

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z PRACOWNI PATOL. OGÓLNEJ UNIWERS. WARSZ.

## I. O STOSUNKU TOKSYNY DO ANTYTOKSYNY.

PODAŁ

JERZY BRUNNER.

---

Behring i Kitasato byli pierwszymi badaczami, którzy zajęli się sprawą stosunku toksyny do antytoksyny.

Opierając się na badaniach Brieger'a i Fraenkla <sup>1)</sup>, którzy wyosobnili trujące pierwiastki z hodowli laseczników błonicy i tężca, Behring i Kitasato <sup>2)</sup> rozpoczęli próby z uodpornianiem zwierząt przeciwko tym toksynom i próby te zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem. Odporność, zdaniem Behringa i Kitasato polega na tem, iż surowica krwi zwierząt uodpornionych posiada własność unieszkodliwiania trujących pierwiastków wytwarzanych przez bakterye. Wyniki prac Behringa i Kitasato w danym kierunku sprowadzają się do punktów następujących:

- 1) Krew uodpornionych zwierząt niszczy jad bakteryjny.
- 2) Własności te występują również we krwi poza ustrojem oraz w otrzymanej z niej surowicy.

---

1) Berl. Klin. Wochenschr. 1890, Nr. 11 i Nr. 49.

2) Deutsche méd. Wochenschr. 1890, Nr. 49, 50.

3) Własności te są tak trwałe, iż zachowują się również w ustroju innych zwierząt, tak że przelewanie krwi lub surowicy może mieć również znaczenie lecznicze.

4) Krew zwierząt nie uodpornionych przeciwko toksynom nie działa niszcząco na te ostatnie i jeżeli wstrzyknąć takim zwierzętom toksynę, to daje się ona wykryć we krwi i innych płynach ustroju nawet po śmierci zwierzęcia.

Wkrótce prace Behringa i Kitasato zostały stwierdzone przez Tizzoniego i Cattaniego <sup>1)</sup>, przez Vaillarda <sup>2)</sup> i Ehrlicha <sup>3)</sup>; ten ostatni szeregiem badań nad toksynami roślinnymi, abryną i rycyną, dowiódł, iż odporność względem tych jądów również polega na zobojętniającem lub też niszczącem działaniu surowicy krwi na toksyny w ustroju lub *in vitro*.

Co się tyczy sposobu działania antytoksyny na toksynę czyli procesu chemicznego, jaki przy zmieszaniu tych dwu ciał powstaje, Behring nie wypowieda w tej mierze wyraźnie swego zdania; twierdzi on wszakże, iż zachodzi tu pewna analogia z działaniem kwasów na zasady. Przytaczając szereg danych, stwierdzających lecznicze działanie zasad w zatruciu kwasem solnym, Behring <sup>4)</sup> powiada, iż w danym przypadku mamy do czynienia z takim samym zjawiskiem, jakie zachodzi w działaniu antytoksyn ze krwi zwierząt uodpornionych na toksyny; jak tu, tak i tam trucizna staje się nieszkodliwą w zetknięciu z drugim ciałem *in vitro*; autor sądzi, iż w danym razie słowo „niszczenie“ jadu powinno być brane w zwykłym nie chemicznym znaczeniu; rzecz prosta, iż żadne ciało przytem nie zostaje tak zniszczone, że się w niwecz obraca; wyraz ten ma oznaczać tylko, iż działanie jadu zostaje powstrzymane lub zniszczone.

<sup>1)</sup> Riforma méd. 1891, Nr. 10, 183—184.

<sup>2)</sup> La semaine méd. 1891, Nr. 31.

<sup>3)</sup> Deutsche med. Woch. 1891, Nr. 32 i 44.

<sup>4)</sup> Bekämpfung des Infectionskrankheiten. Infection und Desinfection, Leipzig 1894.

Roux i Vaillard <sup>1)</sup> zastanawiają się nad daną kwestyą w sposób następujący. „Czy ciało antytoksyne, zawarte w surowicy krwi tworzy połączenie określone z toksyną, jak to czyni kwas zobojętniający zasadę, lub też zachowuje się ono jako ferment, który powoduje niezbadany jeszcze dotąd rozkład toksyny? Zdaje się, iż ciało działające w tak niewielkich ilościach, jak antytoksyna, nie może być porównane z niczem innym, jak tylko z fermentami, z którymi zresztą ma ono dużo innych cech wspólnych. W obecnym stanie wiedzy — mówią dalej autorzy — kwestya tem trudniejszą jest do rozwiązania, iż poza sferą działania na ustrój zwierzęcy nie posiadamy sposobów wykrycia toksyny i antytoksyny. Nie udało nam się żadnym sztucznym sposobem oddzielić toksyny od antytoksyny po ich zmieszaniu; nie pomaga tu ani przesączenie przez glinę, ani dializa, ani strącanie. Zresztą własności obu ciał są bardzo podobne i czynniki fizyczne lub chemiczne rozkładające jedno, niszczą również i drugie. W tych warunkach bardzo jest trudnem orzec, czy zwierzę, któremu wstrzyknięto mieszaninę surowicy i przesączonej hodowli, pozostaje zdrowe dlatego, że jad w danym płynie już nie istnieje, czy też dlatego, że uodporniająca surowica czyni komórki niewrażliwymi na toksynę, która wówczas już działać nie może“.

Pragnąc rozwiązać to pytanie, Roux i Vaillard mieszały z toksyną takie ilości antytoksyny, które — jak pokazało doświadczenie — nie wystarczały do uodpornienia; pomimo to jednak zwierzęta, które otrzymały te mieszanki, pozostawały przy życiu. Zdaje się przeto bardzo prawdopodobnem, iż toksyna i antytoksyna wzajemnie się niszczą. Działanie surowicy na toksynę występuje natychmiast; z chwilą, kiedy obadwa ciała się zetkną, jad traci swe własności.

Ehrlich i Wassermann <sup>2)</sup> stwierdzają również dla tok-

<sup>1)</sup> Annales de l'Inst. Pasteur 1893, T. VII, Nr. 2.

<sup>2)</sup> Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1894. Bd. XVIII, Heft 2.

syny błoniczej szybkość zubożniającego działania swojej surowicy po zmieszaniu z jadem w próbówce i wykazują zarazem, iż ilość antytoksyny potrzebnej do uodpornienia zwierzęcia (w zastrzyknięciu 6 godzin przed toksyną) jest znacznie większa (13—14 razy) od tej ilości, która zubożnia tę samą dawkę toksyny *in vitro*.

Przeciwko poglądom wyżej przytoczonym powstał Buchner<sup>1)</sup> i na podstawie pewnych doświadczeń wyraził zdanie, iż toksyna i antytoksyna zarówno *in vitro*, jak również w ciele zwierząt wzajemnie na siebie nie działają; antytoksyna posiada tylko własność ochraniać komórki przed toksyną, inaczej — własność szybkiego uodporniania. Autor wychodzi z założenia, iż gdyby toksyna była zubożniana przez antytoksynę, wówczas mieszanina zupełnie obojętna dla pewnego gatunku zwierząt nie powinna wywoływać żadnych objawów chorobowych u innych, nawet bardziej wrażliwych zwierząt. Odnośne doświadczenia wszakże dały inne wyniki; mieszanina toksyny i antytoksyny tępcowej obojętna dla myszy okazała się trującą dla świnek. Należy przeto, zdaniem Buchnera, przypuścić, iż pomiędzy temi dwoma ciałami nie zachodzi żaden proces chemiczny w rodzaju zubożniania.

Roux, który jak widzieliśmy, skłaniał się ku poglądom Behring'a, nagle zmienił zdanie. W pracy wykonanej wraz z Martin'em<sup>2)</sup> oraz w słynnej mowie na zjeździe w Budapeszcie<sup>3)</sup> Roux przytacza szereg doświadczeń z toksyną błoniczą i tępcową oraz z odnośnemi antytoksynami i zarysowuje się wyraźnie jako stronnik Buchnera. „Mieszanina toksyny i antytoksyny błoniczej nie sprowadzająca wyraźnego obrzmienia u morskiej świnki, wywołuje silny obrzęk

---

1) Münch. méd. Woch. 1893, Nr. 2.; Berl. Klin. Woch. 1894, Nr. 4, S. 73.

2) Annales de l'Inst. Pasteur 1894, Tome VIII, Nr. 9.

3) Annales de l'Inst. Pasteur 1894, Tome VIII, Nr. 10.

w tkance podskórnej u królika i zabija go przy wstrzykiwaniu do żyły; surowica przeciwbłonicza nie jest antytoksyczna w właściwym znaczeniu tego słowa; zmieszana z toksyną pozostawia ją nietkniętą, wstrzyknięta zwierzęciu działa na komórki, czyniąc je niejako nieczułymi na toksynę“. Podobnie dzieje się z toksyną i antytoksyną tężcową. Niema nic trudniejszego — mówi Roux — jak uchwycić dokładną chwilę zubożenia. Mieszanina 900 części toksyny z jedną częścią surowicy jest nieszkodliwą w ilości  $\frac{1}{2}$  cent. dla 8 świnek z pomiędzy 10, 2 wszakże zapadną na mniej lub więcej silny tężec i zachowują się jako czulszy odczynnik, wskazując, iż w mieszaninie znajduje się jeszcze jad wolny. Zmienimy stosunek toksyny i zmieszajmy 500 części toksyny z 1 surowicy; pół cent. sz. nowej mieszaniny nie spowoduje żadnych objawów, wszakże 3 ctm. wywołują tężec. Niema tu precyzyi jaka cechuje odczyn chemiczny bądź dlatego, że nie posiadamy dość czułego odczynnika dla oznaczenia dokładnego punktu zubożenia, bądź dlatego, że, być może, nie zachodzi tu żadne zubożenie i że toksyna i antytoksyna swobodnie istnieją obok siebie“. Doświadczenia zdają się przemawiać na korzyść tego twierdzenia. Autorzy wstrzykują 5 zdrowym świnkom po pół ctm. sz. mieszaniny z 900 części toksyny i 1 części surowicy; ta sama ilość zostaje wstrzykniętą 5 innym świnkom, które uprzednio były uodpornione przeciwko prątkom cholerycznym; pierwsze pozostają zdrowe, ostatnie zachorowują na tężec; tężec występuje u tego rodzaju zwierząt nawet wtedy, jeżeli ilość toksyny w mieszaninie będzie mniejsza, niż poprzednio.

(d. z. n.).

## II. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona medalem złotym na konkursie Amerykańskiego Tow. Laryngologicznego i odczytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w d. 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy*).

Gdy jednakże ropień już się utworzył, rozpoznanie jest łatwe, a to na podstawie znamienych, dla oka gołego widocznych, zawieszonych w ropie żółtych ziaren, które pod drobnowidzem po rozpuszczeniu uprzedniem detrytu za pomocą ługu potasowego, wykazują zwykle promienistą, gruczołową budowę, przyczem pojedyncze promienie mają na końcu maczugowate zgrubienie.

Barwią się one bardzo dobrze metodą Gram'a, lub jeszcze lepiej modyfikacją tej metody t. j. z dodatkiem karminu: nitki barwią się wtedy niebieskawo-czarno, maczugi czerwono.

Przy rozpoznaniu różniczkowem musimy brać pod uwagę następujące sprawy chorobowe: rozpadły kilak (gumma), rak zwłaszcza przełyku, gruźlicę (zwłaszcza guzy gruźlicze), ropień przewlekły języka, zropiałą torbiel, wreszcie cysticercus.

W tych przypadkach jednakże wywiady, przebieg, jakoteż obraz kliniczny cierpienia, stan gruczołów chłonnych na szyi, przedewszystkiem zaś obecność w ropie znamienych, żółtych ziaren, dających pod drobnowidzem również znamieny obraz grzybka promienicy—wszystko to pozwala ostatecznie na właściwe rozpoznanie.

*Rokowanie* promienicy w górnym odcinku dróg oddechowych nie jest w ogóle pomyślne, w szczególności zaś

w przypadkach zajęcia innych (wewnętrznych) narządów, jak na przykład przy przerzutach (metastases) w mózgu, opłucnej, nerkach, wątrobie, sercu, płucach etc (Nasse).

Wogóle zaś rokowanie jest gorsze w przypadkach zajęcia szczęki dolnej, krtani i przełyku (skłonność do rozszerzania się sprawy chorobowej na śródpiersie); jest ono lepsze w przypadkach promienicy języka, gdzie sprawa jest ograniczona i dla tego możliwa do operowania.

*Leczenie* promienicy górnego odcinka dróg oddechowych jest przede wszystkim chirurgiczne: doszczętne wyskrobanie resp. wycięcie chorobowo zmienionych tkanek.

Niektórzy autorowie zalecają 5% kwas karbolowy i 1:1000 sublimat (Korff), następnie  $\frac{1}{2}$  — 1% methylviolet (Raffe), argentum nitricum t. j. lapis nalepiony na zgłębnik i wprowadzony do przetok (Köttnitz); wreszcie wielu jest zwolenników stosowania w tem cierpieniu jodku potasu (wewnętrznie), przyczem miano jakoby otrzymywać wyleczenia bez operacyjnej interwencji (Lissa, Claisse, Bezar, Iterson).

#### IV. *Grzybice pleśniowe, oraz drożdże.*

Oprócz wyżej opisanych grzybic (mycosis leptothricia et sarcinica, jakoteż actinomycosis), w górnym odcinku dróg oddechowych spotykamy się jeszcze z całym szeregiem grzybic pleśniowych, oraz drożdży.

Pierwsze przede wszystkim wywoływane są następującymi gatunkami grzybów strzępkowych (hyphomycetes): aspergillus, penicillum, mucor, wreszcie oidium.

Pod względem botanicznym rodzaje te różnią się od siebie tylko sposobem owocowania t. j. tworzenia zarodników: tak np. u rodzaju mucor nitka owoconośna, wznosząca się z powikłanej grzybni (mycelium) unosi osobny worek—zarodnię (sporangium), w której rozwijają się zarodniki (conidiae), natomiast u rodzaju aspergillus\*) na końcu owoconośni two-

\*) Zresztą „aspergillus“ nie jest to rodzaj samodzielny; okazało się, że to jest tylko osobna postać owocowania rodzaju euro

rzy się kolbowate zgrubienie, na którego powierzchni za pośrednictwem małych podstawek (*sterigmae*) przyczepione są szeregi zarodników; u gatunków *oidium* zarodniki przyczepione są wprost do owoconośni bez pośrednictwa podstawki i główkowego zgrubienia, wreszcie u *penicillum* znowu sposób tworzenia zarodników jest inny, mianowicie owoconośnie posiadają tu rozgałęzienia, podobne do pędzelków, na których zarodniki tworzą się całymi szeregami.

Z pomiędzy gatunków *penicillum*, *aspergillus* i *mucor* w górnym odcinku dróg oddechowych były spostrzegane: *penicillum glaucum* (pędzlak zielony), *aspergillus fumigatus*, *glaucus et nigrescens*, oraz *mucor corymbifer niger*.

Ten ostatni w przypadkach t. zw. czarnego języka (Ciągliński i Hewelke).

Najważniejszym jednakże chorobotwórczym grzybkim pleśniowym jest *oidium albicans s. lactis* (Robin), warunkujący t. zw. pleśniawki (*soor*).

Badać pleśnie pod drobnowidzem najlepiej jest w ten sposób, że drobny kawałek badanego materiału kładziemy do kropli gliceryny na szkiełku przedmiotowym i rozdrabniamy go dwiema igłami na najdrobniejsze części.

Po rozdrobnieniu nakładamy szkiełko pokrywkowe; najlepiej jest badać mocnym systemem suchym.

Barwienie jest zwykle zbyt ciężkie do badania pleśni, w skrawkach natomiast tkanek konieczne (metoda Weigert'a).

Powyżej opisane grzybki pleśniowe rozwijają się najlepiej w ciepłocie ciała, przyczem najlepszym podłożem (pożywką) jest wyjałowiona papka chlebowa.

Z nowszych badań Busse'go, Rabinowiczówny, a przede wszystkim uczonych włoskich z San Felicim na czele okazało się, że i pewne gatunki *drożdży*, czyli grzybków

---

tium (należącego do *ascomycetes*). Tak samo „*oidium*” jest tylko postacią konidialną gatunków rodzaju *erisyphe*, należącego także po *ascomycetes*.



pęczkujących (blasto-sacharomycetes) mogą występować u człowieka i również wyjątkowo w górnym odcinku dróg oddechowych. (Parak, Troisier i Achaline).

Są to jednokomórkowe grzyby, które rozmnażają się drogą pęczkowania t. j. tworzenia się pączków na komórkach vegetacyjnych, które wszakże w pewnych warunkach mogą także tworzyć zarodniki (t. zw. askospory).

Barwnikotwórcze gatunki drożdży nadzwyczaj bujnie rosną na pożywkach, zawierających cukier gromowy lub glicerynę.

(c. d. n.).

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

286. Dr Erest Michels (Londyn). **Trzebienie w przypadkach raka sutki.** (München. med. Wochenschr. Nr. 24, 1905).

W przypadkach rozpaczliwych, gdzie najdoskonalsza technika operacyjna zawodzi stale, ostatnimi czasy szukano innych dróg ratunku dla kobiet, chorych na rozległego raka sutki. Tu wymienić należy przedewszystkiem operację wycięcia jajników (oophorectomia), która nie daje, wprawdzie, wyników świetnych, lecz przebieg sprawy chorobowej łagodzi znacznie i przedłuża życie. Zabieg ów nie wywalczył sobie dotąd szerszych praw obywatelstwa, w Anglii jednak stosują tenże od lat 9 larga manu za przykładem dra Beatson'a z Glasgowa.

W oryginalnej i pełnej śmiałych hipotez pracy dr. B. wygłasza zdanie, że gruczoły płciowe wywierają wpływ pobudzający na sprawę tworzenia się komórek, i sądzi, iż ekstirpacja jajników w każdym bądź razie wpływa hamująco na dalszy rozrost nowotworu złośliwego. Teoria B. przebrzmiałaby może bez echa, gdyby autor nie miał odwagi poparcia jej wykonaniem w mowie będącego rękoczynu u 2-ch pacjentek

i nie osiągnął wyników, dających rzeczywiście wiele do myślenia. W jednym oplakany przypadku raka sutki, powikłanym przez naciek skóry, rozsianie guzów wtórnych oraz rozległe gruczolów pachy i nadobojczykowych zajęcie, stwierdzono po kastracyi poprawę nadspodziewaną. Gruczolę zmniejszyły się, naciek i guzy w skórze uległy wessaniu zupełnemu niemal, a nędzny stan ogólny poprawił się widocznie. Polepszenie owo trwało lat cztery.

Z kolei rzeczy skuteczność trzebień wypróbował dr. Boyd u wielu chorych, pilnie śledząc następcze pacjentek losy. Najciekawsze i najpomysłniejszym uwieńczone wynikiem; spostrzeżenie dotyczyło pewnej 42-letniej kobiety, u której, po usunięciu raka sutki lewej, narząd ten wyłuszczone w 9 miesięcy na skutek recydywy. Z upływem 3 lat operowana zwróciła się znowu do B. o ratunek w stanie daleko zaawansowanego charactwa. Stwierdzono rozległe rakowate nacieczenie skóry, mięśni i chrząstek klatki piersiowej. W przebiegu operacyi, po usunięciu chrząstek IV-go i V-go żebra, odnaleziono w śródpiersiu przednim gruczolę chore, wobec czego zaniechanym został rękoczyn dalszy. Gdy jednak pacjentkę w czas jakiś męczyć zaczęły bóle nader dotkliwe, dokonano wycięcia obu jajników, poczem już w dni kilka bóle ustąpiły zupełnie. Po tygodniu naciek ściany klatki piersiowej zmniejszył się wyraźnie, a w 7 miesięcy znikł zupełnie, wessawszy się do ostatniego guziczka w umięsieniu piersiowym. Na badaniu, dokonaniem po latach 6, *nie wykryto śladu raka*; zimą roku następnego wypuszczono chorej z oplucny niewielką ilość wysiękowej surowiczo-krwawej cieczy, poczem pacjentka wyzdrowiała szybko. Kobieta owa dotąd żyje, zatem lat 8 z górą po kastracyi, a 12 niemal—po usunięciu guza pierwotnego.

Do kategorii tej zaliczyć wypada również analogiczny przypadek Waterhouse'a z trwałem, bo już lat 5 ciągnącym, się wyzdrowieniem oraz szeregiem kastracyi, podejmowanych przez chirurgów innych, gdzie, wprawdzie, wynik ostateczny nie był tak pomysłny, gdzie jednak osiągnięto poprawę wybitną, która trwała lata całe. Z drugiej znów strony mamy do zanotowania szereg spostrzeżeń, w których operacya omawiana nie wywarła żadnego skutku dodatniego.

Ze statystyki Lett'a, obejmującej 99 przypadków odnośnych, dowiadujemy się, że odsetka polepszeń istotnych, zależnych od ooforektomii, nie przewyższa 36,4.

Dr. Michels wypróbował tę ostatnią u 3-ch chorych w wieku od lat 34 do 43 z wynikiem niepomyślnym w jednym przypadku i tu śmierć nastąpiła po upływie 2-ch lat dopiero skutkiem nawrotu. W obu pozostałych operowane żyją dotąd i w ciągu dość znacznego okresu czasu (18 i 9 miesięcy) są wolne od recydywy. W przypadku ostatnim 37-letnia kobieta miała, prócz raka sutki, zwyrodniałe na przestrzeni wielkiej gruczoły, obrastające żyłę pachową i sięgające aż pod obojczyk. Pomimo sumiennego dostępnymi ognisk chorobowych wycięcia rokowanie postawiono bardzo złe, jakoż po upływie 8 przeszło miesięcy operowana zgłosiła się powtórnie, prosząc o operację. W przebiegu badania znaleziono tym razem twarde, zrosnięte z kością klatki piersiowej, nacieki pod pachą oraz obrzmienie gruczołów w dole nadobojczykowym. Autor wyciął przedewszystkiem oba jajniki, poczem dokonał operacji miejscowo i zaszył ranę, nie łudząc się jednak, że wszystko, co chore, usunięte zostało doszczętnie. Pomimo to, do tej pory (9 mcy) recydywy nie widać; nieruchome, przedtem przyrośnięte do podłoża, blizny dają się obecnie przesuwac. Stan ogólny pacjentki jest zadowalniający zupełnie.

Ze wszystkie te, przytoczone powyżej, przypadki nie przekonywają wcale o bezwzględnej ooforektomii użyteczności, jest oczywiście dla każdego. Trudno zaprzeczyć jednak, że spostrzeżenia niektóre Beatson'a i Boyd'a wywarły wrażenie na tych nawet, co z wielką sceptycyzmu dozą zapatrywali się na rzecz całą. Każdy z chirurgów wie dobrze, iż czasem, i bez wycinania jajników, zabieg miejscowy na sutce, uważany z góry jako bezcelowy, dać może wyniki nadspodziewanie dodatnie. Poważna cyfra ogłoszonych dotąd następstw pomyślnych poucza, że nie chodzi tu jedynie o traf ślepy. Wyjaśnienia istoty rzeczy dotąd nikt nie dał jeszcze, tem więcej, że znajdowano niewątpliwie raka sutki u kobiet, którym przedtem z przyczyn różnych wycięto oba jajniki.

Zejscia niepomyślne po operacji trzebieńia są bardzo rzadkie i odsetka tychże zmniejsza się stale. W każdym razie pamiętać należy, że zabieg ten znoszą najlepiej kobiety, będące u schyłku miesiączkowania, zatem pomiędzy 40 i 47 rokiem życia. W razie istnienia przerzutów do narządów wewnętrznych lepiej będzie nie wykonywać kastracyi.

*K. Niedzielski.*

287. A. Polya. **Zmiana radykalnej operacji przepuklin pachwinowych według sposobu Bassiniego.** (Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 9, 1905).

Jak wiadomo, recydywy po radykalnej operacji przepukliny najczęściej powstają albo w wewnętrznym albo w zewnętrznym kącie kanału pachwinowego (pierwsze z powodu niedostatecznego połączenia fascyi ze ścięgnem Pouparta). Z tego powodu prof. Herozel już od lat kilku poleca sposób, podobny do tego, jaki opisał w 1902 roku Berger, i który autor wypróbował w 47 przypadkach. Używa się do tego pochwy protego mięśnia, którą się nacina i przyszywa częściowo do dolnego kąta; powrózek nasienny zagina się nad aponewrozą mięśnia ukośnego tak, że po wyjściu z kanału idzie najpierw ku górze i nazewnątrz i potem od razu zakręca ku dołowi do kanału wąskiego, utworzonego przez aponewrozę.

Postępuje autor następującym sposobem. 1) Skórne cięcie wzdłuż ścięgna Pouparta, ściśle zatamowanie krwawienia; 2) rozcięcie aponewrozy mięśnia ukośnego zewnętrznego, które ku tyłowi przybliży się do ścięgna Pouparta; cięcie zaczyna się od kąta zewnętrznego pierścienia pachwinowego, kończy się na 4 ctm. na zewnątrz od wewnętrznego pierścienia pachwinowego. 3) Wycięcie worka przepukliny. 4) Dolny płat aponewrozy mięśnia ukośnego odciąga się klampami silnie ku dołowi, aby uwidocznić sobie dobrze ścięgno Pouparta. 5) Nacina się pochwę mięśnia prostego ukośnie i równolegle, w odległości 1 ctm. od zewnętrznego brzo-ga, ten płat zaginamy ku ścięgnu Pouparta. 6) Szwy według Bassiniego; pierwszy szew nakłada się nad miejscem, gdzie wychodzi powrózek nasienny ku górze i na zewnątrz i przyszywa się mięśnie pod nim leżące do Pouparta, kikut mięśnia cremaster też się przyszywa; dalej zaszywamy mięśnie od Pouparta aż do tuberculum pubicum, przyczem zabiera się i płat z pochwy mięśnia prostego (należy szyc jedwabiem, a katgutem tylko w mniej ważnych miejscach). 7) Górny brzeg aponeurozy mięśnia ukośnego przyszywa się za pomocą cienkiego jedwabiu do ścięgna Pouparta, tak, aby tenszew o 3 ctm. przekroczył ku zewnątrz miejsce wyjścia powrózka nasiennego. 8) Ściągając ku dołowi powrózek nasienny, przyszywa się cienkim jedwabiem dolny płat aponeurozy mięśnia ukośnego nad powrózkiem nasiennym do górnej części tejże aponeurozy. 9) Szew skórny. *W. Biehler.*

## IV. Wiadomości pomniejsze.

288. Gröndahl. **Wpływ eteryzacji na nerki.** (Sem. méd. Nr. 28, 1905).

O wpływie eteru na nerki pisano już nieraz (p. Sem. méd. 1904 r., str. 396). Autor badał 75 chorych, usypianych do operacji eterem, i znalazł w 36% (27 razy) białko, u wszystkich z wyjątkiem 3 znalazł wałki, co wskazuje, iż w większej ilości przypadków białkomocz jest wynikiem zajęcia nabłonka nerek. Obecność białka jest w prostym stosunku do ilości zużytego eteru i do czasu trwania operacji. Po operacjach, które trwały 2 godziny (zużyto 250—300 gr. eteru), zauważono białkomocz w 40—45% przypadków 24 razy na 27 zjawiał się białkomocz w 48 godz. po operacji, znikał w ciągu 7—8 dni. Osłabienie, anemia, podeszły wiek wpływają na zwiększenie ilości białka (dzieci wszakże są wrażliwsze, białkomocz pojawia się u nich częściej). Co się tyczy samego rodzaju operacji, to po laparotomiach zauważył autor białkomocz w 56,5% przypadkach. U jednego chorego, który zmarł niedługo po operacji, znaleziono na sekcji zapalenie mięszu nerek. W każdym bądź razie zdaje się autorowi, iż zapalenia nerek po eteryzacji nie są ani niebezpieczne, ani długotrwałe, często bardzo znika białko po pierwszej operacji, by się znów po drugiej pokazać, lecz nigdy na długo. Jeżeli zwrócić uwagę na zmiany, jakie w nerkach wywołuje chloroform i porównać takowe, to łatwo dojść do przekonania, że eter jest o wiele mniej szkodliwy. *M. B.*

289. Terrieu. **Dwa przypadki nagłej lub szybkiej śmierci w czasie zapalenia płuc u dziecka.** (Rev. mens. des malad. de l'enfance. Kwiecień, 1905).

W zapaleniu płuc u dzieci rokowanie jest zazwyczaj dobre, otóż autor opisuje 2 przypadki nagłej śmierci. W jednym 18 miesięczna dziewczynka miała się zupełnie dobrze, gdy nagle w okresie ozdrowienia pojawiła się sinica z brakiem tchu i oziębieniem kończyn. Pod wpływem kąpieli z gorczycą, iniekcji kamfory i t. p. zrobiło się trochę lepiej, mimo to po kilku godzinach sinica powróciła, dziecko zmarło nagle. Sekcya wykazała oprócz heparyzacji dolnego płata lewego płuca wysięk ropny w osierdziu z dosyć znaczną ilością włóknika. W drugim przypadku 10-letnia dziewczynka zachorowała na zapalenie płuc, które odrazu połączy-

ne było z sinicą i brakiem tchu — 2-ch tych objawów nie można było niczem wytłumaczyć — serce bowiem było w porządku — wieczorem (rano dziecko zachorowało) pacjentka zmarła. Sekcya wykazała krupowe zapalenie płuc z prawej strony, żadnego wysięku, serce tylko rozszerzone, nie było ani zapalenia wsierdza, ani osierdza (ostre rozszerzenie wsierdza). Co się tycze objawów, to głównie należy zwrócić uwagę na sinicę, jestto zazwyczaj zwiastunem śmierci w przypadkach zapalenia płuc u dzieci. *M. B.*

290. Audry i Sarvonat. **Przyrodzone zwężenie oddźwiernika (pylorus) u ssawca.** (Lyon méd. 7/V, 1905).

Przyrodzone zwężenie odźwiernika jest rzeczą rzadką (p. Sem. méd. r. 1903, str. 261—263, przegląd zbiorowy). Przypadek, który opisują autorowie, byłby jedynym, w którym rozpoznanie potwierdzone zostało sekcją. Zwężenie zauważono u 3-dniowego dziecka, które miało ciągle wymioty (bez żółci) w  $\frac{1}{2}$  godziny lub w godzinę po ssaniu. Mocz oddawało mało, kał był ciemny. Dziecko było bardzo osłabione, w ciągu 15 dni straciło 400 gr. Żołądek kurczył się energicznie, nie był jednak rozszerzony, nie było guza w okolicy odźwiernika. Z początku postawiono rozpoznanie zwężenia odźwiernika, potem skurczu. Po miesiącu dziecko umarło. Sekcya wykazała zwężenie odźwiernika; przedstawiał on pierścień długości 15 milimetr., bardzo twardy, trudny do spłaszczenia. Zgłębnik przechodził z trudnością, mleko lub woda wlewały się do żołądka po kropli. Zwężenie było wywołane przerostem mięśni, których grubość wynosiła 3 milim., długość 15 milimetr. Badanie drobnovidzowe wykazało, że hipertrofia ta była pochodzenia zapalnego. *M. B.*

291. Ambard i Beaujard. **O suchem zatrzymaniu chlorku sodu („de la retention chlorurée sèche“).** (Sem. méd. Nr. 12, 1905 r.).

Z prac Widal'a, Lemierre'a, Javal'a i in. widzimy, jak wielką rolę odgrywa chlorek sodu w wytwarzaniu obrzeków i puchliny (w zapaleniu nerek np.). Otóż autor zapytuje się, czy koniecznem jest, by wszelkiemu zatrzymaniu chlorku sodu towarzyszyły obrzęki, jednym słowem, czy istnieje t. zw. „suche zatrzymanie tej soli w organizmie naszym“ (retention sèche). Na pytanie to autor, opierając się na szeregu doświadczeń i badań, odpowiada twierdząco, dodając, że najczęściej następuje w organizmie, zatrzymanie. Na Cl w zapaleniu płuc, ospie, szkarlatynie, w ogó-

le w chorobach gorączkowych ostrych, tu jednak nadmienić należy, jak to wykazały badania, czynione przez autora (przycacza on kilka przypadków obserwowanych w szpitalu), że waga chorych mało się zmienia lub wcale, a mimo to chorzy zatrzymują chlorek sodu w organizmie. Jeżeli jednak są chorzy, u których retentio chlorku sodu nie wpływa na wagę, to są znów i tacy, u których zatrzymaniu soli towarzyszy czasowa hydratacja, tak że u tych ostatnich t. zw. dechloruracja odbywa się najpierw z utratą wody, potem bez utraty wody.

Jeżeli porównać zatrzymanie soli u dotkniętych nephritis interstitialis i n. epithelialis, to widzimy, że u pierwszych ma miejsce zatrzymanie t. zw. suche (retention sèche), u drugich występuje hydrochloruracja; ostatnia pojawia się też bardzo szybko, gdy tymczasem u chorych na nephritis interstitialis zatrzymanie i wydzielanie soli odbywa się nader powoli, tutaj też zatrzymanie soli znajduje się pod wpływem słonego pożywienia; gdy organizm dochodzi do stanu nasycenia, następuje okres wydzielania wskutek przepełnienia (elimination par regorgement). Chorzy zaś na nephritis epithelialis—zatrzymują sól proporcjonalnie do dawek przyjętych—wytwarzając obrzęki.

Od ilości zatrzymanej soli zależą niektóre objawy kliniczne, jak np. białkomocz i ciśnienie krwi. Białko zjawia się w miarę zatrzymywania soli przez organizm i znika, o ile mniej było soli (w nephritis interst.); w szczególności znajdowano białko u tych chorych, u których zatrzymaniu soli towarzyszyły obrzęki. W każdym bądź razie autor radzi nie odrzucać rozpoznania nephritis interstitialis—w przypadkach, w których niema białka.

Co się tyczy ciśnienia, to wiadomą jest rzeczą, że jest ono bardzo wysokie w nephritis interstit. od 26 — 30cc., wiemy także, że u niektórych chorych pozostaje ono stale na jednej wysokości, u niektórych jednak waha się między 22 a 30 cc., nietylko z dnia na dzień, lecz i z godziny na godzinę, otóż u tych pierwszych znajdujemy nadmiar soli, u drugich ilość soli jest słaba, albo też następuje wydzielanie się soli, dlatego też rokowanie lepsze jest w tych przypadkach, w których ciśnienie jest zmienne, nie w tych, w których ono jest wysokie i stałe.

By zatrzymanie soli wpływało na ciśnienie, trzeba by ono nastąpiło w pewnych określonych warunkach, aby serce i naczynia reagowały, jak należy. Chory na zapalenie nerek, który ma tachyarytmię nie zawsze ma ciśnienie podniesione, a jednak zatrzymuje sole, chory spełnia wtedy tylko jeden z warunków, za-

trzymuje chlorki, lecz ma serce osłabione. W każdym bądź razie faktem jest, że jedynym czynnikiem, mogącym zmieniać ciśnienie stale — jest chlorek sodu.

Od zatrzymania chlorku sodu zależą też bóle głowy (w nephritis interst.), duszność i polyurya. Otóż ta ostatnia (polyurya ma miejsce wtedy według autora, jeżeli chory wydziela więcej jak 1750cc. na 24 godz.) bywa: 1 jeżeli bardzo dużo soli się wydziela, 2, jeżeli pożywienie jest b. słone 3, jeżeli chory otrzymuje 3 litry mleka dziennie (gdyż chory prócz tego jeszcze pije b. dużo).

Na zakończenie autor dochodzi do wniosku, że organizm często może być nasycony chlorkiem sodu w stanie suchym nietylko w chorobach gorączkowych (pneumonia), lecz i w takich, jak nephritis interstitialis na pierwszy rzut oka może się to zdawać dziwnem, nie trzeba jednak zapominać, że zespół tkaek zawiera w sobie normalnie dużo zgęszczonych krystaloidów, więcej niż krew, że więc w stanie anormalnym może ich posiadać w nadmiernej ilości. Z punktu widzenia praktycznego wiadomość o podobnych zatrzymaniach soli wykazuje, że prócz chorób takich, jak niedoskurcz serca, nephritis epithelialis z białkomoczem istnieje cała kategoria chorych nie sercowych i takich, których się nie zalicza do nerkowych dlatego, że nie mają białkomoczu, którzy mogą mieć bardzo poważne zatrzymanie soli (retentio gravis). Widzimy też, że chorym, cierpiącym na nephritis interstitialis najlepiej dawać pokarmy z małą ilością lub bez soli (regime hypochlorurę), przyczem nie należy zapominać o spokoju, leżeniu w łóżku, teobrominie i t. p. Podawanie pokarmów, pozbawionych soli, powinno być nie czasowe, lecz stałe.

*Matylda Biehler.*

292. Bier. **Leczenie ostrego ropienia za pomocą przekrwienia zastoinowego (stasis hyperaemica).** (Münch. Med. Woch. 31/I i 14/II 1905).

Autor leczył już powyższym sposobem sprawy zapalne nie ropne i ropienia początkujące (p. Sem. méd. 1901 r. str. 140). Następnie stosował swoją metodę w ropieniach ostrych i podostrych w szczególności w arthritis suppurativa i zapaleniu tkanki łącznej podskórnej, otaczającej ścięgna, a także w osteomyelitis. Ogółem w 110 przypadkach. Technika jest b. prosta. Autor posługuje się bandażem kauczukowym i tylko dla niektórych części używa specjalnych przyrządów; przekrwienia mogą być użytkowane w okolicach głowy, pleców u przyczepu kończyn, jednym słowem w każdej części ciała. Na kończynach, gdzie autor najczęściej posłu-



guje się powyższą metodą, bandażem owija się górną część dość oddaloną od ogniska zapalnego, np. nakłada się bandaż na ramieniu lub udzie w razie ropnia ręki lub nogi. Bandaż powinien być tak nałożony, by, powodując ucisk, wywołać tylko obrzęk koloru mocno czerwonego, nie zastój w wenach, który tłoczy się niebieskim kolorem skóry. Dobrze zrobiony ucisk nietylko nie jest bolesny, lecz, przeciwnie, uśmierza bóle.

Bandaż powinien pozostać minimum 10 godzin w ciągu dnia, w ciężkich przypadkach 20 i 22 godzin z 2 godzinną przerwą, za każdym następnym razem kładzie się bandaż wyżej lub niżej—przy zmianie bandaża korzysta się z czasu, robiąc świeży opatrunek. W miarę tego, jak się stan poprawia, skraca się ilość godzin, nie należy się jednak z tem zbyt spieszyć. Tym sposobem można nietylko wyleczyć, lecz powstrzymać rozwój ropienia zmienić zawartość (płyn ropny na surowicy), jednym słowem można ropień „ochłodzić“. Wyborne wyniki widzi się w szczególności w arthritis, gdzie po kilku godzinach ucisku (bez artrotomii itp.) można wykonywać różne ruchy bierne — bóle ustępują; — jeżeli polepszenie nie następuje dość szybko, to autor otwiera staw, unika jednak tamponowania lub wkładania sączka (za pomocą bandaża wyleczył 5 przypadków ropienia dużych stawów), unikając ankilozy i zachowując wszelkie ruchy.

Toż samo w osteomyelitis — nie robi zaraz trepanacyi — przecina tylko na większej przestrzeni bez tamponowania i zakładania sączka i natychmiast ustanawia przekrwienie. Z 9 przypadków 4 zakończyło się wyzdrowieniem, bez zmartwienia, w 2 była nekroza ograniczona, w 2 dość obszerna, 1 przypadek zakończył się śmiercią — była to jednak osteomyelitis septica, powikłana ropnicą, czemu zapewne, nie zapobiegłoby nawet natychmiastowe odjęcie nogi. Przy ropieniu tkanki łącznej u rąk, nie należy też robić dużych nacięć, lepiej kilka małych, nie trzeba też ani tamponować, ani nakładać sączków, ani unieruchomić, owszem, przeciwnie, chory powinien jaknajwięcej poruszać palcami, ażeby uniknąć sztywnienia ich. Na 13 przypadków notuje 8 wyzdrowień, w 5 nie uniknięto zgorzeli, jednak dlatego, że ucisk zrobiony był zapóźno. Jest to nowa terapia, daje nam jednak olśniewające obietnice i zachęca do dalszych doświadczeń.

*Wacław Biehler.*

293. Ferraris. **Śmiertelne zatrucie szafranem.** (Sem. méd. Nr. 28, 1905).

W ludzie utarło się mniemanie, że szafran jest zupełnie

nieszkodliwy, potwierdzają to badania Orfilii; Ferraris jest jednak innego zdania, a to dzięki przypadkowi, który miał możliwość obserwować, prócz tego znalazł jeszcze 2 przypadki zatrucia szafranem w literaturze. Objawy zatrucia szafranem są: wymioty i biegunka (zajęcie przewodu pokarmowego), a także drgawki. Sekcja wykazuje nephritis haemorrhagica. *M. B.*

294. *Chauffard i Laederich. Przypadek guza gazowego nad i pod obojczykiem.* (Sem. méd. Nr. 20, 1905).

Autorowie opisują przypadek, w którym chory, cierpiący od roku na gruźlicę, zauważył, iż nad obojczykiem utworzył mu się guz wielkości kurzego jajka, guz ten po pewnym czasie znikł, zjawił się zaś drugi pod obojczykiem. Przy badaniu zwraca uwagę nadzwyczajna tylko chudość chorego, gdy jednak chory zaczyna kasłać, pojawiają się nad i pod obojczykiem 2 guzy; przy wymacywaniu tych ostatnich daje się zauważyć, że guzy te są miękkie jakby worki napełnione powietrzem i kilkoma kroplami płynu, guzy dają się łatwo redukować. Ścianki tego worka zdają się być bardzo cienkimi, przy wypukiwaniu otrzymuje się dźwięki bardzo jasne. Auskultacja wykazuje tylko pluskanie przy redukcji worka, oddechu nie słychać, nad obojczykiem, pod obojczykiem słychać oprócz pluskania, które idzie z głębi, powierzchowne suche trzeszczące rzeżenia z odcieniem metalicznym, które powstają pewno w sam worku, zależnie od tego, czy tenże jest pełen czy pusty. Jeżeli worek jest rozciągnięty, to nie słychać zupełnie vibracji głosu, te ostatnie słychać nader słabo pomiędzy 1 a 2 żebrem, jeszcze słabiej niżej. Radiografia i radioskopia nie dały żadnych wyników.

Autorowie są zdania, że guzy te pochodzą od narządu oddechowego, komunikują się między sobą, jak to wykazały badania (jeśli np. nacisnąć jeden guz, to drugi się powiększa i t. p.), trudno tylko określić, jakim to się dzieje sposobem. Przypuszczać można, że jest to albo przepuklina płucna, albo też diverticulum krtaniowe (uchylek krtaniowy) lub tchawicowe. Otóż charakter zauważonych guzów nie odpowiada wyżej wymienionym cierpieniom. W literaturze opisane były dotychczas 3 przypadki, przypominające przypadek autorów, *Fabre* opisał przypadek guza, napełnionego gazem, dającego zupełnie też same objawy, z tą tylko różnicą, że wyzdrowienie nastąpiło w ciągu 2 tygodni, guzy zaś utworzyły się wskutek przerwania tchawicy; podobne guzy opisali jeszcze *Panabuaay*, *Duremberg* i *Verneuil*. Autorowie wykluczają też

możliwość ropnia zimnego, bądź idącego od gruczołów, bądź od żebra, pozostaje więc jedyne przypuszczenie rozedmy umiejscowionej, ograniczonej, występującej wskutek perforacji bądź tchawicy, bądź wierzchołka płuca gruźliczego po zroście z opłucną; niektórzy twierdzą, że taka rozedma nie może być umiejscowiona, lecz się rozlewa i wywołuje śmierć, albo się wsysa, inni znów i do tych zaliczają się autorowie, są zdania, że rozedma tworzy się powoli, powietrze przechodzi bańka za bańką przez małą ranę, a rozedma się ogranicza tkanką łączną. Są to przypuszczenia, które potwierdzić może badanie anatomiczne.

M. B.

295. Hoffmann. **Obecność prętków w owrzodzeniu raka** (Berlin. Klin. Woch. 10/VII, 1905).

Autor znalazł w 3 przypadkach w owrzodzeniach raka prętki Haudima (p. Sem. méd. 1905 r., str. 231). Pasożyty, znalezione w epithelioma (macicy, skóry brzucha i skóry twarzy) różnią się od pasorzytów przymiotu większą grubością, są w większej ilości, lżej się barwią, a także są bardziej faliste. Niektóre z nich przypominają bardzo spirochete pallida tak grubością, jak i ilością węzownic. Pasożyty te znajdował autor tylko w rakach owrzodzonych, nigdy w guzach, których powierzchnia była cała. W niektórych pasorzytach widział Hoffmann elementy z jądrem w formie grajcarka lub rogalka, które się barwiły na czerwono sposobem Giemsa, formy te są dla [niego formami ewolucyjnymi, ukończoną formą zaś byłby sam prętek dorosły spirochete pallida.

M. B.

296. Cheinisse. **Identyczność „Czwartej choroby“ z rubeola scarlatinosa.** (Sem. méd. Nr. 13, 1905).

Obok odry, kuru (rubeola) i szkarlatyny istnieje, według angielskiego autora Dukes'a, jeszcze t. zw. czwarta choroba (fourth disease) (w 1885 r. Fiłatow pisał też już o czwartej chorobie wysypkowej rubeola scarlatinosa). W praktyce swojej miał Dukes 3 epidemie czwartej choroby. Pierwsza w 1892 r. dotknęła 16 dzieci z jednej szkoły; chorobę nazwał autor szkarlatynową postacią kuru. Wszelka infekcja szkarlatynowa była wyłączoną, autor jednak nie tłumaczy, dlaczego danej choroby nie uważał za szkarlatynę. W 1896 r. zachorowało 31 dzieci w innej szkole — chorobę wzięto z początku za kur o charakterze szkarlatynowym. Otóż w 32,25% dzieci zapadały dwa razy na tę samą chorobę, jak się zdawało, tymczasem po dokładnem badaniu okazało się, że miano

do czynienia z podwójną epidemią szkarlatyny i „odmiany szkarlatynowej kuru“; ta ostatnia, mająca 14-o dniowy okres inkubacyjny, pojawiła się najpierw, gdy tymczasem szkarlatyna wybuchła we 21 dni potem, prócz tego niektóre z dzieci przechodziły tylko jedną z chorób, 9 zaś zapadały najpierw na t. zw. czwartą chorobę, a potem na szkarlatynę, u jednego tylko chłopca działo się odwrotnie, u jednego zaś 4-a choroba zjawiała się w 6 lat po szkarlatynie. Ztąd wniosek, że przejście jednej choroby nie ochrania od drugiej — nie można więc przypuszczać bez względu na podobieństwo objawów, by „czwarta choroba“ była t. zw. scarlatina abortiva.—W 1900 r. obserwował autor trzecią epidemię: zachorowało 19 uczniów szkoły w Rugby. Z tych 19-u 42,1% dzieci chorowało już przedtem na kur (niektóre z nich nie dawniej, jak w 1899 roku, dlatego też autor nie uważa czwartej choroby za kur).

Co się tycze obrazu klinicznego, to *Dukes* twierdzi, że okres inkubacyjny trwa od 9 do 21 dni. Choroba objawia się zazwyczaj nagle wysypką, w wielkiej ilości przypadków okresu zwiastunów niema (kaszel, wymioty, ból głowy i t. p.), zaledwie można zanotować lekki ból gardła, w ciężkich jednak przypadkach wysypka może być poprzedzona ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu, sennością, dreszczami, nawet rachalgia, trwa to jednak tylko kilka godzin. Wysypka w ciągu kilku godzin zajmuje całe ciało — jest ona drobna, punkcikowata, zaledwie wzniesiona, znajduje się i na twarzy z wyjątkiem nosa i około ust. Błona śluzowa gardła jest czerwona i nabrzmiąta, także łącznica. Język jest obłożony, nie jest koloru malinowego, jak w szkarlatynie. Gruczoły limfatyczne karku, pachy i pachwiny są powiększone, twarde, bolesne, nie tak jednak, jak w kurze. Tętno normalne, ciepłota może pozostać normalna, rzadko przekracza 39°. Łuszczenie występuje po kilku dniach, bywa takie, jak w odrze, szkarlatynie, trwa od 8 — 15 dni. Choroba kończy się wyzdrowieniem bez złych następstw. Chory wstaje po 5 dniach, izolacja trwa 2 — 3 tygodni.

Autorowie nie zupełnie zgadzają się z *Dr. Dukes*, jedni twierdzą, że t. zw. czwarta choroba jest niczem innym, jak erythema scarlatinosa desquamativa, drudzy, że jestto odmiana kuru, inni znów, że jestto choroba zupełnie odmienna; co się zaś tycze 3-ch opisanych epidemii, to pierwszą uważa *Washbourn* za rubeolę, drugą za mieszaną infekcję, gdzie objawy jednej są wyraźniejsze (szkarlatynowe), trzecią za postać osłabionej szkarlatyny. Starsi autorowie, a do nich należy *Filatow*, już dawniej twierdzili, że istnieje choroba wysypkowa czwarta, która podobną jest bądź do

odry (rubeola morbillosa), bądź do szkarlatyny (rubeola scarlatinosa). Obie mają z rubeola wziętą tylko nazwę, objawy bowiem do złudzenia przypominają szkarlatynę. Dla Filatowa rubeola scarlatinosa jest chorobą odrębną, ostrą, infekcyjną, zaraźliwą, która charakteryzuje się wysypką szkarlatynową, różni się jednak choroba ta od szkarlatyny tem, że jest łżejszą, a w szczególe swoją odrębnością zarazka. Jest ona w stosunku do szkarlatyny tem, czem kur dla odry. Z Filatowem zgadza się bardzo wielu pedyatrow.

„Czwarta choroba“ ma tyle podobieństwa z rubeola scarlatinosa, w szczególe zaś ze szkarlatyną lekką, że można ją wziąć za tę ostatnią, różni się od kuru brakiem kataru dróg oddechowych i nosa. Co się tycze megalerythema epidemicum, to ostatnia posiada wysypkę plamistą grudkową (maculo-papuleux).

Co się tycze rozpoznania różniczkowego ze szkarlatyną, to polega ono głównie na tem, czy dane dziecko chorowało już na szkarlatynę. jeśli nie, to mamy do czynienia z czwartą chorobą, ponieważ jednak wiadomą jest rzeczą, że szkarlatyna może się powtórzyć po raz drugi, przeto fakt będzie miał znaczenie tylko podczas epidemii (np. kiikanaścioro dzieci, które nie miały szkarlatyny, zachorują na wysypkową chorobę podobną, przyczem zapadają na nią i dzieci, które już szkarlatynę miały). Wogóle rozpoznanie pewne postawić można post factum, gdy przebieg choroby okaże się lekkim, bez powikłań, właściwych szkarlatynie.

Co się tycze nazwy, to Cheinisse ze względu, iż „czwarta choroba“ tak się ma do szkarlatyny, jak kur do odry, radzi nazywać ją: „scarlatineola“, pamiętając przytem, że nie należy czwartej choroby brać za lekką szkarlatynę. Trzeba zawsze mieć na myśli, że jestto choroba odrębna „czwarta“ wysypkowa, której wysypka jest szkarlatynową (scarlatiniformis), lecz różni się od szkarlatyny rozwojem i zarazkiem, jest to jak gdyby pseudo-scarlatina epidemica, nazwa ta przypominałaby jednocześnie podobieństwo choroby do szkarlatyny, zwracając uwagę na jej autonomię; co się tycze epitetu „epidemiczna“, to pozwala on odróżnić tę pseudo-szkarlatynę, chorobę specyficzną, od erythema „scarlatiniformis“ i „scarlatinoïdes“ różnych pochodzeń.

*Matylda Biehler.*

Często bardzo zdarza się, że dzieci chudną i mizernieją bez powodu prawie, niema bowiem żadnych zaburzeń ze strony kiszek lub żołądka, nawet lepsze odżywianie nie jest w możności dziecka uratować, dzieci dochodzą do takiego stanu, jak w *Athrepsia Parrot*.

Otóż autor miał możność robienia sekcji 6-ga takich dzieci, które wynędzniały bez powodu. Na sekcji znaleziono uszkodzenia gruczołów *Lieberkuehn'a* w cienkich kiszkach lub grubej kiszki, komórek *Paneth*, normalnie znajdujących się; nie było w 4 przypadkach; zamiast nich były komórki podłużne płaskie bez granulacyi. W 2-ch innych przypadkach zauważono znów zmiany w trzustce, acini, były zupełnie przezroczyste, wogóle trzustka zupełnie była niezdolna do pracy, u 2-ch tych chorych trawienie tłuszczu nie odbywało się wcale, gdyż tłuszcz znajdowano w stołeczkach. Autor dochodzi do przekonania, że w *atrophia infantilis* mamy do czynienia albo z tak zw. *achylia intestinalis*, albo *achylia pancreatica*, co wywołuje brak trawienia i przyswajania pokarmów, chociaż ilość i jakość pokarmów jest taka, jaką dziecko otrzymywać powinno.

*M. B.*

---

## V. Belgijski kongres medycyny zawodowej.

---

Wynagrodzenie za leczenie robotników. — Tajemnica lekarska, jako przepis prawny i postępowanie etyczne. — Związki zawodowe, a związki lekarskie.

*Liège*, w sierpniu.

Upowszechnił się od pewnego czasu zwyczaj, że nie odłączną częścią wystaw, szczególnie międzynarodowych, są najrozmaitsze zebrania, *meetings*, *zjazdy* i kongresy. Obecna międzynarodowa wystawa powszechna w *Liège* niestanowi pod tym względem wyjątku. Przeciwnie, co do liczby, a także przedmiotów i spraw, objętych programem tych rozpraw, wystawa w *Liège* przewyższy-

ła — inne. Najrozmaitszych kongresów i zebrań bądź naukowych, bądź zawodowych, lub specjalnych odbyło się od kwietnia r. b. do pory obecnej parę dziesiątków, a i zapowiedzianych jeszcze jest sporo.

Między innymi obradował międzynarodowy kongres terapii fizycznej, międzynarodowy kongres wychowania fizycznego, a zapowiedziany zjazd w sprawie opieki i wychowania dzieci w rodzinie, oprócz tego odbył się zjazd chemików i farmaceutów; kongres narodowy przeciwalkoholyczny, wreszcie, belgijski kongres medycyny zawodowej.

Zatrzymawszy się w przejeździe w Liège dla wystawy, o której pod względem higieniczno-lekarskim zdaję sprawę na innym miejscu, miałem możność uczestniczenia w kongresie medycyny zawodowej.

Uwagi, które poczyniłem podczas rozpraw zebrania, tego, liczącego kilkuset uczestników, w krótkości tutaj podaję.

Na drugim posiedzeniu obrad w sprawie wynagradzania lekarzy za udzielanie pomocy robotnikom, uległym nieszczęśliwemu wypadkowi, podnoszono tę okoliczność, że właściwe wynagrodzenie, jeżeli brać pod uwagę wysokość sumy płaconej, pobierają nie lekarze, którzy udzielają pierwszej, często najważniejszej pomocy, albo, następnie, leczą uległego wypadkowi, lecz lekarze Towarzystw asekuracyjnych, lekarze fabryczni. Jest to nieprawidłowość. Krzywdą się z tego powodu dzieje lekarzom, którzy właściwą opiekę nad chorym roztaczają. Kongres powziął w tym względzie uchwałę, aby wynagrodzenie za leczenie robotnika, uległego podczas pracy wypadkowi, właściciel przedsiębiorstwa, resp. Towarzystwo asekuracyjne zawsze płaciło lekarzowi, który udzielił pierwszej pomocy lub następnie leczył chorego takiego. Nawet wtedy, gdy chory leży w szpitalu, wynagrodzenie za opiekę należy wypłacać lekarzowi szpitalnemu.

Uchwała to ważna, Belgia na 7 milionów ludności posiada 1,200,000 robotników, zatrudnionych w jej fabrykach i zakładach przemysłowych. Sprawa ta, najwidoczniej wywołaną została zjawiskiem, i u nas pospolitem, mianowicie, że pracujący w fabrykach leczą się za zapłatą groszową, lub darmo, na mieście, albo w szpitalu, a wynagrodzenie za urzędową opiekę nad nimi pobierają lekarze Towarzystw asekuracyjnych i lekarze fabryczni.

Przedmiotem ożywionych rozpraw na kongresie była sprawa tajemnicy lekarskiej.

Aczkolwiek od czasów starożytnej Hellady do dnia dzisiejszego we wszystkich krajach, lekarze przysięgają na dochowanie tajemnicy swoich pacjentów, a formuła przysięgi tej z biegiem wieków uległa nieznacznej zmianie, lecz przestrzeganie tej zasady pięknej i wzniosłej w zwyłych warunków życiowych, niestety, ulega nieraz pogwałceniu. Zachowaniu tajemnicy przeszkadzają przepisy zaleceń przez lekarzy, jak u nas, karty szpitalne, zdarza się że i niższy personel lekarski, a także uczniowie medycyny, ściślemu stosowaniu tego postępowania etycznego są zawadą i przeszkodą.

Nie dość na tem prawa państwowe zapatrują się na zachowanie tajemnicy w sposób rozmaity. Wówczas, gdy prawo francuskie uwzględnia tajemnicę lekarską bez zastrzeżeń, szanuje zasadę, na której ją oparto w całości, przepisy prawne w Rosyi i Niemczech w pewnych wypadkach wymagają, żeby lekarz zdradził tę tajemnicę.

Prawo obowiązujące pod tym względem w Belgii również czyni pewne zastrzeżenia na rzecz władz, odnośnie tajemnicy lekarskiej. Otóż, z tego powodu kongrès wszczął rozprawy. Inkryminowany przez zwolenników absolutnej tajemnicy lekarskiej, § kodeksu obowiązującego w Belgii, oznaczony jest cyfrą 358. Ewentualna modyfikacya §-u tego była przedmiotem długich narad.

Ostatecznie, kongres wypowiedział się w tym duchu, że tajemnica lekarska, zarówno, jako nakaz stanowy, jako przepis prawny i postępowanie etyczne jest konieczną, niezbędną.

Lekarze, którzy należą do administracyi, lekarze zakładów dobroczynnych, a tem samem szpitali, jako tacy, nie wyjęci są z pod tego zobowiązania.

Żadna władza administracyjna nie ma prawa wymagać od lekarzy wskazówek natury, zrywającej to zobowiązanie—*aucun pouvoir administratif n'a le droit d'exiger d'eux des renseignements de nature à rompre cette obligation.*

Lekarze sami pozostają sędziami warunków, w których mogą uważać siebie za zwolnionych od tajemnicy—*ils restent seuls juges des conditions dans lesquelles ils peuvent être relevés du secret.*

Nim uchwalono w takiej formie wniosek, rozpatrywano trudności w zachowaniu tajemnicy: wobec przepisów prawa o donoszeniu władzy o wypadkach chorób zakaźnych, przestępstw, wobec stosunku lekarza fabrycznego do robotników i nowowstępujących



pracowników, wobec roli lekarza w towarzystwach ubezpieczeń, w srosunku lekarza do nieletnich pacjentów i t. d.

Związki lekarskie, jako związki zawodowe, ich stosunek do stowarzyszeń innych zawodowców, były przedmiotem bardzo aktualnym w obradach kongresu. Rzecz zrozumiała: Belgia na polu wszelakich zrzeszeń korporacyjnych przoduje innym krajom.

Tutaj człowiek każdego fachu, oprócz tego, że należy do związku swego zawodu, jest także członkiem przeróżnych stowarzyszeń, spółek koroperacyjnych, w których udział zapewnia mu korzyści w życiu codziennem, zaspakaja jego i rodziny jego potrzeby. Z tych powodów wytworzyło się tutaj odrębne postępowanie jednych związków względem drugich, ustaliły się pewne poglądy na zasady wzajemnego stosunku członków, należących nawet do bardzo odległych pod względem celów i zadań — stowarzyszeń.

Wyrazem tych stosunków były poniekąd i pewne poglądy, wypowiedane przez mówców na kongresie, w którym uczestniczyłem.

Przedewszystkiem kongres zaleca Towarzystwom i stowarzyszeniom lekarskim studia nad organizacją i działalnością, wogóle, związków zawodowych. Następnie kongres orzeka, że jest rzeczą ważną, aby młodzi lekarze byli uświadomiani o swoich obowiązkach zawodowych, koleżeńskich, a także o obowiązkach względem społeczeństwa.

Związki lekarskie, jako ciała zbiorowe, mające na celu nie tylko interesy materyalne, lecz przestrzegające postępowania etycznego członków swoich, nie mogą i nie powinny kierować się uprzedzeniami stanowemi, co niestety, stało się właściwością szczególnie, związków lekarskich. Uprzedzenia stanowe są odzwierciedleniem egoizmu. Ten esprit de corp, ożywiający każdą oddzielną grupę obywateli. zachęca do kroków, mających na celu zapewnienie jaknajwiększych korzyści tej grupie wobec przeciwnych dążeń wszystkich innych grup.

Związki lekarskie podobnie, jak i inne, przez taką dążność zachowawczą czerpać mogą siły żywotne do rozwoju, jednocześnie jednak mają obowiązek ograniczać w tym kierunku nadmiar swej działalności, a zapatrywania swoje modyfikować w ten sposób, aby uniknąć sążenia wszystkich innych instytucji i spraw społecznych ze stanowiska interesów swego tylko zawodu.

Tego wymaga etyka ogólnoludzka, to ułatwia sprawiedliwą ocenę ludzi innych zawodów, zapewnia prawidłowe oddziaływanie na resztę społeczeństwa.

Jednym słowem w ostatecznym wniosku pogląd ten w omawianej kwestyi możnaby streścić w ten sposób, że związki lekarskie dążyć winny do zabezpieczenia interesów stanu lekarskiego z jaknajszerzej pojętem uwzględnieniem dobra i interesów współobywateli.

Następnie, w ocenie postępków i czynów swych członków, związki lekarskie nie mają prawa kierowania się uprzedzeniami stanowami, lecz obowiązane są wydawać sąd i ocenę o tych wykroczeniach na zasadach etyki ogólnoludzkiej.

Wypowiedziawszy się w sposób tak wysoce etyczny, kongres orzekł, że lekarze dobrze postępują, gdy na wzór stowarzyszeń innych zawodowców wprowadzą i do swoich statutów przepisy prawne, które będą miały na celu regulowanie nieporozumień koleżeńskich, a także z osobami po za sferą lekarską stojącymi. Statuty takie mają określić zasady sądenia i wyrokowania, a również sposoby pojednania w sprawach lekarskich, oraz w sprawach, mających z wykonawstwem lekarskiem związek.

Gdym po skończonem posiedzeniu znalazł się na placu przed Palais de Fêtes uczyniłem uwagę, do stojącego obok D-ra de Muntera, że przekonywam się, iż wysoce praktyczni Belgowie z finezyą subtelizują tematy etyczne.

I to — odrzekł — robi się w części z powodów praktycznych.

Gdybyśmy wśród naszych członków nie nazywali zła po imieniu i nie prześladowali go dla tego, że od lekarzy wyszło, korporacya nasza uległaby korupcyi, a do poprawy naszych stosunków przystąpiłiby ludzie innej profesyi.

My przekładamy — ciągnął dalej — sami karać i poprawiać winnych.

... Pomyślałem: szczęśliwy kraj, w którym uprzedzenia stanow nie fałszują opinii, nie bywają tarczą i osłoną występku.

*Józef Jaworski.*

## Kronika bieżąca.

**Cholera.** Niemiecki Urząd Zdrowia stwierdził nad Wisłą do tej pory 170 przypadków cholery azyatyckiej, z których połowa

śmiertelnych. Ponieważ pierwszy przypadek zdarzył się u flisaka, wyprowadzono ztąd wniosek, że cholera zawleczona została z Królestwa, t. j. z góry rzeki. Od czasu ogłoszenia cholery w Prusiech upływa zgóra, 2 tygodnie, a dotąd nigdzie w Królestwie nie stwierdzono ani jednego nawet podejrzanego przypadku. Stąd wniosek, że cholera bynajmniej nie pochodzi z Królestwa, ale pierwszym jej źródłem są Prusy i, prawdopodobnie, dostała się tam drogą morską.

D. 8 b. m. urzędownie ogłoszono Królestwo, jako zagrożone cholera, i na granicy Prus przedsięwzięto odpowiednie środki ostrożności. Jednocześnie działać zaczęły różne komitety dla walki z cholera przy słabym współudziale społeczeństwa miejscowego.

W Warszawie, jak donosiliśmy, miasto podzielono na obwody sanitarne i w każdym z nich utworzono opiekuna sanitarnego z ramienia Warsz. Tow. Hyg.

Mamy nadzieję, że w r. b. cholera nie wybuchnie z większą siłą w Królestwie, do uzdrowotnienia zatem, zaniedbanego w czasach ostatnich kraju jest do wiosny przyszej dość czasu. Mamy nadzieję, że czas ten nie będzie użyty na bezowocne narady, ale że na zasadzie, już opracowanych na zjeździe higienicznym, uchwał wszędzie zakipi robota.

Rok bieżący dzięki urodzajom nie będzie głodny, skończona wojna skierować winna uwagę ku sprawom wewnętrznym, a jedną z najpilniejszych jest uzdrowotnienie naszych miast i miasteczek.

W Warszawie na wypadek cholery otwarto pawilon w szpitalu Ś-go Stanisława i 2 domy izolacyjne, o przygotowaniach w innych miejscowościach nic nie wiemy.

(Kn). Częste wypadki zapadania na obłąd umysłowy wśród armii rosyjskiej w przebiegu kampanii na Dalekim Wschodzie zwróciły na się uwagę lekarzy-specjalistów. Oczywiście, już samo prowadzenie wojny jest z punktu widzenia kultury nowoczesnej pewnego rodzaju szaleństwem, tem większem, iż ukrywa w sobie zbyt wiele niespodzianek strasznych. Do czynników dawniejszych, sprzyjających psychozie, jakimi były i są w przebiegu wojen: alkohol, wysiłki fizyczne, niewygody, głód i bieda dodać należy wpływ udoskonalonej broni palnej i narzędzi zniszczenia. Jak rozwój nadmierny przemysłu, gorączkowa nadczynność na amerykańskich drogach żelaznych i t. p. doprowadziły, chłodnych z natury, yankesów do różnych stanów neurastenii i hysterii (railway-brain, railway-spine), tak hałas walk nowoczesnych i piekielne przyrządów wybuchowych skutki wywoływać mogą łatwiej jeszcze utratę rozumu u daleko wrażliwszych osobników rasy słowiańskiej.

W sprawie tej zabrał też głos niedawno znany psychopata Jacoby, oceniając rzecz całą nader trafnie. Wojna, mówi autor ten, wyklucza obecnie niemal zupełnie ewentualność ścierania się mąż z mężem, taktyki, do której człowiekowi przyzwyczać się jest zawsze daleko łatwiej. Wojna dzisiejsza, to jakaś procedura rzezi zawodowej o udoskonalonych technicznie zabiegach. Groza śmierci oblokła się tu w szatę całkiem odmienną i niezwykłą, do której psychologia nasza nie dostosowała się jeszcze, nie dorosła. Okręt pancerny w ciągu niespełna 2-ch minut idzie na dno z załogą, składającą się z 800 ludzi; ze 107 koni, obsługujących linię baterii, ginie naraz 104; szturmujące zastępy na terenie, w którym założono 1500 min i gdzie do wybuchu nie dochodzi, dzięki jedynie nadspodziewanie szczęśliwemu zrządzeniu losów, wszystkie te obrazy straszliwe o charakterze katastrofy kosmicznej, czyż nie muszą wywoływać wstrząśnięcia nerwów i umysłu, wstrząśnięcia tak pospolitego podczas nagłych wybuchów wulkanu lub trzęsienia ziemi? Jeżeli niewielka stosunkowo katastrofa w Nicei spowodowała tyle ciężkich napadów psychicznych, o ileż w stanie gorszym ocknęły się niedobitki z „Warjaga“, „Korejca“, „Jenisjeja“ lub „Petro-pawłowska“? Nie ulega też wątpliwości żadnej, że groza wojen przyszłych wywoła nowe zupełnie, nieznanne dotąd, cierpień umysłowych postaci.

A będą to choroby o wybuchu nagłym; dziwaczne (czerwony śmiech), nagminne, zaraźliwe duchowo, choroby, wobec których natychmiastowa opieka lekarska stanie się niezbędną. Leczenie tych „ofiar niepamięci“ musi następować bezzwłocznie w lazaretach polowych, w namiocie, dzień bowiem każdy i godzina każda, puszczone w odwłokę, zaważą ujemnie na wyniku. Zadanie lekarzy wojskowych, już i tak wymagające nieraz wysiłków nadludzkich, w przyszłości wikłać się będzie więcej jeszcze, wypadnie bowiem zorganizować oddziały ruchome i dla chorych umysłowo. Organizacya taka konieczną być musi zwłaszcza w wojskach kolonialnych, gdzie oddziały walczą w krajach niekulturalnych, często w niezdrowym podzwrotnikowym klimacie. O takim zwiększeniu personelu lekarskiego powinny myśleć przede wszystkim wszelakie, posiadające szereg kolonii, potęgi militarne, a więc, prócz Rosyi, Anglia, Francja, Niemcy i Stany Zjednoczone.

(Kn). W czasopiśmie „Neue Budapestter Abendblatt“ ogłoszono ciekawe szczegóły co do policyi peszteńskiej, występującej samodzielnie w roli sanitaryuszy-ratowników. Jak wiadomo, Towarzystwo Dorażnej Pomocy Lekarskiej w stolicy Węgier urządziła dla słuchaczy wolnych wykłady o sposobach podawania ratunku pierwszego. Otóż oberpolicmajster Rudnay, człowiek bardzo postępowy, chcąc podnieść poziom intelektualny powierzonych jego pieczy organów policyi, zalecił tymże pilnie uczęszczać na kursy ratownictwa, ćwiczyć się teoretycznie i praktycznie w ratowaniu pozornie zmarłych i t. p. Naczelnik policyi nie zwrócił jednak uwagi na tę okoliczność, że w korpusie podwład-

nych mu znajduje się wielu ludzi nieinteligentnych, którzy wiadomości nabyte mogą zastosować źle, ratując, szkodę wyrządzić i nieumiejętnem do rzeczy wzięciem się zgasić, ostatnią bodaj tlejącą słabo, iskierkę życia.

Lekarze Peszteńskiego Pog. Rat. uczą słuchaczy przede wszystkim, iż pierwszą jest rzeczą uwolnić poszkodowanego z niebezpiecznego położenia, w którym się znajduje, Wisielca zatem należy natychmiast odciąć, wyciągniętego z wody—ułożyć głową na dół i wykonywać mu oddech sztuczny tak długo, dopóki czynność płuc nie wystąpi znowu, nie zrażając się trwającym pół godziny nawet brakiem efektu. Niebawem też jeden z elewów posiadał sposobność wypróbowania zdobyczy naukowych w praktyce.

Pocziwiec stał właśnie na posterunku nad brzegiem majestatycznego Dunaju, gdy nagle uderzono na alarm, że człowiek jakiś skoczył do wody. Policjant pobiegł co tchu na miejsce wypadku, tymczasem jednak topielca wydobyli z rzeki rybacy i ułożyli na piasku. Samobójca opił się wody niewiele, wkrótce też otworzył oczy i spojrział znowu na świat Boży. Spozrzegliśmy stójkowego. zerwał się z ziemi i chciał zmykać, surowy jednak stróż porządku postanowił trzymać się ściśle przepisów. Po ułożeniu zatem niedoszłego samobójcy „w pozycji skośnej“ głową na dół, stójkowy zdjął mundur i kaszkiet, odczepił pałasz i; zakasawszy rękawy, jał, co sił starczy, nagniątać delikwentowi klatkę piersiową, wykonywując oddech sztuczny. Daremnie błagał nieszczęsny, że ani kropli wody nie ma w żołądku, że płuca pracują już, niczem miech kowalski, sumienny konstabl dzieło cucenia prowadził dalej, aż po upływie równo minut 30, co do sekundy, zwałił się sam na ziemię zziąjany, puszczając na wolność czerwonego, jak upiór, klienta z sińcami. Czy ofiara wypadku ratownikowi była wdzięczną, kroniki milczą.

GORZEJ poszło w przypadku drugim. Nędzarz jakiś powiesił się w ogrodzie miejskim na drzewie. Przywołany policjant, pomny danych mu wskazówek, tak długo biedaka ciągnął za nogi, aż stryczek pękł i „uratowany“ spadł na ziemię ze zmiażdżoną krtańnią. Przyglądający się niefortunnym zabiegom kolegi, policjant drugi postanowił sobie w danym wypadku postępować całkiem inaczej. Jakoż doniesiono mu w czas jakiś, że w Népliget ktoś znowu powiesił się na drzewie. Stójkowy pobiegł do samobójcy, zdjął buty, szybko i zrećnie wdrapał się na drzewo i szablą stryczek przeciął. Wisielcec ożył rzeczywiście, lecz, spadając, uległ złamaniu obu goleni, z których jedną musiano mu amputować w szpitalu.

(Kn). Bohaterstwo, wykazane tylekroć razy przez japończyków w walkach z armią rosyjską, niewątpliwie w znacznym zależy stopniu od zgodnego z prawami natury trybu życia, jaki, na ogół biorąc, pędzi lud japoński. Mieszkańcy krainy Wschodzącego Słońca są, jak wiadomo, większymi od nas zwolennikami wegetaryanizmu, nadto nie piją wódki, oraz oddają się z zapalem

ciągłym ćwiczeniom gimnastycznym, w których są mistrzami. Kuracja powietrzna i słoneczna cieszą się tam zarówno wielkimi względami, a konieczność częstego używania kąpieli weszła w krew największego biedaka. Jak długo błogie stosunki te zdołają się tam utrzymać, niewiadomo; można przypuszczać, że z czasem dobrodziejstwa cywilizacji europejskiej i w Japonii uczynią swoje, darząc ją neurastenią, tem więcej, że, zgodnie z wykazami lat ostatnich, ilość importowanego do Nipponu wysokoku wzrasta powoli.

Jak wielkie wyrządza spustoszenia używka, w mowie będąca, widać to poniekąd z ostatniego raportu prof. Stadelmann'a, zarządzającego oddziałem wewnętrznym w szpitalu miejskim w Friedrichshain. Na 700 niemal pacjentów, przyjętych na oddział w ciągu r. 1904, przypadało osób 208, chorych na obłąd opilczy. Cyfra ta właściwie jest wyższą, u wielu bowiem delirium tremens powstawało później, jako powikłanie cierpień innych. Tu można było przekonać się najlepiej, jak wielce szerzy się wśród niemieckich warstw roboczych nałóg pijaństwa. Dr. S. wygłasza też zdanie, że u mężczyzn  $\frac{1}{3}$  przynajmniej przypadków chorób wywołaną zostaje przez nadmierne używanie wódki.

Za jeden z najskuteczniejszych środków w walce z tym biczem ludzkości uważać należałoby zakładanie restauracji z wykluczeniem spirytualii zupełnem. Innowację tę Bazyleja i Zürich powołały do życia oddawna. Zarządowi miast za wielką poczytać wypadnie zasługę, że popiera właścicieli zakładów takich zwolnieniem od podatków, a nawet odstępowaniem placu i budynków za darmo, czem przyczynia się wielce do powodzenia tego rodzaju jałdłodajni. W obu miastach tych istnieje już zakładów 10, a uczęszczająca doń klientela obywa się bez alkoholu doskonale, spełniając je w dosłownem tego wyrazu znaczeniu. Wobec powodzenia takiego garkuchni antyalkoholicznych przybywa szwajcaram coraz więcej. Należałoby życzyć, aby dla ogólnego dobra przykład Szwajcaryi podziałał dodatnio i w krajach innych.

(z) O upadku zarobków lekarskich w Berlinie świadczy fakt ujęcia lekarza i jego żony na kradzieży dREW na opał, gdyż inaczej zmarzliby z dziećmi.

(z) „Ruskij Wracz“ notuje, że w Wańkowcach g. Podolskiej panuje błonica i płonica; w pow. Aleksandryjskim gub. Saratowskiej — dur brzuszny i dyzenterya, w Saratowie zaś płonica i że daje się tam odczuwać brak lekarzy, gdyż posady lekarzy i felczerów nie są zajęte od  $\frac{1}{3}$  roku, a lekarze nadto zrzekają się swych obowiązków.

(z) Prezydent miasta jako prezes komitetu przeciwcholerycznego prosi lekarzy o zawiadamianie urzędu lekarskiego i opiekunów sanitarnych o każdym przypadku cholery, lub o przypadkach podejrzanych, oraz celem dokładnego zbadania tych przypadków o przesyłanie do pracowni szpitali warszawskich kału chorych dla bezpłatnych badań bakteryologicznych.

(z) Kol. Karwacki otrzymał rb. 200, jako zapomogę do badań nad surowicą przeciwcholeryczną, oraz rb. 100 tytułem wynagrodzenia za 200 szczepionek przeciwcholerycznych. Kilku lekarzy i studentów poddało się temu szczepieniu ochronnemu. Przypominamy, że w Łodzi szczepień podobnych dokonywa kol. Serkowski od wiosny r. b.

(z) Szpitale Warszawskie otrzymały zapomogi od komitetu cholerycznego na utrzymanie w ciągu 4 miesięcy ambulatoryów, takąż zapomogę otrzymało ambulatoryum w b. szpitalu żydowskim i ambulatoryum „Bratniej pomocy żydowskiej“, obok tego mają być kosztem 700 rb. otwarte ambulatorya na Ochocie, na Powązkach, w Czerniakowie i w Kole.

(jw) Choroby zakaźne w Warszawie grasują w dalszym ciągu: błonica, odra, skarlatyna, krwawa biegunka i tyfus brzuszny, przeważnie wśród biednej ludności na ulicach przez tęż ludność zamieszkiwanych.

(z) w Toming wzniesiono pomnik Esmarchowi.

**Zmarli:** Dr. Karol Wernicke, profesor psychiatrii w Halli, dnia 17 czerwca r. b. tamże, w wieku lat 57.

Prof. Karol Schweigger, dyrektor kliniki ocznej w Berlinie.

Dr. S. Smirnow, starszy lekarz marynarki, zamordowany przez zbuntowaną załogę pancernika „Książ Potiomkin“, w wieku lat 43.

Dr. Władysław Mączewski, dnia 29 sierpnia r. b., w Warszawie, w wieku lat 53.

Dr. Jakób Mazin w wieku lat 44 w Charbinie, w następstwie ciężkich pokaleczeń, zadanych mu przez konia podczas ucieczki po bitwie pod Mukdenem.

Dr. Konstanty Kaliewicz w wieku lat 30, zabity w bitwie pod Cuszumą.

Dr. Teodor Łukin utonął wraz z okrętem w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 33.

Dr. G. Wasiljew utonął wraz z okrętem w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 37.

Dr. Aksel Gnadeberg utonął w bitwie pod Cuszumą.

Dr. Aleksander Nadiein utonął w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 32.

Dr. Apollo Matawkin utonął w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 32.

Dr. Piotr Jurjew utonął w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 36.

Dr. Borys Bertenson utonął w bitwie pod Cuszumą, w wieku lat 27.

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

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

Rok III.

# Biblioteka Lekarska

MIESIĘCZNIK

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych  
pod redakcją D-ra Józefa Zawadzkiego.

Cena roczna rb. 8 w Warszawie, rb. 10 z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4 w Warszawie, i 5 na prowincyi. Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.	Cena wraz z Kroniką Lekarską: (tylko rocznie) W Warszawie rb. 14 rocznie. Na prowincyi rb. 16 „
--	--

Warszawa, Szkolna № 8.

Wyszły z druku i są do nabycia:

1) Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom I (*Choroby narządów oddechania i krążenia*), Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. III (*Choroby nerek i układu nerwowego*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne i ustrojowe*). Cena rb. 3, w oprawie 3-50.

2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna*. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami. Cena rb. 1 kop. 25. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa z 66 rysunkami*) cena 1.25.

3) Prof. RUNGE. *Położnictwo*. Część I. (*Fizjologia ciąży, porodu i położu Operacje akuszerskie*), z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Cz. II *Patologia i terapia ciąży położu i porodu* (z 34 rysunkami). Cena rb. 2 kop. 50.

4) Dr. W. MORACZEWSKI (ze Lwowa) *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych* (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.) C. rb. 1 k. 25

Wkrótce rozpoczęty zostanie  
druk dzieł następujących:

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

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

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

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

5) Prof. SONNEBURG i dr. R. MÜHSAM. *Technika operacji i opatrunków* (z licznymi rysunkami).

6) Dr. W. MORACZEWSKI. *Dyetetyka*.

7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *Choroby mowy*.