołowi ściągnął.

Jeśli poród trwał długo i mamy do czynienia z mocnem rozciągnięciem szyjki, to pomimo ściągniętej już nóżki zdarza się¹⁾, że trudno bardzo lub wprost nie podobna wykonać obrotu płodu przez pociąganie za nóżkę i przez zastosowanie rękoczynów zewnętrznych. Główka, znajdując się w rozciągniętym mocno dolnym odcinku macicy, w czasie pociągania pło-

¹⁾ Tak właśnie było w obu wspomnianych przypadkach.

du za nóżkę wtłacza się bocznie w ścianę właśnie dolnego odcinka, zamiast przesunąć się do jamy macicy. Główną przeszkodę dla przesunięcia się główki do jamy macicy stanowi pierścień skurczowy.

Usiłując w tych razach forsownie obrotu dokonać, możemy stać się sprawcami pęknięcia macicy. To też w podanych dwu przypadkach udało się autorowi przesunąć główkę do jamy macicy i obrotu dokonać dopiero przy pomocy specjalnego rękoczynu, przez autora zapoczątkowanego. Polega on na następującem: po ściągnięciu nóżki jedną ręką, autor wprowadzał drugą rękę do macicy, po tej stronie, w którą wtoczyła się główka śród pociągania za nóżkę; układał rękę pomiędzy główkę płodu, a ścianę szyi i dolnego odcinka i przesuwając ją ponad pierścień skurczowy, tak, iż końce palców sterczały do jamy macicy; ręka była zwróconą do główki płodu powierzchnią dłoniową. Wtedy autor ręką zewnętrzną mocno pociągał za nóżkę i teraz dopiero główka płodu przesuwała się względnie łatwo po powierzchni dłoniowej ręki wewnętrznej do jamy macicy; obrót został dokonany.

Dzięki temu rękoczynowi została przewycieżoną główna przeszkoda, a mianowicie opór ze strony pierścienia skurczowego. Wewnętrzna ręka chroniła szyję i dolny odcinek od urazu, zapobiegając—zdanem autora—tym sposobem powstaniu pęknięcia macicy.

W zakończeniu autor oświadcza, iż wobec *conj. diagonalis* $9\frac{3}{4}$ ctm. lub mniej u pierwiastek należy obrotu zaniechać; wymaga też aby u nich, w przypadkach miednic płaskich, *conj. diagonalis* równała się conajmniej 10 ctm., jeśli mamy zamiar obrót zastosować.

Sam autor otrzymywał po obrocie żywe płody wobec *conj. diagonalis* dopiero od $10\frac{1}{2}$ ctm. Jeśli *conj. diagonalis* równa się 10-u ctm. lub mniej, zaś wystąpiło nagłące wskazanie do przyspieszenia rozwiązania, wtedy perforacja stanowić będzie jedyny odpowiedni zabieg operacyjny.

W piśmiennictwie polskiem sprawą obrotu zapobiegawczego zajmowano się wogóle niewiele.

WŁADYSŁAW TYRCHOWSKI, podając w swoim „Rysie położnictwa praktycznego“ z roku 1861 wskazania do obrotu płodu na nóżki, zaznacza, iż zabiegu tego użyć można i „w zwężeniu miednicy mniejszego stopnia [ogólne zwężenie małożnaczne lub też częściowe niektórych wymiarów między 3 a $3\frac{1}{2}$ cala], gdy główka jest zawięta i, niekorzystnie ustawiona [w położeniach twarzowych lub czołowych], powiększa niestosunek mechaniczny. W tym bowiem razie, po zrobieniu obrotu na nóżki, główka węższą swą część pierwszą przedstawia do porodu, łatwiej wprowadza się w odpowiednie wymiary miednicy, skraca się długość porodu, zarówno dla dziecka jak i dla matki niebezpieczna, unika się nakoniec nieuchronnego w podobnych przypadkach wymóżdżenia“.

[D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

41. Müller. Płytki krochmalowo-klejstrowe do określania fermentów dyastatycznych.

Na zasadzie stwierdzonego przez GRÜTZNER'a faktu, że klejster krochmalowy ulega rozrzedzeniu pod wpływem fermentów dyastatycznych, autor stosuje odpowiednio przyrządzone płytki krochmalowo-klejstrowe celem określenia fermentów tych w ślinie, oraz innych cieczach ustrojowych.

Technika jest następująca: Krochmal rozrabia się wodą [10%] i zostawia się przez 1—2 dni przy ciepłocie 55° do rozpęcznienia krochmalu. Po starannem mieszaniu napełnia się mleczno-białą tą mieszaniną głębokie szalki PÉTRI'ego. Szczelnie nakryte szalki wstawia się do suszarki przy 85—90°. Po upływie 1—2-ch godzin formuje się w szalce gruba i dość zbita płytka klejstrowa, z której ostrożnie zlewa się powstałą nad nią warstwę wody. Płytką, w ten sposób przyrządzoną i ostudzoną, jest gotowa do użytku. Płytki przechowywać się dają na czas dłuższy w komórcie wilgotnej. Jeżeli na płytce takiej zasiał zapomocą uszka platynowego drobniutkie kropelki śliny, to już przy ciepłocie pokojowej zauważyć się dają na miejscu każdej kropelki głębsze lub płytsze nieckowate zagłębienia, które z czasem stopniowo się zwiększają. Zagłębienia te powstają skutkiem rozrzedzenia się krochmalu pod wpływem fermentów dyastatycznych. Przy szybkim i intensywnem działaniu fermentów, wgłębienia bywają po części wypełnione płynem.

Przed zasianiem należy ślinę zneutralizować, gdyż obojętna ślina działa lepiej, niż normalnie alkaliczna lub kwaśna.

Celem ilościowego określenia fermentu, rozcieńcza się odpowiednio badaną ślinę. Badanie rozpoczyna się zazwyczaj od 10-krotnego rozcieńczenia, dochodząc do takiego stopnia, przy którym zasiana ślina żadnego nie daje już zagłębienia płytce.

Wadliwie przyrządzona płytka, niedostatecznie zbita, łatwo zapadająca się, lub też zbyt twarda, nie poddająca się działaniu fermentów, nie nadaje się do badania. Powierzchnia płytki powinna być gładka jak lustro, w przeciwnym razie powstać mogą błędy rozpoznawcze.

Celem wyróżnienia zagłębień wadliwie przyrządzonej płytki od tych, które powstały skutkiem działania fermentów, oblewa się powierzchnię płytki rozcieńczonym roztworem LUGOL'a: zagłębienia powstałe od fermentów zabarwiają się na kolor czerwony (*Erythroextrin*), gdy inne zagłębienia wraz z resztą powierzchni przyjmują barwę niebieską. Metoda płytek krochmalowo-klejstrowych nadaje się również do badania fermentów dyastatycznych, zawierających się w innych cieczach: w płynach żołądkowo-kiszkowych, w moczu, surowicy krwi, w ropie, płwocinie, przesiekach i wysiękach.

Dotychczasowe badania metodą płytkową doprowadziły do następujących wyników:

Nie udało się wykryć żadnych zmian dyastatycznego działania fermentów ptyalinowych tak w różnych warunkach fizyologicznych, jak i w różnorodnych sprawach chorobnych ustroju. Wiek, płeć, głodzenie, jakoś pokarmów pozostały bez najmniejszego wpływu na siłę diastatyczną fermentów śliny. Bez wpływu były również różnorodne sprawy chorobne: stan gorączkowy, cukrzyca, choroba BASEDOW'a, cierpienia przewodu pokarmowego [katar żołądka, rak,

ulcus rotundum), cierpienia nerkowe, choroby krwi, organiczne lub funkcyjne zaburzenia nerwowe.

Stwierdzono natomiast, że siła dyastatyczna zawartości cienkich kiszek [zwłaszcza dolnej części *ileum*], jest znaczniejsza niż zawartości jelit grubych: wypróżnienia biegunkowe silniej rozkładają krochmal, niż zwykle.

Wreszcie stwierdzono zmniejszenie działania dyastatycznego zawartości kiszek przy zamknięciu przewodu trzustkowego, brak lub zmniejszenie dyastatycznych fermentów w moczu osób cierpiących na zapalenie nerek; obecność fermentów dyastatycznych w płynie płodowym i mózgowordzeniowym; większą zawartość fermentów dyastatycznych w ropniach gruczolanych „zimnych”, niż w „gorących.”

(*Zentralblatt für die gesamte Medicin*, 1908., Nr 16).

PUTERMAN [Sosnowice].

42. W. Kretschmer. Limfocytoza płynu mózgowordzeniowego w późnym dziedzicznym syfilisie.

Dzięki badaniom L. TOBLER'a wiemy dziś, że limfocytoza płynu mózgowordzeniowego jest stałym objawem w dziedzicznym syfilisie dzieci. KRETSCHMER zbadał w tym kierunku płyn mózgowordzeniowy czterech chorych w wieku 10—19 lat z świeżymi objawami syfilitycznymi w postaci mięszonego zapalenia rogówek lub owrzodzeń gardzielowych. W jednym, wcale dotąd nie leczonym przypadku stwierdzono bardzo znaczną limfocytozę [100—150 limfocytów w polu widzenia]; w drugim przypadku, który przed rokiem leczono jodem, znaleziono 15—20 limfocytów w każdym polu widzenia; w trzecim przypadku, gdzie prowadzono wciąż energiczną kurację rtęciowo-jodową, w każdym polu było zaledwie 6—8 limfocytów; w czwartym przypadku wreszcie, którego syfilityczny charakter był co prawda podejrzany, limfocytozy nie było wcale. Nieliczne spostrzeżenia KRETSCHMER'a dowodzą jednak, że limfocytoza płynu mózgowordzeniowego nie jest wyłączną właściwością dziedzicznego syfilisu noworodków i drobnych dzieci; objaw ten zdaje się towarzyszyć wszelkim fazom dziedzicznego syfilisu, znikając—jak można przypuszczać—w miarę skuteczności leczenia swoistego. Limfocytoza płynu mózgowordzeniowego w chorobach parasyfilitycznych jest niewątpliwie zjawiskiem tej samej kategorii.

(*Deutsch. med. Woch.* 1907, Nr 46).

J. Rzeplko.

ODCINEK.

Sprawa ambulatoryów przy szpitalach.

Na jednym z posiedzeń Stowarzyszenia lekarzy polskich kol. ŁAZAROWICZ poruszył sprawę naszych ambulatoryów bezpłatnych i objaśniał ich stosunek do bytu naszego. Okazuje się z nader ciekawego referatu, że insty-

tucya ta uległa spaceniu, które odbija się niekorzystnie na dochodach ogółu lekarzy warszawskich. Ambulatorya szpitalne, przeznaczone oczywiście dla chorych najbiedniejszych, nie mogących wcale opłacać pomocy lekarskiej, w pojmowaniu szerokich mas ludności uważane są dziś u nas wprost za ambulatorya bezpłatne, to jest miejsca, w których każdy może się leczyć darmo. Stąd wśród chorych, korzystających obecnie z tych urządzeń, spotykamy przewagę osób, nie mających do tego prawa. Według obliczeń kol. Ł. liczba osób ubogich wynosi zaledwie 2% całej frekwencji. Główna masa—60% jest w możności opłacania pomocy lekarskiej przy zorganizowaniu się w odpowiednich stowarzyszeniach i kasach na wypadek choroby. Około 30% stanowią lepiej uposażeni robotnicy, a dalej drobni handlowcy, urzędnicy i oficyaliści, którzy powinni szukać porady w istniejących lecznicach. Wreszcie około 10%, to osoby zamożne zupełnie, nie kwalifikujące się do ambulatoryów, jako mogące opłacać lekarza w domu, a więc popełniające wprost nadużycie. Kolega Ł. oblicza, że straty zarobkowe, ponoszone przez lekarzy wskutek leczenia się w ambulatoryach ludzi, nie uprawnionych do tego przez swój stan majątkowy, wynoszą rocznie do półmiliona rubli. Poza tą stratą ambulatorya przynoszą lekarzom stratę nieobliczalną, obniżając w pojęciu publiczności wartość pracy lekarza w ogóle, skoro ją tak łatwo można dostać darmo. Wreszcie wywierają one wpływ ujemny i na wspomniane sfery naszego społeczeństwa, powstrzymując je od konieczności organizowania się w celu udostępnienia sobie pomocy lekarskiej. Dlatego też ostatecznie kol. ŁAZAROWICZ przychodzi do wniosku, że obecne ambulatorya bezpłatne uależy wprost znieść, dążyć zaś do zaprowadzenia pomocy lekarskiej dla klas mniej zamożnych na wzór odpowiednich urządzeń na Zachodzie, oraz do zabezpieczenia jej biednym całkowicie. Za nim to nastąpi już obecnie należałoby przedsięwziąć kroki, aby w ambulatoryach nie działy się nadużycia i aby korzystali z nich tylko rzeczywiście niezamożni ¹⁾.

Ambulatorya bezpłatne w Warszawie rozwinęły się w ostatnich 25-u latach bądźto przy szpitalach, bądź niezależnie od nich. Przedtem biedni leczyli się bezpłatnie u lekarzy wolnopracujących, u których na drzwiach widniały wtedy często gęsto napisy w rodzaju: „Biedni darmo od 8-ej do 9-ej zrana.” Jaki był zakres tej działalności filantropijnej trudno określić w braku wszelkich odnośnych danych; o jej charakterze niezbyt pochlebnie świadczą—jako może jedyne dokumenty—rysunki humorystyczne KOSTRZEWSKIEGO z owej epoki, np. pokazać języki, schować języki i t. d. Ambulatorya bezpłatne odciągnęły ku sobie tę klientelę, boć najbiedniejszemu przyjemniej otrzymać pomoc bezimiennie, od instytucji społecznej, niż brać ją w postaci jawnej jałmużny prywatnej. Ten fakt stan lekarski może poczytać za przysługę niemałoważną oddaną sobie przez ambulatorya w zakresie korzyści idealnych.

Pierwsze ambulatorya powstały przy szpitalach. Zrazu, zaledwie tolerowane przez b. Radę Dobr. Pub., z czasem, a mianowicie po wprowadzeniu podatku szpitalnego, zaczęły być przez nią protegowane, a to jako surogat pomocy szpitalnej, którym R. D. myślała zasłonić się wobec ludności, dopominającej się o należne jej z prawa leczenie. Miały też być ambulatorya środkiem, powstrzymującym od zbytniego przepełnienia szpitali. Sposób ten trafiał tem

¹⁾ Magistrat już obecnie mógłby nawet z korzyścią dla siebie przedsięwziąć kroki do ograniczenia omawianych nadużyć, a to przez rozporządzenie, aby do ambulatoryów szpitalnych dopuszczane były tylko osoby ze świadectwami opiekunów cyrkulowych i szpitalnych, o ile ci jeszcze istnieją, oraz z kwifami z opłaty podatku szpitalnego.

Byłoby to dla wielu bodźcem do wnoszenia tego podatku, a hamulcem dla tych, co dziś bezwstydnie wyzyskują tu pracę lekarzy.

bardziej do przekonania b. Rady D. P., że nie ją prawie nie kosztował: lekarze dawali pracę darmo, lokale znajdowały się na miejscu, a wydatki na lekarstwa były minimalne. Stron ujemnych nie dopatrywano się. Tymczasem ambulatory stały się dla szpitali ciężarem, zajmując miejsce i tak szczupłe, narazając szpitale na zanoszenie chorób zakaźnych, uszczuplając fundusze szpitalne, gdyż środki apteczne, opatrunkowe i inne rozchody pokrywane są [w części] ze źródeł, przeznaczonych dla chorych stałych. Ciężary te rosną w miarę zwiększenia się frekwencji ambulatoryów. Ale te ujemne strony nie zwracają na siebie dotąd dostatecznej uwagi. Niektórym lekarzom naczelnym imponuje wielka liczba chorych w ambulatoryach przy ich szpitalach, a w stopniowym ich wzroście widzą niemal i zwiększenie zasług instytucji, na których czele stoją. Inni uważają związek ambulatoryów ze szpitalami za coś tak nierozłącznego, że sobie nie mogą tych rzeczy wyobrazić inaczej. Ten pogląd podziela zresztą większość lekarzy, a najważniejszym argumentem *pro* jest względ, że tak jest i za granicą.

Oczywiście, że szpitalnictwo za granicą rozwijało się mniej więcej tak, jak u nas i posiada te same dobre i złe strony. Należałoby jednak sądzić nie według *status praesens*, ale według dążeń i kierunku, w jakim dąży rozwój szpitalnictwa. Czy na zachodzie, np. przy budowie nowych szpitali ma się na widoku ambulatorya przy nich i jaki zachodzi tam wzajemny stosunek tych instytucji?

Wśród argumentów na korzyść ambulatoryów przy szpitalach podawane są następujące:

1) Wybór materiału do leczenia na oddziałach; 2) pomoc konsultacyjna ze strony lekarzy ambulatoryjnych dla ordynatorów szpitalnych; 3) kształcenie się młodych lekarzy.

Otóż co do pierwszego punktu, to wybór materiału dla celów pedagogicznych może być uznany w stosunku do ambulatoryów uniwersyteckich. Dla oddziałów szpitalnych względ ten upada, tu nie może być mowy o wyborze przypadków rzadkich, ciekawych i t. p. Tu się każdy chory kwalifikuje, o ile tego wymaga charakter jego cierpienia.

Przyjmowanie do szpitali nie odbywa się zresztą przez ambulatoryum, [chyba b. rzadko], a przez lekarzy dyżurnych.

Co do 2-go. W wielkich szpitalach są przedstawiciele prawie wszystkich specjalności. Konsultacje specjalistów ambulatoryjnych nad chorymi szpitalnymi nie należą do zakresu ich działalności i są wprost wysyskiem koleżeńskim.

Co do 3-go punktu, to młodzi lekarze powinni się przeważnie kształcić na oddziałach szpitalnych; zresztą mogą uczęszczać na ambulatorya leżące poza obrębem szpitali. Względ, że publiczność w nagłych przypadkach przyzwyczajona jest znajdować pomoc w szpitalach, również nie przemawia na korzyść pomieszczenia w nich ambulatoryów. Pomocy tej udzieli bowiem nie lekarz ambulansu, ale lekarz dyżurny lub miejscowy.

Zresztą wiadomo, że wszędzie, i u nas także, są ambulatorya poza szpitalami, do których publiczność znajdzie drogę.

Wyjątkowo mała u nas liczba łóżek szpitalnych sprawia, że zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych ordynatorzy zmuszeni są wypisywać chorych z jeszcze nie całkowicie zagojonymi ranami pooperacyjnymi, aby zrobić miejsce dla zawsze oczekujących kandydatów do operacji.

Chorzy tacy bywają opatrywani albo w ambulatoryum ogólnem, albo też, jak gdzie i kiedy, i w pomieszczeniach szpitalnych [w sali opatrunkowej].

Ponieważ ewentualność wcześniejszego wypisania może się zdarzyć i ze względów, zależnych od samego chorego, potrzebnego w domu lub zmuszonego

zabrać się do pracy, przeto dla takich specjalnych chorych powinnyby być pomieszczenia, w którychby ich można było opatryć.

Sądźmy więc, że ambulatorya ogólne nie są związane ze szpitalami żadnymi nierozzerwalnymi więzami, że przeciwnie—należy się im zupełna niezależność, która wyjść im może tylko na dobre.

W obecnym swym stanie nasze ambulatorya szpitalne nie stoją nigdzie na wysokości wymagań, w niektórych zaś urządzenia ich nie tylko że urągają przepisom higieny, ale wprost narażają zdrowie przybywających tam osób na niebezpieczeństwo chorób zakaźnych.

Właściwie wszystkie mogłyby być skasowane.

Sprawa ambulatoryjnego leczenia wymaga wogóle reformy zarówno pod względem pomieszczenia, uposażenia, jak wogóle całego sposobu ich prowadzenia. Reforma ta powinna być częścią reformy, obejmującej sprawę zdrowia w naszym mieście wogóle, a przede wszystkim z urządzeniem pomocy lekarskiej dla zupełnie ubogich mieszkańców miasta, którzy powinni ją otrzymywać nie tylko w razach, gdy mogą się jeszcze dostać do ambulatoryum, ale i w przypadkach chorób obłożnych. W tym celu miasto powinno być podzielone [na wzór Paryża] na okręgi, mające *ad hoc* zbudowane ambulatorya, lekarzy dla ubogich w ambulatoryach i innych, odwiedzających chorych w mieszkaniach.

Utarło się u nas, że w ambulatoryach pracują przeważnie lekarze młodszy, którzy uważają je za pole do doskonalenia się. Wynika to po części stąd, że lekarze starsi nie chcą poświęcać swego czasu darmo i to w warunkach, dających bardzo mało zadowolenia z pracy. Uważane też jest stanowisko, oraz tytuł lekarza ambulatoryjnego za niższe w hierarchii posad lekarskich, niż np. ordynatora szpitala. W rzeczywistości zaś zajęcie lekarza ambulatoryjnego wymaga już znacznego uprzedniego obycia się z chorymi na podstawie bądź dłuższej pracy szpitalnej, bądź praktyki ambulatoryjnej pod okiem doświadczonego kierownika.

Samodzielnie poczęte zajęcie młodego lekarza w ambulatoryum, zwłaszcza z liczną frekwencją, jest mało korzystne dla chorych, a psuje wprost lekarza w ten sam sposób, jak złe egzercytowanie się psuje rękę pianisty. Lekarz taki przyzwyczajając się do powierzchownego i pośpiesznego załatwiania klientów, a nie mając możności samokrytyki przez obserwowanie chorego przychodzi do sądów „subiektywnych“ zarówno o przedmiocie, jak i o znaczeniu swej własnej działalności.

Dlatego też przy reorganizacji ambulatoryów powinnyby być wzięte pod uwagę i oddawanie ich w ręce odpowiednich sił. Muszą to być właśnie doświadczeni lekarze wybierani drogą konkursu i uważani na równi z ordynatorami szpitalnymi.

O. HEWELKE.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. HENRYKA JORDANA i Pryw. Docenta STANISŁAWA DOBROWOLSKIEGO. **Nauka o Położnictwie dla użytku uczniów i lekarzy.** Nakładem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich“ imienia E. KORCZYŃSKIEGO. Kraków. 1908, str. 1—IV+914 in 4-o.

Pierwsza część dzieła tego [arkuszy 17] powstała z przerobionej zupełnie „Fizjologii i dyetetyki ciąży, porodu i pogoju“ prof. JORDANA, wydanej

już raz w r. 1881 przez „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich“. Na część zaś drugą [„Patologia i terapia ciąży, porodu i położu“] złożyło się 9 pierwszych arkuszy, odpowiednio przerobionych, dawnego rękopisu prof. JORDANA, oraz 31 arkuszy, opracowanych już po jego śmierci przez dra DOBROWOLSKIEGO. W ten sposób nasze piśmiennictwo lekarskie pozyskało bardzo obszerny podręcznik akuszeryi, w którego układzie, wzorowanym zresztą na podręcznikach niemieckich, jak i w wykładzie oddzielnych części znać wprawną rękę długoletniego kierownika kliniki, jako też wyraźny wpływ jego na ucznia, który tak dobrze potrafił dostosować opracowanie dalszego ciągu wykładu do pierwszej części podręcznika JORDANA. Dzieło wypadło jednolite, pod względem dydaktycznym i językowym bardzo poprawne; a więc w tej postaci, w jakiej nam go podano, odda niezawodnie dobrą usługę naszej młodzieży lekarskiej, która w nim znajdzie kopalnię wiadomości z położnictwa, trafnie i ostrożnie dobranych, bo przepuszczonych przez sito dużego doświadczenia jej autorów. W naszym jednak przekonaniu dzieło trwalszą o wiele zyskałoby wartość, gdyby w niem uwydatniono wyraźniej związek z wynikami pracy rodzimej, oddawna na klinice położniczej krakowskiej podejmowanej i do tego stopnia płodnej, że stworzyła już prawdziwą szkołę położnictwa; a także gdyby szerzej uwzględniono prace i innych lekarzy polskich, którzy dorzucili już niejedną trwałą cegiełkę z tej właśnie dziedziny do gmachu naszego piśmiennictwa lekarskiego ¹⁾.

Ten sam zarzut, lecz w wyższym jeszcze stopniu, dotyczy działu ilustracyjnego w podręczniku.

Dział ten—powiedzmy to bez ogródki—nie odpowiada zupełnie wymogom, jakie pod tym względem stawiamy obecnie dziełom naukowym. Rażące braki jego, to kardynalna wada, która na rozpowszechnienie rzeczonyj książki może wyrzucić wpływ szkodliwy.

Wiadomo, że rysunek stał się dziś niezbędnym uzupełnieniem tekstu dzieł naukowych, zwłaszcza, gdy mają za przedmiot mechanikę, technikę lub topografię. Akuszerya kliniczna, to odłam *par excellence* chirurgiczny nauki lekarskiej i jako taki posiada swą topografię, mechanikę i technikę. Wymagane więc są przy jej wykładzie objaśnienia rysunkowe, których zastąpić nie może opis choćby najszczegółowszy i najplastyczniejszy. Prócz tego część jej naukowa albo teoretyczna wymaga też objaśnień rysunkowych w działach embryologii i anatomii patologicznej pod postacią zdjęć makro- i mikroskopowych z preparatów odpowiednich. Niestety, w podręczniku JORDANA i DOBROWOLSKIEGO bardzo skąpo wyznaczono miejsca rysunkom, a te, które są, zapożyczono z niemieckiego dzieła prof. BUMM'a, w tem zapewne przeświadczeniu, że lepszego wyboru zrobić nie można było, gdyż dzieło BUMM'a właśnie dzięki swym nadzwyczajnym ilustracyom zyskało sobie prędko sławę wszechświatową. Rysunki BUMM'a na ogół—przyznać trzeba—bardzo udatne, zostały przez niego z natury naszkicowane, a następnie przez dobrego artystę ze szkiców odtworzone i świetnie wykonane. Jest ich w dziele BUMM'a aż 575 [I wydanie] i właśnie ta ich mnogość przy ich doskonałym wykonaniu uczyniła z podręcznika BUMM'a istny atlas akuszeryjny, tak, iż tekst zeszedł na plan drugi i służy raczej za objaśnienie dla rysunków. Jest to wydawnictwo bardzo kosztowne, na którego nakład mógł sobie tylko pozwolić bardzo zamożny wydawca niemiecki, liczący na tysiące odbiorców książki.

¹⁾ Jako dowód, że na tych właśnie czynnikach opierające się prace mają trwałą i uznaną wartość, mogą posłużyć podręczniki WŁ. BIEGAŃSKIEGO, a zwłaszcza jego „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“—ten prototyp wzorowego podręcznika polskiego.

Pojmujemy dobrze, że „Wydawnictwo dzieł lek. polskich“ nie mogło podjąć kosztownego bardzo „nakładu wszystkich 575-u rysunków BUMM'a. Z konieczności musiało znacznie ograniczyć ich liczbę, pozostawiając naturalnie wybór rysunków autorom podręcznika. Stosując się do tego, z 575-u rysunków BUMM'a wcielono do podręcznika polskiego tylko 69 [zaledwie część 8-a], czyli liczbę tak nieznaczną, że nie czyni ona zadość najskromniejszym nawet pod tym względem wymaganiom. Dość powiedzieć, że dział tak ważny, jak operacje położnicze nie został zupełnie zilustrowany; nie podano rysunków narzędzi akuszerskich, nie odtworzono w rysunkach mechanizmu porodów tak prawidłowych, jak i nieprawidłowych, nie przedstawiono wcale w rysunku rękoczynów badania zewnętrznego ciężarnych i rodzących, nie pokazano na rysunkach, jak się zdejmują wymiary zewnętrzne i wewnętrzne lub jak się nakłada szwy przy zeszywaniu rozdartego krocza i t. d. i t. d. A więc pod względem rysunków dzieło JORDANA i DOBROWOLSKIEGO przedstawia się bardzo ubogo i to—powtarzamy raz jeszcze—stanowi jego wadę kardynalną.

Dotkliwego tego braku możnaby było jednak ustrzedz się zupełnie, gdyby odrazu zaniechano ponętnego zamiaru przyozdobienia książki artystycznymi obrazkami BUMM'a, a poprzestano na mniej kosztownych, lecz zato o wiele liczniejszych i pożyteczniejszych szkicach własnego wyrobu. Szkic, dobrze wykonany, jest w książce naukowej zupełnie wystarczającym objaśnieniem tekstu. A takich szkiców nagromadziło się chyba sporo w zbiorach kliniki, od tak dawna zajmującej się nauczaniem; posiada też zapewne klinika obfity zbiór preparatów patologicznych i mikroskopowych. A więc wszystko to należało w książce do reprodukcji użytkować i stworzyć dzieło na wskroś oryginalne, zaopatrzone w dostateczną liczbę szkiców i zdjęć fotograficznych, któreby illustrowały obficie bogatą treść książki.

Powracając znowu do tekstu „Nauki o położnictwie“, sędzę, że zbyt cennym byłoby wyliczenie treści każdego działu z osobna. Wystarczy zaznaczyć, że całokształt nauki położnictwa został tu przedstawiony wyczerpująco z uwzględnieniem najświeższych zdobyczy w tej dziedzinie, jak np. najnowszych operacji (*hebestomia*, *sectio caesarea vaginalis*, wycięcie lub podwiązanie żył zajętych zakrzepem w przypadkach ropnicy połogowej), najnowszych teorii powstawania chorób [eklampsyi, gorączki połogowej i t. d.]. Najobszerniej opracowany został dział patologii ciąży, porodu i połogu, a takie rozdziały jak „choroby, do których cięża usposabia“, „choroby przypadkowe“ albo wreszcie rozdział o najczęstszych chorobach noworodków—są tego najmowniejszym dowodem.

Zato zbyt pobieżnie—zdaniem naszym—potraktowano metody bezgnilnego i przeciwnilnego postępowania w położnictwie. Przedmiotowi temu poświęcono w kilku miejscach nie więcej nad kilka lub kilkanaście wierszy; to też z konieczności dotknięto go się tylko po łebkach. Tego jednak trochę za mało, aby uczeń mógł nabrać dokładnego pojęcia o zasadach i wykonawstwie aseptyki i antyseptyki w położnictwie i na wskroś się przejąć ich doniosłością praktyczną.

To samo dotyczy operacji, wykonywanych na rozdartem kroczu. Zeszywanie rozdartego krocza przedstawiono bardzo powierzchownie i niedokładnie, a opis ten, jako nie objaśniony rysunkami, nie może dać wcale jasnego o operacji pojęcia.

Na stronie 120-iej wzmiankowano o objawie HEGAR'a, ale nie wyjaśniono, na czem właściwie objaw ten polega. Tak samo postąpiono z ułożeniem rodzącej według WALCHER'a [str. 546]. Zalecono je uczniowi, lecz nie uczono ani nie wyjaśniono mu na rysunku, jak je najpraktyczniej wykonać można.

Wykład w podręczniku jest na ogół jasny i przystępny, styl potoczny, a język poprawny. Spotyka się jednak gdzieniegdzie twierdzenia błędne, ustępy niejasne lub źle wystylizowane i wyrażenia niestosowne lub niewłaściwie użyte. Oto z nich niektóre:

Na str. 661 czytamy: „Gdyby lekarz, mając ręce odkażone, nie mógł ręką zbadać zachowania się macicy, może odszukać źródła krwotoku w ten sposób, że wprowadza do pochwy wyjałowioną kankę”... Albo na str. 125-ej, gdzie mowa o obliczaniu czasu trwania ciąży: „Najpewniejszy byłby rachunek, gdyby była znana przerwa między początkiem przedostatniej a ostatniej miesiączki: długość tej przerwy, dziesięćkroć wzięta, wskazałaby nam w danym przypadku, jak długo prawdopodobnie trwać będzie ciąża i kiedy należy się spodziewać jej końca”. Albo na str. 830: „Kaźde kleszcze składają się z dwu łyżek prawie równych“.

Zawartość jam nazywana jest stale „treścią”, np. treść małej miednicy, treść czaszki i t. p. Część przodującą płodu nazywa się niewłaściwie częścią poprzedzającą płodu. Na str. 725-ej powiedziano, że: „w pierwszych dniach porodu nie powinny położnicy odwiedzać osoby trzecie dla łatwości zakażenia przenośnemi chorobami [chyba: osoby postronne, gdyż łatwo mogą przeniesić choroby zakaźne]. Na str. 415: „...mogą guzy jajnikowe zaburzyć przebieg porodu” [poprawnie: spowodować zaburzenie przebiegu porodu]. Na str. 829: „Narzędziem, zapomocą którego możemy w pewnych warunkach urodzić płód żywy, są kleszcze porodowe” [właściwiej byłoby: wydobyć płód żywy].

Wreszcie trudno nie wyrazić zdziwienia, że we wstępie do tak obszernej Nauki o Położnictwie nie podano krótkiego choćby zarysu dziejów kliniki położniczej krakowskiej. Wszak dzieło niniejsze ma być płodem dojrzałym tak owocnej dla kraju i nauki działalności tej uczelni.

Pod względem wydawniczym książka nie pozostawia nic do życzenia. Druk, papier i odbicie rysunków odpowiada najzupełniej tym zaletom wydania, do których już nas przyzwyczało „Wydawnictwo dzieł lek. polskich”. Od 30-u zgorą lat nie ustaje ono w usilnej pracy krzewienia rodzimej nauki lekarskiej, wydając dzieła przeważnie uczonych polskich, a książka niniejsza jest jego 21-em dziełem oryginalnem na 24 dotychczas wydanych. W odezwie, umieszczonej na początku dzieła tego, Stowarzyszenie podaje krótką historję swej instytucji, podnosząc wysoko niespożyte zasługi byłego swego prezesa, ś. p. EDWARDA KORCZYŃSKIEGO około pomyslnego rozwoju Stowarzyszenia. W uznaniu tych zasług uchwaliło już w roku 1899 [a więc jeszcze za życia KORCZYŃSKIEGO] zmienić na cześć Jego dotychczasową nazwę Stowarzyszenia na następującą: „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia EDWARDA KORCZYŃSKIEGO w Krakowie“, a obecnie do odezwy w Podręczniku dołączyło wybornie wykonany portret ś. p. prof. KORCZYŃSKIEGO, jako hołd pamięci zasłużonego obywatela i lekarza.

M. Zwejbaum.

Wiadomości bieżące.

— Wystawa higieniczna w Lublinie otwarta ma być we wrześniu r. b. i trwać trzy tygodnie. Komitet wystawy: prezes PRZANOWSKI LEON, wiceprezesa ZAREMBA KONSTANTY i dr TOZWIŃSKI WŁADYSŁAW, członek Zarządu DOMAŃSKI EMILIAN, skarbnik PIOTROWSKI TADEUSZ, gospodarz WIERCIŃSKI GUSTAW, sekretarz dr MO-

DRZEWSKI JAN, oraz członkowie: Bańkowski Feliks, Bronikowski Antoni, Badny Nikodem, dr Dobrucki Stanisław, Florkowski Juljusz, Fudakowski Bronisław, Graf Władysław, Haberlau Gustaw, Hesse Wilhelm, dr Jaworski Aleksander, Kipman Jakób, dr Klarner Szymon, Krausse Henryk, Kuczyński Alojzy, Markowicz Jan, Paprocki Henryk, Piątkowski Jan, dr Piętkowski Bronisław, Pieszczyński Józef, Polak Józef [czł. honor.], Rojowski Tadeusz, hr. Szeptycki Aleksander, Wiercieński Henryk, Vetter Juljusz, Zarębski Apolinary. Wystawcy proszeni są o zgłaszanie się pod adresem sekretarza Wystawy dra MODRZEWSKIEGO [Lublin, Krakowskie-Przedmieście 15].

— Program Wystawy Hygienicznej w Lublinie w 1908 r.

Dział I. Hygiena dziecka. Dział ten obejmuje wszystko, co ma styczność z wychowaniem dziecka, począwszy od jego pierwszych chwili życia, aż do wieku szkolnego; a więc wylegniarki, urządzenia kropli mleka, kołyski i wózki dzieciinne, zabawki drewniane, gumowe lub papierowe i wszystko wogóle, co dotyczy okresu wychowania dziecka. Poza tem wyroby dzieciinne z zakładów dobroczynnych.

Dział II. Hygiena wychowawczo-pedagogiczna. Obejmuje wrzystko, co dotyczy wieku szkolnego; a więc budynki szkolne i ich higienę; higienę metod nauczania, plany zajęć w szkole, przewy między lekcyami, modele do nauczania poglądowego, modele do rozwiązywania zadań matematycznych, tablice, przybory i materiały piśmienne, podręczniki szkolne, wydawnictwa pedagogiczne, szkoły dla słabo rozwiniętych, dla ociemniałych, głuchoniemych i ułomnych, higienę młodzieży w szkole i po za szkołą, choroby szkolne, fizyczne wychowanie młodzieży, kolonie wakacyjne, ogródki freblowskie, boiska, ogrody i parki JORDANA, przyrządy gimnastyczne, sporty, zabawy i t. d.

Dział III. Hygiena mieszkań. Obejmuje urządzenia mieszkań wogóle: umeblowanie [łóżka, materace, umywalnie i t. d.], gaz i elektryczność w mieszkaniu, ogrzewanie [piece, drzwiczki hermetyczne, kominki, przybory do pieców i kominów, piece wentylacyjne, kaloryfery], oświetlenie, przewietrzanie, zaopatrywanie w wodę [filtry, wanny, natryski] usuwanie odpadków i nieczystości [waterklozety, puderklozety, przyrządy do usuwania śmieci], proszki odwanijające, kanalizację mieszkań, zabezpieczenie od pożarów, posadzki cementowe, terrakotowe, drewniane, korkowe i inne, obicia, dermatoidy, ceraty, chodniki, linoleum, dywany, portiery, pokrycia na meble, osuszanie mieszkań, przyrządy zabezpieczające od upadku w czasie mycia okien, wzorowe urządzenia mieszkań zbiorowych, tanie mieszkania, kuchnie zwyczajne i gazowe, nasady kominowe, meble ogrodowe, wyroby drucziane i koszykarskie, kosiarki do gazonów, kosy do trawników i upiększanie mieszkań wogóle.

Dział IV. Hygiena żywienia. Działu tego dotyczy hygiena jamy ustnej i fizyologia trawienia, skład chemiczny i znaczenie pokarmów, wykazane zapomocą tablic poglądowych, analiza wody i pokarmów, jak również przyrządy, do tych badań używane, walka z alkoholizmem, produkty spożywcze jak oto: buliony, konserwy mięsne, produkty masarskie, konserwy owocowe, konserwy z jarzyn, mąka, kasza, pieczywo, makarony, pierniki i wyroby cukiernicze, miody, nalewki, wina, wina owocowe, likiery, mleczarstwo i cukiernictwo. Użytki jak: kawa, herbata, kakao, tytuń, piwo, kumys, oleje roślinne i tłuszcze zwierzęce. Urządzenie kuchni, śpiżarni, piwnicy, mleczarni, piekarni, cukierni, restauracyi, piwiarni i t. d.

Dział V. Hygiena odzieży. Obejmuje materiały surowe i przerabiane. Garbarnie, fabryki płócien, perkali, kortów, sukien i t. d. Pościel i puch. Ubiory letnie, zimowe, sportowe, szkolne. Obuwie, pończochy, bielizna, gorsety, kapelusze.

Materiały farbowane, pralnie zwyczajne i chemiczne, wykazanie szkodliwości ubrań nieodpowiednich dla zdrowia. Dery, koldry, szale, poduszki, przybory toaletowe, rękawicznictwo i przybory podróżne.

Dział VI. Hygiena miast i urządzeń, służących ku zachowaniu zdrowia ludności. Obejmuje ogrody publiczne, zakłady kąpielowe, studnie, wodociągi, oświetlenie [nafta, gaz, elektryczność, acetylen], kanalizację, biura, sklepy, miejsca wido-

wisk publicznych, hale targowe, zakłady dobroczynne, rzeźnie, ochronę zwierząt, sposoby oczyszczania wód ściekowych, bruki, usuwanie śmieci, upiększanie miast, pogotowie ratunkowe, ratownictwo od pożaru, usuwanie dymu i sadzy, cmentarze i krematoria.

Dział VII. Higiena fabryk i stanu robotniczego. Dział ten obejmuje tablice statystyczne chorób i wypadków zawodowych. Ubezpieczenia robotników. Higienę motorów fabrycznych. Motory i aparaty zabezpieczające od wypadków. Okulary ochraniające oczy. Odzież robotniczą w zastosowaniu do rodzaju pracy. Plany i modele pomieszczeń fabrycznych, wody ściekowe i odpadki z fabryk, kanalizację fabryk, mieszkania dla robotników.

Dział VIII. Higiena kolejowa. Obejmuje statystykę chorób i wypadków zawodowych. Ubezpieczenie oficjalistów kolejowych. Organizację leczniczą i ratunkową na kolei. Higienę wagonu kolejowego wogóle, wagony i pociągi sanitarne, środki i urządzenia, zapobiegające nieszczęśliwym wypadkom na kolei. Odzież dla oficjalistów, badanie stanu zdrowia oficjalistów kolejowych. Oczyszczanie i odkażanie wagonu. Przewożenie zwierząt. Kolej na usługach przemysłu.

Dział IX. Higiena ludowa. Dotyczy zastosowania zasad higieny do potrzeb i warunków życia wiejskiego, a więc: plany i modele czworaków, chat i innych budowli wiejskich z ich wewnętrznym urządzeniem. Ubiory ludu z różnych okolic kraju, kąpiele ludowe, zaopatrywanie wsi w wodę, naczynia i sprzęty ludowe, środki dyetetyczne, środki do zażywania chorób, leki sympatyczne, uprzedzenia i przesady. — Wypadki przy obsłudze maszyn rolnych i statystyka takowych.

Dział X. Balneologia. Dotyczy zdrojowisk i przetworów, w takowych otrzymywanych. A więc plany, mapy, fotografie i opisy zdrojowisk i miejscowości klimatycznych. Urządzenia balneotechniczne i próbki przetworów.

Dział XI. Bakteryologia, choroby zakaźne i ich zwalczanie. Obejmuje przedstawienie zarazków chorobotwórczych w preparatach, hodowlach i rysunkach. Narzędzia i przyrządy do tego używane, szczepionki ochronne dla ludzi i zwierząt, kamery i aparaty dezynfekcyjne w oryginalach i modelach, zakłady szczepień wodowstrętu, zakłady krowiankowe, stacje szczepień ospy ochronnej, laboratoria chemiczne i bakteryologiczne, graficzne przedstawienie szerzenia się chorób zakaźnych.

Dział XII. Szpitalnictwo. Obejmuje plany szpitali i opisy lub modele ich wewnętrznych urządzeń, meble i naczynia szpitalne, meble operacyjne, urządzenie sal ambulatoryjnych, operacyjnych i opatrunkowych. Aparaty sterylizacyjne, pralnie, kuchnie i inne ubikacje szpitalne. Graficzne tablice ruchu szpitalnego; szpitale specjalne, sanatoria, lecznice, domy zdrowia i stacje ratunkowe.

Dział XIII. Przemysł techniczny w zastosowaniu do higieny i lecznictwa. Obejmuje narzędzia lekarskie, jak oto: instrumenty chirurgiczne, położnicze, anatomiczne, dentystryczne, weterynaryjne. Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne, przyrządy do pielęgnowania chorých, aparaty fotograficzne i akcesorya do takowych, urządzenia do rentgenoskopii i rentgenografii, urządzenia do leczenia światłem elektrycznym i słonecznym, wagi, wyroby gumowe, pasy, podkłady, poduszki, pończochy, bandaże, wyroby szcزتkarskie, papiernictwo, introligatorstwo, litografie, fotografie amatorskie, napisy na szkle i porcelanie.

Dział XIV. Przemysł chemiczny w zastosowaniu do higieny i lecznictwa. Obejmuje fabryki przetworów chemicznych, fabryki farb olejnych i akwarelowych, farbiarstwo, wyrób cementu, mydeł, świec, pachnidel, kosmetyków, atramentów, czernidel i smarów. Fabryki sztucznych wód mineralnych i soli zdrojowych, środki dezynfekcyjne i odwianiające, naczynia chemiczne i apteczne ze szkła, fajansu, porcelany, krzemionki i gliny.

Dział XV. Aptekarstwo. Obejmuje przyrządy i przybory aptekarskie, środki lecznicze, specyfiki farmaceutyczne, wina leczniczo-dyetetyczne, wody mineralne

sztuczne, farmakopeę wytworną, opatrunki chirurgiczne, urządzenia wzorowych aptek i stytystykę aptekarską.

Dział XVI. Statystyka naukowa. Diagramy, kartogramy, tablice poglądowe i statystyczne. Wyniki badań antropologicznych i antropometrycznych. Wykopaliska. Piśmiennictwo higieniczne, lekarskie i przyrodnicze. Preparaty i modele anatomiczne i anatomopatologiczne. Okazy i zbiory przyrodnicze, mapy statystyczne. Modele naukowe. Statystyka weterynaryjna. Wyniki badań i spostrzeżeń meteorologicznych.

Wszelkich informacji udziału Sekretarz Wystawy D-r JAN MODRZEWSKI [Lublin, Krakowskie-Przedmieście 15].

— Wyszło z druku sprawozdanie z dwuletniej działalności Towarzystwa Kursów Naukowych. Sprawami Towarzystwa kieruje zarząd, do którego wchodzi pp. P. DRZEWIECKI [przewodniczący], S. KONTRIEWICZ [zastępca przewodniczącego], K. BUDNY, J. EBERHARDT, H. KONDRATOWICZ, E. LANGNER, M. REJCHMAN, S. WROŃSKI. Wydziałów 4: matematyczno - przyrodniczy, humanistyczny, techniczny, rolniczy. Wielce pożyteczna ta instytucja cierpi na brak środków, któreby umożliwiły rozwinięcie wykładów w szerszym zakresie. Jeden tylko wydział rolniczy otrzymuje pewnie, aczkolwiek niewystarczające subsydyum od naszych ziemian i towarzystw rolniczych, wskutek czego okazało się możliwem otwarcie II kursu. Wykładający na wydziale przyrodniczym S. DICKSTEIN, W. SIERPIŃSKI, J. TUR, J. SOSNOWSKI, L. SILBERSTEIN, J. KALINOWSKI, J. BIELECKI, T. MIŁOBĘDZKI, J. PRUSZYŃSKI, Z. WÓJCIOKI, Z. WEYBERG, J. LEWIŃSKI, K. STOŁYCHWO, L. KRZYWICKI, A. MAHRBURG, T. KAMIŃSKI, J. TRZEBIŃSKI, D. HELIN, J. BRUNNER. Przewodniczącym wydziału w pierwszym roku był prof. S. DICKSTEIN, obecnie p. J. SOSNOWSKI.

— W d. 9-go r. b. o godz. 7-ej wieczorem w sali Towarzystwa Muzycznego w Siedlcach odbędzie się zebranie organizacyjne Towarzystwa Lekarskiego gub. Siedleckiej. Nowo zawiązującemu się Towarzystwu Redakcja nasza śle serdeczne życzenia pomyślnego rozwoju.

— Odbyty w dniach 21—25-go z. m. kongres laryngologów i otyatrów w Wiedniu odznaczał się niebywałą dotąd świetnością. Uczestników z różnych stron świata było 380, odczytów wygłoszono 80, w tem dwa przez Polaków [prof. JURASZ i kol. HERYNG]. Kongres odbył się pod przewodnictwem prof. OTTOKARA CHIARI'ego, jednym z prezesów honorowych był kol. THEODOR HERYNG.

— Kol. Z. MONSIORSKI mianowany został ordynatorem oddziału ginekologicznego w szpitalu Wolskim.

— W dniu 6-go kwietnia r. b. zmarł w Kaliszu po długotrwałej chorobie ś. p. dr FRANCISZEK JÓZEF BIENIECKI, starszy lekarz konsystującego tu pułku, mając lat 57.

Prawy człowiek, zdolny i sumienny lekarz, dobry kolega, z wysokiem pojęciem o godności stanu lekarskiego—umiał w życiu iść śmiało drogą swoich zasad, jasno się wypowiadając zawsze, że gorąco swój kraj jest miłującym synem. 31 lat pracy wśród trudnych i mozolnych zajęć lekarskich—wśród trudniejszych jeszcze, jako lekarza wojskowego—dało nam poznać człowieka, który nie zboczył z tej drogi przez cały ciąg swego życia, dały nam miarę jego charakteru.

Zmarły, dopóki służyło mu zdrowie, cieszył się obszerną praktyką prywatną i zaufaniem chorych—w pierwszym jednak rzędzie, poświęcał swą pracę sprawie sanitarnej pułku, w którym służył, nadewszystko zaś lazaretowi wojskowemu, który mógł być wzorem sumiennego i doskonałego prowadzenia. Te kilka słów wspomnienia o zmarłym towarzyszu pracy—niech będą ostatnią garścią ziemi rodzinnej rzuconą na Jego trumnę. D.

— ZMARLI: Dr STANISZAW WYCHOWSKI w Płocku, przeżywszy lat 46. Dr LEON SPIELREIN, w Warszawie, w wieku lat 34. Dr STAN. BAŃKOWSKI, w Warszawie, przeżywszy lat 36. Dr HERTER prof. chemii fizyologicznej w Berlinie.